

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
CURSO DE DOUTORADO



O PQS (*Psychotherapy Process Q-Set*) e o exame da relação entre processo e resultado na Psicoterapia Psicodinâmica Breve

Fernanda Barcellos Serralta

Porto Alegre, junho de 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
CURSO DE DOUTORADO

O PQS (*Psychotherapy Process Q-Set*) e o exame da relação entre processo e resultado na Psicoterapia Psicodinâmica Breve

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria como requisito para obtenção do título de Doutor em Psiquiatria.

Fernanda Barcellos Serralta
Autora

Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik
Orientador

Profa. Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes
Co-orientadora

Porto Alegre, junho de 2010

S487p **Serralta, Fernanda Barcellos**

O PQS (*Psychotherapy Process Q-Set*) e o exame da relação entre processo e resultado na psicoterapia psicodinâmica breve / Fernanda Barcellos Serralta ; orient. Cláudio Laks Eizirik ; co-orient. Maria Lúcia Tiellet Nunes. – 2010.

250 f.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Psicoterapia 2. Estudos de validação 3. Tradução (Produto) 4. Questionários 5. Avaliação de processos e resultados (Cuidados de saúde) I. Eizirik, Cláudio Laks II. Nunes, Maria Lúcia Tiellet III. Título.

NLM: WM 420

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

Para

Nina, Arthur e Bernardo

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik (UFRGS), por ter acreditado no potencial do meu projeto inicial e, sobretudo, pela orientação segura, não diretiva e empática;

À Profa. Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes (PUCRS), que com dedicação e entusiasmo co-orientou este trabalho, pela disponibilidade e suporte em todas as horas, e pelos conhecimentos generosamente compartilhados;

À Profa. Dra. Jurema Alcides Cunha (*in memoriam*), a quem devo minha iniciação na pesquisa e, em grande parte, a determinação em continuar trilhando este caminho;

Ao Dr. Enrico Jones (*in memoriam*), pelo conjunto de sua obra, pela receptividade e incentivo ao desenvolvimento deste projeto;

Ao Dr. Nnamdi Pole (Smith College), incansável parceiro na idealização e execução das análises estatísticas do estudo de caso, pelo valor inestimável das suas contribuições;

Ao Dr. Andrés Roussos (Universidad de Belgrano), por compartilhar comigo sua experiência, pelo intercâmbio de idéias e pelas valiosas sugestões sobre como utilizar o PQS;

Às psicoterapeutas que atenderam ao convite e ao desafio de terem seus trabalhos gravados e analisados por terceiros, pela confiança em mim depositada;

Às colaboradoras que realizaram, com profissionalismo e dedicação, o árduo trabalho de codificação com o PQS: psicólogas Aline Eymael Domingues, Andréia Chaieb, Karen Selister, Patrícia Aronis e psiquiatra Dra. Roberta Rossi Grüdtner;

Às pacientes que permitiram a realização desta pesquisa, por terem compreendido que poderíamos aprender com as suas experiências, pela confiança e colaboração demonstradas em todas as etapas do processo;

Aos meus pacientes, por tudo que me ensinaram;

Aos professores desde Programa de Pós-Graduação, pelos valiosos exemplos de atitude investigativa;

À colega e amiga Simone Jung, pela interlocução constante e apoio nas horas difíceis;

Aos meus pais, matriz primária de tudo o que sou, por terem sempre acreditado nas minhas capacidades;

A meu marido, companheiro, crítico e revisor Luís Guilherme Streb, pelo duplo papel desempenhado ao longo desta trajetória; pelo amor, carinho e tolerância e pelas valiosas contribuições ao texto final.

“Sugeriríamos adiar a questão de se [...] princípios ou técnicas são analíticas focando, em seu lugar, se são terapêuticos. Se a resposta a esta pergunta é afirmativa, a próxima pergunta é como integrá-las à prática psicanalítica ou psicoterapêutica de forma a ser mais útil para o paciente? A questão de se alguma coisa é analítica pode às vezes ser útil, mas pode, acreditamos, tornar-se uma armadilha da contra-transferência que desvia nossa atenção de entender a ação terapêutica – isto é, de entender o que ajuda as pessoas a mudar aspectos do seu caráter e da formação de compromisso problemáticas de maneira que possam viver vidas mais satisfatórias”

(Gabbard e Westen, 2003, p. 260).

RESUMO

O objetivo principal da “investigação de processos” é compreender os mecanismos de ação das psicoterapias. Um dos instrumentos mais utilizados na atualidade para a avaliação do processo das psicoterapias é o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). Esta tese teve como objetivo elaborar a versão em português do PQS e utilizá-la para avaliar a relação entre o processo e o resultado na Psicoterapia Psicodinâmica Breve (PPDB). Três artigos foram elaborados, sendo dois estudos empíricos e uma revisão da literatura. O primeiro artigo apresenta a elaboração da versão em português do PQS e sua metodologia inclui tradução, retrotradução, avaliação formal da equivalência semântica dos itens, e discussão dos resultados. Neste artigo o estudo de avaliação da fidedignidade interavaliadores do PQS é também apresentado. O segundo artigo é uma revisão crítica da literatura acerca da aplicabilidade do estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. O terceiro artigo analisa o processo de mudança em um caso de PPDB. Os escores do PQS referentes ao processo real foram correlacionados com os protótipos do PQS para a psicoterapia psicodinâmica (PPD) e para a terapia cognitivo-comportamental (TCC), gerando escores de adesão. Testes *t* para amostras pareadas verificaram se o processo terapêutico aderiu mais ao modelo ideal PPD do que ao modelo alternativo, TCC. Análises de séries temporais bivariada (Gottman & Ringland, 1981) foram realizadas para avaliar as relações entre a adesão aos protótipos ideais da PPD e da TCC com o progresso terapêutico (reduções nos níveis estimados de sofrimento geral, ansiedade, depressão, somatização e ajustamento social). De modo geral, os resultados indicam que a versão em português do PQS é equivalente em termos semânticos à versão original e apresenta boa fidedignidade interavaliadores (coeficientes variaram entre 0,53 e 0,72 no estudo de fidedignidade relatado no artigo 1, e entre 0,52 e 0,85 no caso principal estudado no artigo 3). O PQS se mostrou capaz de fornecer dados relevantes à realização de um estudo abrangente do processo terapêutico de uma psicoterapia breve. Os achados do estudo de caso revelaram um quadro multifacetado e complexo e estão em consonância com outras pesquisas realizadas nesta linha de investigação que indicam que, na privacidade de seus consultórios, os psicoterapeutas efetivos muitas vezes se distanciam dos modelos ideais das psicoterapias que professam, adaptando suas técnicas às necessidades do contexto. A partir deste trabalho, os pesquisadores brasileiros agora dispõem de um instrumento capaz de fornecer descrições empírica e clinicamente válidas do processo terapêutico de diferentes psicoterapias, e de um modelo para investigar, de forma sistemática e seqüencial, a

correspondência entre processos ideais e processos reais das psicoterapias e a sua influência sobre o progresso de tratamento.

Descritores: Psychotherapy Process Q-set; tradução; investigação de processos; estudos de caso único; protótipos; análise de séries temporais; psicoterapia breve.

ABSTRACT

The main goal of process studies is to understand how change occurs during treatment, identifying the mechanisms of therapeutic action. Nowadays, one of the most used instruments to assess psychotherapy process is the Psychotherapy Process Q-Set (PQS). This thesis aimed to develop the Portuguese version of PQS and to use it in examining the relationship between process and outcome in brief psychodynamic therapy (BPDT). Three articles were prepared, comprising two empirical studies and one literature review. The first article presents the development of the Portuguese version of PQS. Its methodology includes translation, back translation, semantic equivalence appreciation and discussion of results. In this paper, the study of inter-rater reliability of PQS is also presented. The second article reviews the literature about the applicability of case studies in psychotherapy research. The third article analyzes the process of change of a brief psychotherapy single case. PQS ratings of the actual therapy process were correlated with PQS prototypes of ideal psychodynamic therapy (PDT) and ideal cognitive behavioral therapy (CBT) to derive adherence scores. Paired t tests examined whether the psychotherapy process adhered more closely to ideal PDT than ideal CBT. Bivariate times series analysis (Gottman & Ringland, 1981) were performed to verify relations between adherence to prototypes of ideal PDT and of ideal CBT and therapeutic progress (reductions in estimated levels of general distress, anxiety, somatization, depression and social adjustment). In general, results indicate that the Portuguese version of PQS is semantically equivalent to its original and has adequate inter-rater reliability (coefficients ranged between 0.53 and 0.72 in the study of reliability reported in article 1 and between 0.52 and 0.85 in the case study in the 3rd article). The PQS provided relevant data to perform a comprehensive study of a brief psychotherapy process. The case study findings revealed a multifaceted and complex picture, and are consistent with other studies of this line of research indicating that, in the privacy of their offices, effective psychotherapists, many times, stray away from the ideal model of psychotherapy they profess and adapt their techniques to context needs. From now on, Brazilian researchers have a research tool that provides clinical and empirically significant descriptions of different psychotherapies therapeutic processes. They also have now a model to investigate, in systematic and sequential manner, the correspondence between ideal and real processes, and the influence of the different elements of the process on therapeutic progress.

Descriptors: Psychotherapy Process Q-set; Translation; investigation of processes; case study; prototypes; analysis of temporal series; brief psychotherapy.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Subescala de Ansiedade da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R
ANX	<i>Symptom Checklist-90 Revised Anxiety Scale</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i> (Inventário de Depressão de Beck)
BIVAR	<i>Gottman-Williams time series analysis computer programs for social scientists</i> (Programa computacional de análise de series temporais de Gottman-Williams para cientistas sociais)
BPDT	<i>Brief Psychodynamic Psychotherapy</i>
CBT	<i>Cognitive-behavioural Therapy</i>
CELG	Centro de Estudos Luis Guedes
CCRT	<i>Core Conflictual Relationship Theme Method</i> (Tema Central de Conflito nos Relacionamentos)
CMT	<i>Control Mastery Therapy</i>
CTS2	<i>Revised Conflict Tactics Scales</i>
EAS	Escala de Adequação Social
EDAO	Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada
EUA	Estados Unidos da América
FRAMES	<i>Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures</i>
GSI	<i>Global Severity Index</i>
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IP	<i>Interpersonal Psychotherapy</i>
IGS	Índice Global de Severidade
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
NIMH TDCRP	<i>National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program</i>
OBS	Observação

P	<i>Patient</i> (paciente)
PI	Psicoterapia Interpessoal
PDT	<i>Psychodynamic Psychotherapy</i>
PPD	Psicoterapia Psicodinâmica
PPDB	Psicoterapia Psicodinâmica Breve
PCL-C	<i>Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version</i>
PQS	<i>Psychotherapy Process Q-Set</i> (Conjunto-Q para o Processo Terapêutico)
RCI	<i>Reliable Change Index</i> (Índice de Mudança Confiável)
SAS	<i>Social Adjustment Scale</i>
SCL-90-R	<i>Symptom Check List 90 Revised</i> (Escala de Avaliação de Sintomas-90-R)
SOM	<i>Symptom Checklist-90 Revised Somatization Scale</i> (Subescala de Somatização da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R)
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SSE	<i>Sum of Square Erros</i> (soma dos erros quadráticos)
STAPP	<i>Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy</i>
T	<i>Therapist</i> (Psicoterapeuta ou Terapeuta)
TCC	Terapia Cognitivo-comportamental
TCD	Terapia de Controle de Domínio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Vs	<i>Versus</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 ASPECTOS ÉTICOS	27
4 ARTIGOS	28
4.1 ELABORAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO <i>PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET</i> (Versão original em Português)	28
4.2 DEVELOPMENT OF A PORTUGUESE VERSION OF THE PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET (Versão em Inglês)	55
4.3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS SOBRE O ESTUDO DE CASO NA PESQUISA EM PSICOTERAPIA	79
4.4 THE PROCESS OF CHANGE IN BRIEF PSYCHOTHERAPY: EFFECTS OF PSYCHODYNAMIC AND COGNITIVE-BEHAVIORAL PROTOTYPES (Versão original em Inglês)	98
4.5 O PROCESSO DE MUDANÇA NA PSICOTERAPIA BREVE: EFEITOS DOS PROTÓTIPOS PSICODINÂMICO E COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (Versão em Português)	134
5 CONCLUSÃO	173
REFERÊNCIAS	176
APÊNDICE	183
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	184
APÊNDICE B – Ficha de Dados Complementares (Terapeuta)	187
APÊNDICE C – Ficha de Codificação do PQS	188
APÊNDICE D - Manual de codificação do PQS	189
ANEXOS	227
ANEXO A – Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R)	228
ANEXO B – Escala de Adequação Social	232
ANEXO C – Carta de Aceitação da <i>Psychotherapy Research</i>	246

1 INTRODUÇÃO

O que acontece na psicoterapia? Qual a relação entre o que acontece e os resultados obtidos? A presente tese de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, possui como meta fundamental colaborar para o desenvolvimento de uma área de investigação ainda pouco explorada no Brasil: a pesquisa empírica sobre os mecanismos de mudança em psicoterapia. Seu foco é a introdução, em nosso meio, de um instrumento de pesquisa, o *Psychotherapy Process Q-Set*¹ (PQS), e de uma estratégia de investigação clínico-empírica, o estudo sistemático de caso através de análises de séries temporais, para avaliação da relação entre o processo terapêutico e os resultados em psicoterapia. O objetivo é, sobretudo, contribuir para a compreensão dos mecanismos de mudança na psicoterapia psicodinâmica breve (PPDB), ou seja, a identificação dos fatores do processo terapêutico que estão associados à resposta ao tratamento.

A possibilidade de uma aproximação entre clínica e pesquisa é complexa e controversa e existe considerável debate acerca da possibilidade de se verificar, através de métodos empíricos, as proposições psicanalíticas centrais (JONES; WINDHOLZ, 1990; GREEN, 1996; WALLERSTEIN, 1996; VAUGHAN et al., 2000; EIZIRIK, 2000; LOWENKRON, 2000). Entretanto, mesmo envolta em discussões e debates, a pesquisa empírica na psicanálise e nas psicoterapias psicanaliticamente orientadas tem crescido, ainda que este desenvolvimento seja mais lento que o de outras abordagens e fique, em grande medida, circunscrito a pequenos grupos, situados nos Estados Unidos, Alemanha e Grã-Bretanha (WALLERSTEIN, 2002; 2005). Na Americana Latina, onde o volume de trabalhos é muito pequeno, também se percebe, nos últimos quinze anos, um crescente avanço da investigação em psicoterapia em geral, e da investigação das psicoterapias psicanalíticas em particular (JIMENEZ, 2008). Este crescimento, entretanto, parece ser ainda tímido e incipiente e, hoje, os tratamentos psicodinâmicos são considerados, em termos científicos, o “primo pobre” de outros tratamentos (como o cognitivo, o comportamental e o psicofarmacológico, por exemplo), muito mais estudados através de métodos empíricos (GABBARD, 2009, p. xxv).

¹ A tradução para *Psychotherapy Process Q-Set* é Conjunto-Q do Processo Terapêutico. Ao longo deste trabalho, entretanto, optamos por usar o nome original, em Inglês.

Alguns destacados analistas e pesquisadores têm apontado para a existência de um isolamento importante entre a psicanálise e as demais ciências. Este isolamento possui raízes históricas e está, em grande medida, alimentado pela ausência de uma formação mais pluralista, em termos de métodos e conhecimentos oriundos de outras ciências, nos institutos e nas sociedades psicanalíticas. Existe, por conseguinte, pouca interlocução da psicanálise com outras áreas do conhecimento (LANCELLE, 1997; FONAGY, 2004). Uma revisão da literatura sobre pesquisa psicanalítica na *ISI Web of Science*, realizada por Weiss (2009), revela que, entre 1997 e 2006: a) os termos “psicodinâmica” ou “psicoterapia dinâmica” geraram apenas 1.160 resultados, sendo este número reduzido para ínfimos 226, quando se acrescentou o termo “pesquisa”; b) a taxa de crescimento de produções científicas neste período cresceu apenas 1%, quando se sabe que o crescimento geral deste tipo de produção é entre 5 e 15%; c) a maioria das publicações está concentrada em poucos centros de pesquisa, especialmente os localizados em duas cidades americanas, Boston e Nova Iorque; d) cerca de 15% das produções estão concentradas em apenas três periódicos: *Psychotherapy Research*, *Psychotherapy* e *American Journal of Psychotherapy*; e) na média, o fator de impacto dos periódicos que publicam esses artigos é extremamente baixo, sendo em sua maioria menor que 1; f) o fluxo de citações entre os principais periódicos de pesquisa em psicoterapia é bastante pequeno, especialmente ao se comparar com o fluxo de citações dos periódicos de psiquiatria geral. Fica evidente também que, praticamente, não há comunicação entre essas duas redes, embora recentemente pareça haver uma tendência a uma maior penetração de artigos psicodinâmicos em periódicos de psiquiatria geral de alto impacto. Isto possivelmente tenha relação com o crescente movimento efetuado por pesquisadores desta orientação em direção à busca de subsídios para uma psicoterapia psicanalítica baseada em evidências, de maior integração entre pesquisa e prática clínica e de uma maior compreensão sobre os mecanismos de ação das terapias psicodinâmicas (GABBARD, 2009).

A psicoterapia breve oferece um campo fértil para o estudo de técnicas que são difíceis de avaliar em tratamentos de tempo não limitado (STRUPP, 1981). As evidências empíricas da eficácia e efetividade da PPDB são bem maiores que as dos tratamentos de longa duração. Isto se deve ao fato de existirem poucos estudos bem conduzidos e/ou controlados com esses últimos (PIPER, 2004). Ao contrário do que ocorre com as demais psicoterapias psicanalíticas, a curta duração da PPDB está em consonância com as pressões institucionais para a contenção de custos de tratamento e de pesquisa, além de favorecer a logística necessária à coleta de dados durante o curso do tratamento e no seguimento (*follow up*).

(KOSS; STRUPP; BUCHER, 1986). Daí a explicação de porque a grande maioria das pesquisas realizadas nos últimos cinquenta anos, nos Estados Unidos, ter sido com psicoterapias de curta duração (PIPER, 2004).

Já no início da década de 1990, mais de vinte variantes de PPDB, baseadas na teoria e técnica psicanalítica, eram reconhecidas (SVARTBERG; STILES, 1991). A tendência observada, nas últimas décadas, para um abreviamento dos tratamentos psicodinâmicos e para a proliferação de modelos em PPDB pode ser creditada às evidências de sua eficácia, assim como ao interesse, por parte dos planos de saúde e dos próprios pacientes, na relação custo-benefício das psicoterapias (KOSS; STRUPP; BUTCHER, 1986; BARBER; FOLTZ, 1999; BERNARDI et al., 2004). O crescimento da adoção desta abordagem em clínicas-escolas e serviços de psicoterapia de universidades brasileiras, evidente a partir da década de 1980, deve-se a uma progressiva constatação de que o modelo mais tradicional de psicoterapia era inadequado neste contexto (ENÉAS; FALEIROS; SÁ, 2000).

É bastante conhecido o fato de que os primeiros tratamentos psicanalíticos levados a cabo pelo criador da psicanálise eram bastante breves e continham uma boa dose de atividade e diretividade (GILLERÓN, 1993). Porém, ao longo das primeiras décadas de teorização e prática psicanalítica, Freud, progressivamente, foi renunciando às medidas ativas e se tornando “mais psicanalítico (no sentido moderno)” (WALLERSTEIN, 1998, p. 51). A imposição aos analistas de regras mais rigorosas de neutralidade e abstinência, a evolução do conceito de “neurose de transferência” e a noção de resistência à cura (relacionada com os conceitos de compulsão à repetição, pulsão de morte e reação terapêutica negativa) são alguns elementos desta transformação (GILLIÉRON, 1993).

Os desenvolvimentos técnicos que originaram as psicoterapias psicanalíticas de curta e de longa duração ocorreram sob a influência da Segunda Guerra Mundial. Este evento promoveu a expansão dos serviços clínicos e uma maior integração entre diversas especialidades (ANCHIN, 2003), gerou uma demanda por tratamentos mais breves (URSANO; URSANO, 2000) e despertou o interesse dos terapeutas pelas situações de crise e “neuroses atuais”, ocorrendo uma mudança de ênfase – do interno e pulsional para o externo e interpessoal (GILLIÉRON, 1993). No pós-guerra, diversos grupos de orientação psicanalítica, de modo independente, começaram a delinear os critérios que hoje definem a PPDB: nos anos 1950 e 1960, o grupo da Tavistok Clinic (Balint, seguido por Malan) desenvolveu a proposta

de psicoterapia focal; nos Estados Unidos, nos anos 1960, Sifneos criou a *Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy* (STAPP) e Mann, a psicoterapia de tempo limitado; e pouco mais tarde, surge a proposta de Davanloo, no Canadá, de uma psicoterapia intensiva e dinâmica de curta duração (GILLIÉRON, 1993; ANCHIN, 2003; URSANO; URSANO, 2000).

Messer e Warren (1995) distinguem três grandes modelos de PPDB: 1) o “modelo estrutural ou do impulso” prioriza a conflitiva intrapsíquica e a sua interpretação. Entre os mais conhecidos representantes deste modelo, estão Malan, Sifneos e Davanloo; 2) o “modelo relacional” apóia-se na teoria das relações objetais. Ao invés de propor abordagens técnicas específicas, como no modelo anterior, valoriza a relação terapêutica e os relacionamentos interpessoais do paciente. São expoentes deste modelo os americanos Luborsky, Horowitz, Strupp e Binder; e 3) o terceiro modelo, “integrativo ou eclético”, propõe a integração de técnicas e conceitos de diferentes abordagens. Um pioneiro neste modelo é Mann, cuja proposta contempla os quatro constructos fundamentais presentes nos modelos anteriormente mencionados: impulso, ego, objeto e *self*. Na atualidade, este modelo tem se desenvolvido de três maneiras: na procura dos fatores comuns aos diferentes modelos relacionados ao sucesso terapêutico; no ecletismo técnico que prioriza as necessidades de cada paciente; e na integração teórica.

No Brasil, conforme Ferreira-Santos (1997), o ensino e a prática da PPDB têm início na década de 1970, com a criação do Ambulatório do Centro Psiquiátrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob orientação de Cláudio Laks Eizirik. Nas décadas subseqüentes, como observa Lemgruber (1997), houve um expressivo aumento das publicações sobre PPDB, o que reflete a crescente importância dessa abordagem terapêutica no nosso meio. De acordo com Yoshida e Enéas (2004), a literatura produzida sobre as psicoterapias psicodinâmicas revela a existência de dois grupos distintos: um que prioriza o modelo relacional e é representado pelo grupo gaúcho associado ao Centro de Estudos Luis Guedes (CELG) (cujas contribuições foram amplamente difundidas no país, através do livro organizado por EIZIRIK; AGUIAR; SCHESTATSKY, 1989)²; e outro, que sustenta uma abordagem mais integrativa, cujos destaques são Vera Lemgruber, Maurício Knobel, Eduardo Ferreira-Santos, Ryad Simon e as próprias Maria Leonor Enéas e Elisa Yoshida.

² Livro recentemente revisado e reeditado.

Independentemente do modelo adotado, existe consenso de que alguns fatores são fundamentais para que uma psicoterapia psicodinâmica possa ser considerada breve. Gillerón (1993) sintetiza esses fatores ao afirmar que toda PPDB obedece ao “princípio de limitação”. A limitação aqui é compreendida fundamentalmente pela duração e pela focalização, mas inclui também outros limites como da regressão, da liberdade de associações e dos objetivos terapêuticos.

[...] uma terapia que tenha curta duração não será necessariamente breve, a menos que circunscreva o problema a ser trabalhado, visando à obtenção de um objetivo específico e que empregue os recursos técnicos e a duração temporal de forma articulada, a fim de dar um sentido coerente ao processo (ENÉAS, 1999, p. 20).

De modo geral, os diversos modelos de PPDB apresentam as seguintes características que os distinguem de outros tratamentos de orientação psicanalítica: limitação no tempo (variando entre sete e quarenta sessões), posição face-a-face, frequência de uma ou duas sessões semanais e uso de intervenções derivadas dos princípios das psicoterapias psicodinâmicas. Estas últimas incluem: a) uma maior atividade do terapeuta; b) a preocupação com o estabelecimento de uma aliança terapêutica; c) o foco em conflitos ou temas definidos no início do tratamento; d) o planejamento de metas terapêuticas e critérios de término; e) a atenção para as experiências atuais, inclusive sintomas; e f) a ênfase nos aspectos atuais do relacionamento terapeuta-paciente (MESSER; WARREN, 1995; MESSER, 2001).

Uma revisão recente de trinta e um estudos de eficácia de PPDBs psicodinâmicas com duração entre sete e quarenta e seis sessões, realizada por Leichsenring (2009), fornece evidências de que a PPDB individual: a) é igualmente eficaz à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento da depressão; b) nos casos de depressão crônica e severa, quando combinada com medicação antidepressiva parece ser superior ao tratamento psicoterápico ou farmacológico não-combinado; c) é mais eficaz que relaxamento no transtorno de pânico; d) é igualmente eficaz em diversas medidas de ansiedade, mas superior no índice de remissão de sintomas, à terapia de apoio para ansiedade generalizada; e) é igualmente eficaz à TCC no tratamento da ansiedade generalizada; f) no transtorno obsessivo-compulsivo, combinada com psicofarmacoterapia é superior ao tratamento psicoterápico ou farmacológico não-combinado; g) é superior à lista de espera e igualmente eficaz à

hipnoterapia e terapia comportamental no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); h) é recomendável como tratamento de transtornos somatoformes; i) é igualmente eficaz à TCC na bulimia nervosa e superior ao aconselhamento nutricional e à terapia cognitiva em amostra mista de pacientes com bulimia ou anorexia; j) mostra-se eficaz em promover melhoras significativas em sintomas do transtorno *borderline*; k) é igualmente efetiva à TCC no tratamento de transtornos de personalidade do Grupo C; l) no tratamento de adições a opiáceos, a PPDB mais aconselhamento é igualmente eficaz à TCC mais aconselhamento, sendo ambas as combinações superiores ao aconselhamento apenas; m) na dependência de cocaína, a PPDB mais aconselhamento em grupo é igualmente eficaz à TCC mais aconselhamento em grupo, porém nenhuma das combinações é superior ao aconselhamento grupal ou individual apenas para o abuso da droga; e n) no tratamento do alcoolismo, mostra superioridade à TCC em termos de dias de abstinência e melhora de sintomas psiquiátricos em geral. Esses dados indicam a existência de fortes evidências de que a PPDB é mais efetiva do que placebo, lista de espera, terapia de apoio e tratamento usual e igualmente efetiva à TCC para diversos transtornos (LEICHSENDRING, 2009). Conclusões semelhantes foram obtidas em outros estudos meta-analíticos que afirmam a eficácia e a efetividade da PPDB (ANDERSON; LAMBERT, 1995; LEICHSENDRING, 2001; LEICHSENDRING; RABUNG; LEIBING, 2004). No entanto, existe ainda uma urgente demanda de estudos sobre a eficácia da PPDB para muitos transtornos ainda não avaliados, bem como da PPDB com crianças e adolescentes (LEICHSENDRING, 2009).

O estudo de comparação entre psicoterapias que teve maior impacto na comunidade científica foi o conduzido por Luborsky, Singer e Luborsky (1975), na década de 1970. Neste trabalho, os autores encontraram equivalência em termos de resultados entre psicoterapias de grupo e individuais, entre psicoterapias de tempo limitado e de tempo não-limitado, entre terapia comportamental e outras terapias, sendo que todas as formas de psicoterapia mostraram-se superiores aos grupos de controle (sem tratamento). A conclusão foi a de que todas as psicoterapias produzem melhora significativa na maioria dos pacientes e que a explicação mais provável para este achado é a de que diferentes formas de psicoterapia compartilham importantes e diversos fatores ou elementos comuns. Esta hipótese tornou-se,

desde então, conhecida como hipótese ou veredicto Dodô, alusão ao personagem do clássico Alice no País das Maravilhas, citado pelos autores no artigo³.

O estudo de Smith e Glass (1977), o primeiro a empregar meta-análise para examinar a efetividade da psicoterapia, revisou 375 estudos de resultados de aconselhamento e psicoterapia e encontrou poucas diferenças entre os distintos tipos de psicoterapia. Esses autores concluem que afirmativas sobre a superioridade de uma psicoterapia sobre outra não são justificadas empiricamente. Também estudos subsequentes bem controlados e que usavam manuais para assegurar que modalidade específica de psicoterapia era, de fato, empregada, como o *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Project* (ELKIN et al., 1985) e o *Second Sheffield Psychotherapy Project* (SHAPIRO et al., 1994) encontraram que, no tratamento da depressão, não há diferença entre resultados das psicoterapias cognitivo-comportamental e interpessoal-psicodinâmica. Nos estudos em que diferenças entre psicoterapias são encontradas, essas diferenças tendem a desaparecer quando são feitos ajustes estatísticos para controlar o efeito da afiliação teórica do pesquisador sobre os resultados (LUBORSKY et al., 1999).

Muitos pesquisadores, em face da aparente equivalência das psicoterapias, interpretam esses achados como decorrentes da ação de fatores “não-específicos” ou “comuns” (ELKIN et al., 1989; LUBORSKY et al., 1975; SMITH; GLASS; MILLER, 1980). A noção de fatores específicos (em contraposição à de fatores não-específicos) refere-se aos mecanismos de mudança que estão especificados na teoria desta terapia. Já os elementos comuns constituem aqueles que estão presentes em praticamente todas as formas de psicoterapia (OEI; SHUTTLEWOOD, 1996).

Frank (1971) descreveu seis fatores comuns a todas as formas de psicoterapia: 1) um relacionamento emocional intenso com a pessoa que ajuda; 2) uma explicação sobre a origem dos sintomas e métodos para seu alívio; 3) a obtenção de novas informações sobre os problemas do paciente e modos alternativos de lidar com eles; 4) o fortalecimento das expectativas de melhora do paciente, geradas pelas qualidades e *status* social e profissional do terapeuta; 5) a promoção de experiências que aumentam as expectativas futuras positivas do

³ No livro, o pássaro Dodô, ao término de uma corrida, afirma que todos os participantes ganharam e todos merecem prêmios.

paciente e proporcionam maior senso de autocontrole, competência ou capacidade interpessoal; e 6) a facilitação de experiências emocionais que supostamente são precondições para que ocorram mudanças nas atitudes e comportamentos do paciente. Stiles, Shapiro e Elliott (1986) consideram como fatores comuns relevantes para a mudança terapêutica: 1) qualidades e atitudes do terapeuta que estão presentes nas diferentes orientações terapêuticas, tais como envolvimento emocional e comunicação de novas perspectivas para a situação do paciente; 2) fatores do paciente, como a participação na terapia, a exploração do mundo interno e as expectativas de melhora implícitas na busca de ajuda e esforços para manter a terapia; e 3) a aliança terapêutica, que compreende o acordo e envolvimento mútuo entre paciente e terapeuta para o progresso do tratamento.

O fator comum mais pesquisado é a aliança terapêutica, que tem se mostrado preditora de resultados, independente da abordagem ou tipo de psicoterapia (HORVATH; SYMONDS, 1991; KRUPNICK et al., 1996; BARBER et al., 2000; MARTIN; GARSKE; DAVIS, 2000). Os fatores do relacionamento paciente-terapeuta têm se mostrado mais poderosos que os fatores específicos em determinar o resultado terapêutico (MESSER; WAMPOLD, 2002; LAMBERT; BARLEY, 2001). Conforme Wampold (2005), isso indica que não existem evidências que permitam rejeitar a hipótese nula, que afirma a equivalência das psicoterapias. Por outro lado, outros autores afirmam que esses achados não oferecem elementos quer para a sustentação quer para a refutação da hipótese dos fatores comuns (KAZDIN, 2005; DeRUBEIS; BROTMAN; GIBBONS, 2005). Muitos argumentam que existiria, na verdade, mais efeitos específicos do que hoje se acredita e que a teoria dos fatores comuns está baseada, entre outros fatores: a) nas limitações dos delineamentos tipicamente utilizados (DeRUBEIS; BROTMAN; GIBBONS, 2005); b) no uso de medidas de resultados baseadas apenas em sintomas e não em processos mentais (ROTH; FONAGY, 2005); c) e na falta de estudos que examinam os mecanismos específicos de mudança das psicoterapias (KAZDIN, 2005).

Tradicionalmente, as teorias da ação terapêutica no âmbito das psicoterapias psicanalíticas se organizam em torno de duas linhas distintas: uma que prioriza a importância da interpretação na obtenção de *insight*, compreensão interna e autoconhecimento; outra que enfatiza a interação interpessoal e os fatores da relação, como por exemplo, a aliança terapêutica e a empatia (JONES, 2000). A tendência contemporânea, no entanto, é de superar a clássica dicotomia *insight versus* relacionamento terapêutico na explicação do processo de

mudança nessas psicoterapias (GABBARD; WESTEN, 2003). A este respeito, afirma Mondrzak (2005, p. 139):

Parte importante da ação terapêutica da psicoterapia de orientação psicanalítica se dá por meio do modelo de funcionamento mental que o terapeuta oferece um modelo de contenção das angústias, de abordagem reflexiva, não-crítica e não-onipotente. É sob esta influência que o próximo passo se torna possível: a expansão na capacidade do paciente perceber sua realidade, interna e externa, revisando antigas teorias, admitindo novas formas de pensar suas experiências e abandonando, em alguma medida, modos de funcionamento mais primitivos, mais onipotentes e, portanto, menos adequados.

No relatório final do projeto Menninger de Pesquisa em Psicoterapia, Wallerstein (1986) relatou ter identificado que elementos de interpretação e *insight* e elementos de apoio e relacionamento estão presentes de forma entrelaçada em diferentes tipos de psicoterapia. Os resultados deste estudo demonstraram também que técnicas de apoio podem produzir mudanças estruturais tão duradouras quanto aquelas derivadas de estratégias interpretativas e que estas técnicas são mais utilizadas em tratamentos analíticos do que supostamente seria o esperado. Esses resultados questionam a utilidade das teorias de ação terapêutica que fazem uma ligação estreita entre o modo de intervenção (seja expressivo ou de apoio) e a mudança terapêutica.

Os estudos mais tradicionais buscam relacionar variáveis técnicas com resultados terapêuticos. Conforme afirmam Messer, Tishby e Spillman (1996), esses estudos frequentemente revelam correlações fracas ou não significativas por não levarem em consideração o tempo e o contexto das intervenções. Diferentemente das expectativas de clínicos e pesquisadores de outras abordagens, não é esperado que, nas psicoterapias psicodinâmicas, itens isolados do processo se correlacionem com os resultados em estudos grupais. Estudos de caso intensivos são muito mais propensos a evidenciarem resultados interessantes e reveladores (LEICHSENDRING, 2009).

Estudando de forma intensiva a transcrição de sessões de dois casos de PPDB, Messer, Tishby e Spillman (1996) encontraram que: as intervenções do terapeuta que eram compatíveis com a formulação dinâmica inicial (foco) apresentaram correlação com o progresso do paciente nas fases inicial e intermediária de tratamento, e que a qualidade (em

termos de modo empático e *timing*) das intervenções terapêuticas apresentou correlação com o progresso do paciente na fase intermediária do tratamento. A intercorrelação entre as duas variáveis indica que a competência técnica do terapeuta se torna mais importante quando o conflito focal está sendo trabalhado.

De modo geral, os estudos empíricos indicam alguns fatores específicos relacionados aos resultados das psicoterapias psicodinâmicas breves ou de moderada duração, entre eles, a acurácia da interpretação (esta também associada à aliança terapêutica). Por outro lado, existe pouca evidência de que a frequência de interpretações tenha relação com o resultado. Há ainda indicativos de que a frequência da interpretação da transferência está associada a resultados não favoráveis em psicoterapias com pacientes com menor qualidade de relacionamentos objetivos. Entre as variáveis do paciente associadas aos resultados satisfatórios, encontram-se: a motivação, as expectativas realísticas, a possibilidade de delimitação de um foco para tratamento, a qualidade dos relacionamentos objetivos e a ausência de transtornos de personalidade (LEICHSENRING, 2009).

Gabbard e Westen (2003) afirmam que a ação terapêutica da psicanálise e das psicoterapias é, de fato, uma questão empírica. Portanto, não pode ser resolvida através de argumentos lógicos e debate. Com o desenvolvimento das novas tecnologias para avaliar o que, de fato, ocorre na privacidade dos consultórios terapêuticos, e com uma rede de clínicos dispostos a compartilhar os dados oriundos de suas práticas, atualmente os pesquisadores dispõem dos elementos necessários para descobrir o que os psicoterapeutas fazem e quais os elementos do processo que estão associados aos melhores resultados. Assim, alude Westen (2002), ao invés de argumentar se a interpretação da transferência, a interpretação da defesa, ou qualquer outro procedimento técnico específico é um fator fundamental para produzir mudança terapêutica, hoje, é possível colocar à prova tais hipóteses.

O PQS é reconhecidamente um dos instrumentos mais úteis para a investigação do processo terapêutico das psicoterapias psicanalíticas (FONAGY, 1999; SIEFERT; DEFIFE; BAITY, 2009). Este instrumento possibilita uma descrição do processo terapêutico passível de análise quantitativa e/ou qualitativa e tem sido utilizado em diversos idiomas (espanhol, alemão, francês e italiano) para o estudo intensivo individual ou comparativo grupal de diferentes psicoterapias, entre elas, psicodinâmicas, cognitivo-comportamental, interpessoal e humanista (JONES, 2000).

Seguindo a proposta do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS, à qual se vincula a presente tese de doutorado, o projeto de pesquisa “A relação entre processo e resultado na Psicoterapia Psicodinâmica Breve”, protocolado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade, originou três artigos que são aqui brevemente introduzidos. Após, são descritos os objetivos do projeto inicial e os aspectos éticos que nortearam a pesquisa, para em seguida apresentar, na íntegra, os três artigos. Nesta parte, o texto segue a formatação exigida pelas revistas às quais foram submetidos ou publicados os trabalhos. No item Conclusão, são feitas considerações finais que buscam integrar os achados e extrair interpretações e conclusões advindas dos estudos empíricos e do estudo teórico realizado.

O primeiro artigo, já publicado na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, é intitulado “Elaboração da versão em português do *Psychotherapy Process Q-Set*” (SERRALTA; NUNES; EIZIRIK, 2007). Neste artigo, o processo de tradução e adaptação do PQS e de seu manual⁴ de aplicação estão descritos desde a autorização do autor até o estudo preliminar realizado para testar a fidedignidade interavaliadores após o treinamento dos mesmos.

A constatação de que o estudo sistemático de caso único é uma estratégia de pesquisa ainda malcompreendida e, por isso, pouco valorizada por uma parcela significativa da comunidade acadêmica, estimulou-nos a escrever o segundo artigo – “Considerações Metodológicas sobre o Estudo de Caso na Pesquisa em Psicoterapia”, submetido à revista Estudos de Psicologia (Campinas). O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão crítica da literatura sobre estudo de caso, descrevendo as características, os alcances e os limites desse tipo de pesquisa. Buscamos assim contextualizar e justificar a nossa opção metodológica.

O terceiro artigo, “O Processo de Mudança na Psicoterapia Breve: Efeitos dos Protótipos Psicodinâmico e Cognitivo-comportamental” é um estudo empírico sobre o processo terapêutico de uma PPDB. Parte-se da aplicação do PQS nas trinta e uma sessões de uma PPDB, conduzida por uma terapeuta experiente, que teve como paciente uma mulher adulta, a qual buscou tratamento para a depressão. Neste estudo de caso, foram utilizados

⁴ A ficha utilizada para codificação do PQS assim como o Manual encontram-se, respectivamente, no Apêndice C e D.

métodos quantitativos descritivos e inferenciais para compreender o padrão de interação paciente-terapeuta ao longo do tratamento e a relação deste com o resultado terapêutico alcançado⁵. Além de oferecer uma descrição empírica e clinicamente válida do processo terapêutico através do PQS, o intuito foi verificar se a psicoterapia transcorreu em conformidade com o modelo psicodinâmico e o quanto a adesão a este modelo (em comparação com a adesão ao modelo alternativo, cognitivo-comportamental) era capaz de prever a diminuição dos escores das medidas de progresso utilizadas. Para isso foram usados protótipos (modelos ideais) destas psicoterapias criados a partir dos itens do PQS. Desse modo, introduzimos em nosso meio: 1) o estudo sistemático de caso único para o exame do processo terapêutico de uma psicoterapia psicodinâmica; 2) o método dos protótipos, utilizado para verificar a correspondência de um modelo ideal de psicoterapia com aquilo que ocorre, de fato, na realidade; e 3) um método para estudar, de forma seqüencial e contextualizada, a complexa interação entre os diferentes elementos que compõem uma psicoterapia e o seu desdobramento através do curso do tratamento, ou seja, a aplicação de séries temporais bivariadas para o estudo da psicoterapia. O estudo sistemático de caso único é uma tendência atual de pesquisa (WALLERSTEIN, 2002). A aplicação de análises de séries temporais bivariadas para o estudo do processo terapêutico é considerada um novo paradigma de pesquisa psicanalítica, introduzido pelo autor do PQS e colaboradores (JONES et al., 1993). A avaliação da adesão de uma psicoterapia e da psicanálise ao seu protótipo ou modelo ideal, através do PQS, foi originalmente realizada por Ablon e Jones (1998) e gerou uma série de estudos subseqüentes (ver, por exemplo, ABLON; JONES, 2005; ABLON; KATZENSTEIN; LEVY, 2006; POLE; ABLON; O'CONNOR, 2008). Nenhum desses estudos, entretanto, tratou de examinar especificamente o processo da PPDB. Também até o momento nenhuma outra investigação utilizou procedimentos de codificação e análise do processo terapêutico através do PQS em um caso completo (ou seja, em todas as sessões) de psicoterapia. Esta é a contribuição original deste trabalho, cuja submissão à *Psychotherapy Research* foi plenamente aceita em 07/05/2010 (vide carta de aceitação no Anexo C).

Para a realização dos estudos relatados no artigo 1 e no artigo 3 foram utilizados dados de três PPDBs com pacientes deprimidas, todas com duração predeterminada em trinta e duas

⁵ As medidas de resultado utilizadas, Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R) e Escala de Adequação Social (EAS) encontram-se, respectivamente, nos anexos A e B. O Inventário de Depressão de Beck (BDI) e seu manual (Cunha, 2001) são comercializados pela Editora Casa do Psicólogo e têm sua divulgação protegida por direitos autorais reservados.

sessões. Essas pacientes foram encaminhadas por colegas que estavam cientes dos procedimentos e objetivos da presente investigação. É digno de nota que o projeto inicial previa, além da elaboração da versão em português do PQS, a aplicação deste em uma série de casos de PPDB. Durante o próprio estudo, entretanto, houve uma modificação no planejamento da pesquisa, situação que não é incomum nos estudos de caso (YIN, 2001). A redefinição da estratégia metodológica (mudança de casos múltiplos para caso único) ocorreu devido às situações de ordem pragmática e metodológica que são relatadas e justificadas a seguir.

Em termos práticos, algumas dificuldades não consideradas antecipadamente se fizeram presentes: 1) a gravação em áudio de um dos casos foi completamente perdida por problemas técnicos; num outro caso, várias sessões ficaram inaudíveis (este caso foi aproveitado para o treinamento); e 2) o treinamento dos juízes que avaliaram as sessões de psicoterapia através do PQS (estimado inicialmente em 8 horas, distribuídas em quatro encontros quinzenais) precisou ser estendido para 30 horas e consumiu praticamente cinco meses de trabalho do grupo. Isso ocorreu principalmente em virtude das dificuldades encontradas pelos avaliadores em compreender e executar a tarefa, descrita e discutida no artigo 1. Esses fatores estenderam o tempo previsto para a coleta de dados. A inexperiência em realizar procedimentos de gravação aliada à falta de recursos financeiros para garantir a utilização de equipamentos mais sofisticados, possivelmente, tenha sido responsável pelos problemas de áudio encontrados. Com relação ao treinamento, o fato de termos necessitado mais tempo do que o relatado pelo autor do PQS para obter níveis semelhantes de fidedignidade interavaliadores, provavelmente, deve-se a dois fatores: 1) o treinamento foi coordenado por uma pessoa (a autora desta tese) que não tinha recebido treinamento formal para utilizar o instrumento; e 2) diferenças culturais e de formação dos avaliadores, visto que, no Brasil, procedimentos de avaliação formal de transcrições de psicoterapias são bastante raros na experiência de estudantes e profissionais de psiquiatria e psicologia.

Ainda que esses fatores tenham contribuído para as alterações no planejamento recém-mencionadas, as mudanças realizadas foram necessárias, sobretudo, por razões metodológicas. Dessa forma, na medida em que fomos conhecendo melhor a literatura sobre PQS e suas possíveis aplicações, bem como revisando a literatura sobre estudos de casos quantitativos, sistemáticos e intensivos, tivemos que reconsiderar o valor da inclusão de múltiplos casos. Seguindo as recomendações de outros pesquisadores (como HILLIARD,

1993, por exemplo), optamos por uma imersão mais profunda no material clínico completo de um único caso, deixando a replicação do estudo para trabalhos posteriores. Ainda que a redução do número de casos, inicialmente, pareça sinalizar uma redução do escopo do estudo, essa premissa é equivocada. Conforme apresentado no artigo 2, neste tipo de estudo, a inclusão de novos casos, idealmente, somente deveria ocorrer após exaustivo exame do caso anterior. Em virtude das limitações de tempo pertinentes a um trabalho acadêmico, na presente investigação, para incluir mais de um caso, seria necessário realizar um procedimento de “amostragem”, isto é, segmentar o estudo do processo terapêutico utilizando apenas uma parcela do total de sessões de cada caso. Isso, todavia, faria com que se perdessem informações importantes para uma compreensão mais completa da psicoterapia em estudo e, principalmente, impossibilitaria a execução dos procedimentos de análise de séries temporais bivariadas planejados. Por esse motivo, optamos pela análise intensiva de um caso único, o que é compatível com uma proposta idiográfica de pesquisa, típica dos denominados “estudos de processos” (WALLERSTEIN, 2007). “Quando as manipulações experimentais duram 12 ou 20 sessões (*ou mais, neste caso*) e compreendem milhares de intervenções, os achados correlacionais podem ser mais causalmente decisivos que resultados experimentais” (WESTEN; NOVOTNY; THOMPSON-BRENNER, 2004, p.678). Portanto, a utilização de uma abordagem intensiva, longitudinal e correlacional justifica-se na medida em que os resultados desse tipo de estudo costumam ser muito reveladores e questionam a visão mais tradicional de inferência causal em psicoterapia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar a versão em português do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) e utilizá-la para avaliar, de forma intensiva e seqüencial, a relação entre o processo e o resultado na psicoterapia breve psicodinâmica (PPDB).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traduzir e avaliar a fidedignidade interavaliadores da versão brasileira do PQS;
- Verificar, em um caso de PPDB, as variáveis da paciente, da terapeuta e da relação terapêutica que caracterizaram o processo terapêutico;
- Verificar, em um caso de PPDB, se o processo terapêutico foi compatível com um processo psicodinâmico ideal (protótipo PPD);
- Verificar, em um caso de PPDB, se o processo terapêutico apresentou elementos característicos de um processo cognitivo-comportamental ideal (protótipoTCC);
- Verificar, em um caso de PPDB, se a adesão da psicoterapia ao protótipo psicodinâmico (em comparação com o protótipo cognitivo-comportamental) foi preditora do progresso terapêutico;
- Verificar, em um caso de PPDB, os efeitos específicos da adesão da terapeuta, da adesão da paciente, e da adesão da interação paciente-terapeuta aos protótipos PPD e TCC sobre o progresso terapêutico.

3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-graduação – Comissão Científica, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com cadastro sob o número 03129.

Todas as participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), sendo que lhes foi garantida a conclusão do atendimento contratado independentemente de uma eventual retirada do consentimento para o estudo. A coleta de dados foi realizada em dois consultórios de psicologia, devidamente equipados para a atividade de psicoterapia, com boa proteção acústica. Não houve qualquer interferência na condução dos tratamentos, sendo que a análise dos dados da pesquisa só iniciou após o término destes.

Os juízes que aplicaram o PQS não tiveram acesso à identidade das pacientes e das terapeutas, assim como a outros dados dos casos em avaliação, como, por exemplo, queixa inicial, diagnóstico e foco do tratamento. As sessões foram distribuídas de forma aleatória. Houve cegamento dos juízes para o número da sessão avaliada e para a identidade do(s) outro(s) juiz(es) da mesma sessão. Tomou-se também o cuidado de evitar qualquer comentário sobre o caso em estudo com o grupo de avaliadores, quer durante o treinamento inicial, quer durante as reuniões para “calibração” realizadas periodicamente durante a fase de aplicação do PQS no caso principal, sendo que nessas ocasiões apenas as sessões dos outros dois casos coletados foram utilizadas.

As medidas de resultados, indicadoras do progresso terapêutico do caso em estudo, foram aplicadas na forma auto-administrada. A paciente recebia periodicamente um envelope lacrado contendo os instrumentos e as explicações sobre como realizar o preenchimento. Evitou-se assim o contato pessoal com ambas, paciente e terapeuta, durante a realização do tratamento.

4 ARTIGOS

4.1 ELABORAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO *PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET*¹ (Versão original em Português)

Elaboração da versão em português do *Psychotherapy Process Q-Set*

Fernanda Barcellos Serralta – Psicóloga; Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS); doutoranda em Psiquiatria (UFRGS); Professora adjunta do Curso de Psicologia da ULBRA. Responsável pela correspondência. Endereço: Rua Cel. Corte Real 797/502. Bairro Petrópolis. Porto Alegre, RS – Brasil. CEP 90630-080. E-mail: psifer@terra.com.br

Maria Lúcia Tiellet Nunes – Psicóloga; Doutora em Psicologia pela Universidade Livre de Berlim; Professora titular da Faculdade de Psicologia da PUCRS; Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Cláudio Laks Eizirik – Médico Psiquiatra; Doutor em Medicina (UFRGS); Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal (UFRGS); Analista Didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre; Presidente da IPA (*International Psychoanalytic Association*).

Trabalho integrante da tese de doutoramento de Fernanda Barcellos Serralta intitulada *A relação entre processo e resultado na psicoterapia psicodinâmica breve: um estudo de caso*, em desenvolvimento no Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

¹ O artigo encontra-se publicado na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v.29, n.1, p.44-55, 2007. Sua apresentação, nesta tese, segue as normas de publicação daquela revista.

RESUMO

Introdução: No Brasil a pesquisa em psicoterapia encontra-se em desenvolvimento inicial; ainda não há estudos sistemáticos do processo terapêutico e poucas são as medidas disponíveis para os pesquisadores interessados neste campo.

Objetivo: Elaborar a versão em português do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS).

Método: A elaboração da versão em português do PQS envolveu quatro etapas: tradução, retrotradução, avaliação da equivalência semântica e discussão, entre os autores, dos resultados. Para a aplicação do instrumento, 5 avaliadores foram treinados. Durante o treinamento, registros no diário de campo eram feitos para identificar dificuldades na execução da tarefa e subsidiar dados complementares. Após, o PQS foi aplicado em 7 sessões de uma psicoterapia psicodinâmica breve para examinar a concordância entre os juízes.

Resultados: A versão em português do PQS apresentou boa equivalência semântica com a original. A avaliação da fidedignidade inter-avaliadores teve resultado satisfatório. Ressalta-se que a aplicação do PQS requer estudo, tempo e reflexão. A discussão com os avaliadores apontou a necessidade de uma revisão do manual de aplicação no que diz respeito às vinhetas ilustrativas. Isto deverá ser realizado, futuramente, para minimizar as discrepâncias observadas no entendimento de alguns conceitos e para melhor adequá-las à realidade brasileira.

Conclusão: O estudo disponibiliza a versão em português do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS), um instrumento versátil que pode ser utilizado em diferentes contextos para descrever, quantitativamente, e em termos clinicamente significativos, o processo terapêutico das diferentes psicoterapias.

Descritores: Tradução; Equivalência Semântica; Instrumentos; Fidedignidade; Processo Terapêutico; Psicoterapia.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, psychotherapy research is in development; there are none systematic studies of therapeutic process, and few are the available measures for researchers interested in this field.

Objective: To elaborate the Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set (PQS).

Method: The elaboration of the Portuguese version of the PQS involved four stages: translation, back translation, semantic equivalence appreciation and discussion, between the authors, of the results. Five raters were trained for the application of the instrument. During training, registers were made in a field diary to identify difficulties in the execution of the task, and also to subsidize complementary data. Thereafter, the PQS was applied to 7 hours of a short-term psychodynamic psychotherapy for agreement between judges evaluation.

Results: The Portuguese version of PQS presented good semantic equivalence with the original. The inter-raters reliability study resulted satisfactory. It is worth noting that PQS' application requires study, time and reflection. Discussions with raters pointed out to be necessary a revision of the application manual concerning the clinical examples. This shall be done, in the near future, to minimize the discrepancies observed in raters' understanding of some concepts and to better adjust them to Brazilian reality.

Conclusion: The study provides a Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set (PQS), a versatile instrument that can be used in different contexts to describe, quantitatively, and in clinical meaningful terms, the therapeutic process of different psychotherapies.

Key Words: Translation; Semantic Equivalence; Instruments; Reliability; Therapeutic Process; Psychotherapy.

RESUMEN

Introducción: En Brasil la investigación en psicoterapia se encuentra en desenvolvimiento inicial; todavía no hay estudios sistemáticos acerca del proceso terapéutico y pocas son las medidas disponibles para los investigadores interesados en este campo.

Objetivos: Elaborar la versión en portugués del Psychotherapy Process Q-Set (PQS).

Método: La elaboración de la versión en portugués del PQS fue realizada en cuatro etapas: traducción, re-traducción, apreciación de la equivalencia semántica y discusión, entre los autores, de los resultados. Para aplicar el instrumento, 5 evaluadores fueron entrenados. Durante el entrenamiento, registros fueron hechos en un diario de campo para identificar dificultades en la ejecución de la tarea, y también para subvencionar datos complementarios. Después, el PQS fue aplicado en 7 sesiones de una psicoterapia dinámica breve para evaluar la concordancia entre jueces.

Resultados: La versión en portugués del PQS presentó buena equivalencia semántica con la original. El estudio preliminar de la confiabilidad entre jueces resultó satisfactorio. Vale el observar que el uso de PQS requiere estudio, tiempo y reflexión. La discusión con los evaluadores señaló ser necesaria una revisión del manual de aplicación referente a los ejemplos clínicos. Esto será hecho, en un futuro próximo, para reducir al mínimo las discrepancias observadas en el entendimiento de algunos conceptos y para mejor ajustarlos a la realidad brasileña.

Palabras Clave: Traducción; Equivalencia semántica; Instrumentos; confiabilidad; Proceso psicoterapéutico; Psicoterapia.

INTRODUÇÃO

Existe considerável consenso de que o impulso à pesquisa em psicoterapia possui origem na crítica feita por Hans Eysenck¹ de que faltavam evidências que comprovassem ser as psicoterapias mais efetivas do que outros métodos de intervenção. A repercussão desse artigo foi quase imediata, gerando um grande número de estudos sobre a eficácia das psicoterapias e da psicanálise. Assim, durante mais de quatro décadas, os pesquisadores produziram consideráveis evidências sobre os resultados das psicoterapias², de modo que, atualmente, a questão genérica de que se as psicoterapias são ou não eficazes deixou de ser a preocupação dominante^{3,4}. Desde a última década, novos problemas têm ocupado os pesquisadores, tais como: quais as psicoterapias que funcionam melhor para quais pacientes?⁵ e quais os aspectos, métodos e fatores que contribuem para a mudança em psicoterapia?⁶

Russell e Orlinsky⁷ dividem a história da pesquisa em psicoterapia em quatro etapas, sendo que a atual apresenta um crescente interesse pelo estudo do processo terapêutico. Referindo-se especificamente à pesquisa psicanalítica, Wallerstein⁸ descreve quatro gerações sucessivas: a primeira teve início com o levantamento de Coriat sobre resultados terapêuticos, em 1917, e caracteriza-se por estudos de levantamento, baseado em “opiniões” e sem controle de vieses; a segunda teve início no final da década de 1960, na Europa e EUA: são estudos em maior escala, prospectivos e comparativos, com múltiplas medidas e mais rigor no tratamento das variáveis; a terceira geração, contemporânea à segunda, alia a avaliação do processo com os resultados terapêuticos mediante a aplicação de múltiplas medidas através do tempo; e a quarta geração encontra-se em *statu nascendi* e concentra seu questionamento na natureza do processo terapêutico investigado em profundidade através de gravações em áudio e vídeo.

O estudo microscópico da interação terapêutica, em sessões completas ou em fragmentos de sessões gravadas e transcritas, é ainda “música para o futuro”⁸, como pode ser observado na revisão sobre pesquisa psicanalítica levada a cabo por Fonagy e colaboradores⁹, na qual dos cinquenta projetos listados, apenas nove eram de estudos “puros” de processo e seis, de processo-resultado. Na realidade, muitos estudos ditos de processo são, de fato, micro-estudos de resultados⁴.

O objetivo fundamental dos estudos sobre processo terapêutico é entender como ocorre a mudança ao longo do curso do tratamento², isto é, identificar os mecanismos de ação

terapêutica. Para tanto, os pesquisadores aplicam métodos qualitativos e quantitativos para examinar os padrões de interação e da comunicação terapeuta-paciente através das sessões de psicoterapia, relacionando-os com episódios terapêuticos positivos e negativos, bem como com a mudança clínica¹⁰.

Desde os primórdios, a psicanálise se ocupou do estudo do processo terapêutico do ponto de vista clínico. Não é por acaso, portanto, que muitos dos instrumentos criados nas últimas décadas para a investigação sistemática do processo terapêutico tenham sido desenvolvidos por pesquisadores desta orientação, entre eles: o FRAMES, *Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures*¹¹, o CCRT, *Core Conflictual Relationship Theme Method*¹² e o PQS, *Psychotherapy Process Q-Set*¹³, alvo do presente estudo.

O PQS, assim como os demais instrumentos citados, baseia-se na transcrição literal das sessões de tratamento gravadas, questão que há várias décadas suscita controvérsias entre clínicos e pesquisadores psicanalíticos^{9,14,15,16}.

No Brasil a pesquisa em psicoterapia encontra-se em estado inicial e ainda não há estudos sistemáticos, em profundidade, do processo terapêutico. Os debates sobre o uso do gravador praticamente inexistem, salvo raras exceções^{17, 18}. Também são poucos os pesquisadores que investigam os efeitos de variáveis do processo sobre os resultados de tratamento. Destacam-se, neste sentido, os trabalhos do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve com a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)¹⁹ e a pesquisa de Marcolino²⁰ sobre o impacto da aliança terapêutica na psicoterapia breve. No Rio Grande do Sul, não há estudos empíricos quantitativos que envolvam a investigação da dimensão processo-resultados terapêuticos. Não obstante, alguns trabalhos recentes sobre fatores do paciente associados à capacidade de formar aliança terapêutica²¹ e sobre a associação entre aliança terapêutica e transferência²² denotam o interesse pela temática. Observa-se ainda um maior interesse, entre pesquisadores, na elaboração de versões brasileiras de instrumentos que avaliam fatores (do paciente ou da dupla paciente-terapeuta) que integram ou influenciam o processo da psicoterapia, tais como transferência^{22,23}, contratransferência²⁴, aliança terapêutica²⁵ e mecanismos de defesa²⁶. Tais iniciativas são fundamentais para o desenvolvimento, o aperfeiçoamento e a expansão da pesquisa em psicoterapia em nosso meio.

O estudo minucioso do processo terapêutico possibilita a geração e a avaliação de modelos explicativos de ação terapêutica¹³. Permite também examinar a validade da hipótese ou veredicto Dodô²⁷, que afirma que as diferentes psicoterapias são igualmente efetivas². Embora corroborada por diversas pesquisas, esta hipótese tem sido questionada por alguns pesquisadores que consideram a equivalência das psicoterapias um mito que reflete as limitações das variáveis em estudo²⁸ e dos delineamentos e procedimentos de investigação utilizados^{29,30}. Na realidade, parece razoável que diferentes técnicas produzam resultados semelhantes quando não se examina os meios através dos quais se produziram os resultados⁴. Portanto, a noção de que fatores não-específicos (por exemplo, da aliança terapêutica) são elementos-chave para explicar os resultados terapêuticos deve-se, em parte, à falta de estudos sistemáticos que investiguem os diferentes efeitos de diferentes tratamentos ou que identifiquem a relação entre as diferentes intervenções terapêuticas e os resultados³⁰.

De modo geral, considera-se que fatores técnicos (específicos) diferenciam determinados tipos de tratamento, enquanto fatores comuns (inespecíficos), tais como a relação entre terapeuta e paciente, estão sempre presentes. De fato, diversas pesquisas têm demonstrado que a aliança terapêutica é um importante preditor de resultados terapêuticos em diferentes psicoterapias^{31,32,33}. Não há ainda, no entanto, estudos suficientes para esclarecer *como* tais fatores, específicos ou comuns, contribuem para a mudança em psicoterapia³⁴.

Com o objetivo de compreender o papel dos diferentes fatores envolvidos no processo terapêutico é que foi desenvolvido o *Psychotherapy Process Q-Set*, PQS³. Este instrumento, aplicável à sessão terapêutica gravada em áudio e/ou vídeo (unidade de análise), promove uma descrição detalhada e abrangente dos elementos do processo terapêutico em termos clinicamente relevantes e, ao mesmo tempo, compatíveis com a análise quantitativa e comparativa, contribuindo assim para a superação da histórica dissociação entre a atividade clínica e a pesquisa em psicoterapia¹³. O PQS tem sido utilizado, com sucesso, para estabelecer, empiricamente, relações causais entre o processo terapêutico e a mudança

² A alusão ao veredicto do pássaro Dodô (“*todo mundo ganhou e todos devem ganhar prêmios*”) ao término da corrida em comitê, no clássico “Alice no país das Maravilhas” de Lewis Carroll, foi originalmente feita por Rosenzweig, em 1936, em um artigo no qual o autor introduz o conceito de fatores comuns nas psicoterapias. A utilização posterior, por Luborsky, Singer e Luborsky, em 1975, tornou-se consagrada na literatura e faz referência aos resultados dos numerosos estudos comparativos que falham em demonstrar diferenças significativas nos resultados de diferentes psicoterapias.

³ O instrumento é de autoria do psicólogo, psicanalista, professor e pesquisador da Universidade de Berkeley, Enrico E. Jones, falecido em 2003. O PQS e seu manual original são de 1985. Foram publicados por primeira vez em 2000 no apêndice do livro “*Therapeutic Action: a guide to psychoanalytic therapy*”.

psíquica em delineamentos de caso único ou de múltiplos casos⁹. Foi baseado nesses estudos que Jones^{13,35} 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 dos estudos causais, o PQS tem sido utilizado para comparar o processo terapêutico de diferentes psicoterapias^{34,36,37}, identificar os fatores do processo que melhor predizem os resultados terapêuticos^{30,38}, investigar diferenças entre fases de tratamento^{39,40}, examinar o processo de formulação das hipóteses clínicas dos psicoterapeutas⁴¹, determinar protótipos de diferentes tratamentos psicanalíticos e psicoterápicos^{42,43}, entre outras aplicações descritas na literatura.

O presente artigo apresenta as etapas de elaboração da versão em português do PQS e descreve o estudo preliminar realizado para verificar a fidedignidade entre diferentes avaliadores, após o treinamento dos mesmos. É parte integrante de um projeto mais amplo denominado “Relação entre processo e resultado em Psicoterapia Psicodinâmica Breve: um estudo de caso”, uma investigação intensiva e sistemática de caso único, que envolve a aplicação do PQS nas 32 sessões de psicoterapia de uma paciente deprimida, cujo objetivo principal é compreender a interação entre as múltiplas variáveis do processo e o desfecho do tratamento.

MÉTODO

Instrumento

O PQS é um instrumento baseado na metodologia Q, também denominada método de ordenamento Q ou simplesmente método Q. Criado em 1935 pelo físico e psicólogo William Stephenson para estudar a subjetividade na perspectiva da própria pessoa⁴⁴, o método foi posteriormente adaptado e modificado por Block⁴⁵ para permitir avaliações através de juízes externos. Em essência, seu propósito é fornecer uma descrição de um evento através do ordenamento (*Q-sort*) de uma série de itens que descrevem uma opinião, característica, aspecto psicológico ou comportamental de um indivíduo ou situação. Uma particularidade do método é que não existe um conjunto Q (*Q-Set*) padrão; seu objetivo é justamente prover um conjunto de elementos que descrevam da melhor maneira as dimensões de variação do

fenômeno em estudo⁴⁵. Outra característica central do método é que os itens são avaliados em relação uns com os outros e não isoladamente^{45,46}. Isto geralmente é realizado com o auxílio de cartões que contém impressos os itens do instrumento, de modo que os mesmos possam ser ordenados em pilhas horizontais (categorias do um *continuum* pré definido) em uma mesa de trabalho⁴⁶.

O PQS possui 100 itens apresentados em cartões individuais e um manual explicativo com descrições e exemplos operacionais dos itens, para minimizar possíveis variações na interpretação destes¹³. Os itens podem ser classificados em três grandes grupos: 1) atitudes, comportamentos ou experiências do paciente, 2) ações e atitudes do terapeuta; e 3) interação paciente-terapeuta ou clima terapêutico³⁰.

A utilização do PQS requer treinamento e um estudo cuidadoso do manual. O procedimento de aplicação pode ser assim resumido: após o exame do material da sessão terapêutica e formulação inicial sobre os dados, os avaliadores (juízes) devem distribuir os cartões em nove pilhas, variando num *continuum* que vai do menos característico (categoria 1) ao mais característico (categoria 9). O número de cartões em cada pilha é distribuído em conformidade com a curva normal, variando de cinco cartões nos extremos a dezoito cartões nas categorias do meio¹³. Esta distribuição forçada faz com que os avaliadores tenham que buscar o melhor arranjo para descrever os fenômenos, levando em consideração a frequência, a intensidade e a importância de um item em relação aos demais, o que requer tempo e reflexão.

Os itens do PQS foram construídos a partir dos itens de outras medidas de processo terapêutico existentes e itens construídos por *experts*. Muitas versões foram testadas em estudos-piloto realizados em horas de tratamentos psicanalíticos e psicoterapêuticos de variadas orientações. Os itens que mostraram pouca variação entre uma ampla gama de sujeitos e sessões terapêuticas, que eram redundantes ou que apresentaram baixa fidedignidade interavaliadores foram excluídos. Revisões nos itens também foram realizadas cada vez que alguma faceta do processo terapêutico considerada relevante não era capturada pelo instrumento. A versão final mostrou-se capaz de avaliar uma variedade de fenômenos próprios do processo psicanalítico, tais como transferência, resistência, intervenções do terapeuta e estados afetivos do paciente³⁹, bem como de outras orientações teóricas³⁰.

Diversos estudos demonstram que a versão original do PQS apresenta boa fidedignidade interavaliadores^{13,30,36}, validade de constructo³⁰ e validade discriminante³⁶. A validade fatorial é irrelevante, pois a medida supõe independência entre os itens. De fato, as investigações envolvendo a análise fatorial do PQS revelaram ausência de estrutura fatorial, o que é bastante desejável do ponto de vista da metodologia Q³⁰.

O PQS já foi traduzido para o espanhol⁴⁷, o alemão⁴⁰ e o italiano³⁷. Nos estudos realizados com essas versões foram encontrados índices satisfatórios de concordância entre os juízes^{37,40,41}. Além disso, a pesquisa realizada por Roussos⁴¹ demonstrou ser o PQS um instrumento sensível e capaz de discriminar hipóteses clínicas de psicoterapeutas cognitivos e psicanalíticos em segmentos de uma mesma sessão, um achado importante visto que o PQS foi originalmente construído para a análise das sessões terapêuticas como um todo, e não de suas partes.

Não existe um levantamento padrão dos resultados obtidos com o PQS, pois este pode variar conforme os objetivos da investigação em curso. Tipicamente se utilizam os itens pontuados nos extremos do ordenamento Q (mais e menos característicos) e/ou os agrupamentos obtidos mediante procedimentos de análise fatorial para se obter descrições sumarizadas do processo terapêutico (narrativas clínicas) que podem ser utilizadas em análises estatísticas inferenciais, quando necessário.

Procedimentos

A autorização para desenvolver e utilizar a versão em português do PQS foi obtida com o autor, Dr. Enrico Jones, através de comunicação eletrônica, em agosto de 2002.

A versão em português foi elaborada em quatro etapas. Na primeira, duas traduções independentes do manual e itens do instrumento foram realizadas por duas psicólogas bilíngües: uma das autoras deste artigo (F.B.S.) e outra, com vasta experiência em tradução, que não possuía conhecimento prévio do instrumento. A seguir, com o auxílio de um psiquiatra, também bilíngüe, foi desenvolvida a versão consensual, levando em consideração as duas versões preliminares. Em alguns itens, optou-se por uma ou outra versão, e, em outros, por uma conjugação de ambas.

A segunda etapa foi a retrotradução da versão consensual para o idioma do original, o inglês. Esta etapa foi realizada por uma tradutora bilíngüe, experiente em tradução e retrotradução de instrumentos de pesquisa cuja língua nativa é o português.

A terceira etapa foi a avaliação da equivalência semântica feita por outros dois autores (M.L.T.N. e C.L.E.), tendo por base o modelo proposto por Herdman⁴⁸, já utilizado no Brasil por outros pesquisadores^{49,50,51}. A avaliação levou em consideração os significados referencial e geral. A avaliação do significado referencial compreende a avaliação da medida em que as palavras da retrotradução referem às mesmas idéias ou objetos que as do original, isto é, a correspondência literal entre elas. Para cada item foi utilizada uma escala analógica visual que permite a pontuação de 0 a 100%. Já a avaliação do significado geral leva em consideração, além da equivalência literal, aspectos mais sutis da equivalência entre as versões (original e versão 1), tais como a manutenção do significado e o impacto que determinadas palavras ou expressões possuem no contexto cultural brasileiro. Os itens foram classificados em quatro categorias: inalterado (IN), pouco alterado (PA), muito alterado (MA) e completamente alterado (CA).

A etapa seguinte foi a discussão, entre todos os autores, do resultado das avaliações e a modificação de alguns dos itens para atender aos critérios de equivalência semântica mencionados. Esta versão, juntamente com o manual, foi revisada por uma especialista em língua portuguesa para pequenos ajustes na redação e concordância verbal, resultando na versão final (vide anexo 1).

Após a elaboração final da versão em português do PQS e do seu manual de codificação, realizou-se um treinamento com os avaliadores que irão atuar como juízes no estudo de caso já mencionado. Os avaliadores são cinco psicoterapeutas com experiência clínica variável (entre três e quatorze anos), sendo uma médica especialista em psiquiatria e quatro psicólogas, das quais três possuem treinamento formal em psicoterapia psicanalítica em uma instituição local, cujo modelo de formação baseia-se no “tripé”: seminários teóricos, supervisão e tratamento pessoal.

O treinamento dos avaliadores foi coordenado por uma das autoras (F.B.S.) e realizado em aproximadamente 30 horas distribuídas em nove encontros. Inicialmente, houve um intenso e cuidadoso estudo do manual de aplicação do PQS. Após, as transcrições de quatro

sessões de uma psicoterapia psicodinâmica breve, que não do caso principal em estudo, foram examinadas, uma a uma, por todo o grupo. O ordenamento dos itens do PQS, nessas sessões, foi realizado através de consenso. Durante o treinamento, anotações em diário de campo eram feitas para identificar as eventuais dificuldades enfrentadas pelos avaliadores na execução da tarefa e para subsidiar dados complementares.

Finalmente, sete sessões de um terceiro caso de psicoterapia psicodinâmica breve foram distribuídas entre os avaliadores recém-treinados, sorteados em duplas, para que realizassem o ordenamento dos 100 itens do PQS, de modo independente. Usando o coeficiente de correlação de Pearson, foi então avaliada a concordância entre as duplas de avaliadores, tendo como parâmetro de fidedignidade interavaliadores coeficientes maiores ou iguais a 0,50, critério adotado em outros trabalhos com o PQS^{34,38,42,52,53, 54}.

RESULTADOS

De modo geral, os itens obtiveram boa equivalência entre as versões. Dos 100 itens do instrumento, 88 apresentaram significado referencial acima de 80%. Com relação ao significado geral, 91 itens foram avaliados como possuindo significado idêntico (inalterado), 8, um pouco alterado, e 1, com significado completamente alterado.

A figura 1 apresenta, a título de exemplo, alguns dos itens que geraram mais discussão, quer por apresentar significado referencial baixo, quer por apresentar significado geral alterado.

[inserir figura 1]

Durante o treinamento com o PQS, foram identificadas algumas falhas na compreensão e no manejo inicial do instrumento. Entre os problemas de compreensão, destacou-se a pouca familiaridade dos avaliadores em treinamento com alguns conceitos oriundos de outras abordagens psicoterápicas, que não a psicanalítica (por exemplo, na definição do item 80 “o terapeuta apresenta uma experiência ou evento numa perspectiva diferente”, é referido o conceito “reestruturação cognitiva”). Nas discussões realizadas entre os participantes do treinamento, foi assinalado que seria desejável que o manual do PQS apresentasse vinhetas clínicas ilustrativas em todos os itens, e não apenas em alguns. Uma das

vinhetas foi considerada pouco adequada à nossa realidade, embora não estivesse causando prejuízo no entendimento do item. Trata-se do exemplo que acompanha o item 73 (“o paciente está comprometido com o trabalho terapêutico”): “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”. Outra observação importante foi que o grupo de avaliadores, especialmente nos primeiros encontros de treinamento, apresentou dificuldade em assumir a postura de um observador neutro requerida nas instruções do instrumento¹³. Também foi detectada, nesta etapa, a tendência a interpretar o material da sessão, ao invés de simplesmente descrevê-lo.

Findo o treinamento, foi realizado o estudo de fidedignidade interavaliadores. Das sete sessões avaliadas, em cinco foi encontrada boa fidedignidade (coeficientes de correlação de Pearson entre 0,53 e 0,64) com apenas dois juízes. Nas outras duas sessões, foi necessária a inclusão de um terceiro avaliador para produzir índices semelhantes ($r=0,60$ e $r=0,72$).

DISCUSSÃO

Com relação ao estudo de equivalência semântica do PQS, considerando as duas avaliações realizadas, percebe-se que a do significado referencial é a que se mostrou com mais problemas. É digno de nota que vários itens que tiveram avaliação do significado referencial baixa, foram avaliados como apresentando significado geral inalterado, o que indica a existência de algumas dificuldades na retrotradução em itens que a tradução mostrou-se adequada. A explicação para isto pode ser encontrada no fato da retrotradução ter sido realizada por profissional não familiarizado com a linguagem do instrumento, especialmente palavras e expressões que representam jargão da técnica em psicoterapia e também por se tratar de pessoa cuja língua nativa é o português e não o inglês. Tendo isto em consideração, foram feitos os ajustes necessários na tradução, e, após a revisão final considerou-se que ambas as versões, a original e a traduzida para o português, eram equivalentes do ponto de vista semântico.

Uma vez que o PQS é um instrumento cuja aplicação depende de um treinamento especial dos juízes, recomenda-se a avaliação da fidedignidade interavaliadores sempre que for utilizado. Para nós, foram necessárias 30 horas de treinamento distribuídas em encontros quinzenais ao longo de cinco meses, sendo que nos intervalos entre os encontros os

avaliadores estudavam o material clínico e realizavam suas avaliações individuais para então discutir no grupo.

Consideramos o resultado do estudo de fidedignidade animador visto que a avaliação do processo terapêutico através do PQS é extremamente detalhada, requerendo paciência e cuidado dos avaliadores¹³ além de, obviamente, uma boa dose de intuição e julgamento clínico.

É digno de nota que o grupo de avaliadores tinha experiência clínica variável e que não se observou qualquer tendência no sentido da influência desta sobre as avaliações, quer durante o treinamento, quer durante o estudo recém-mencionado. As dificuldades identificadas nesses momentos dizem respeito sobretudo à maior ou menor complexidade dos fenômenos presentes nas sessões, embora também tenha ocorrido algumas falhas na compreensão exata de alguns itens. Quanto à primeira dificuldade identificada, nada há a fazer, além de reconhecê-la e tentar dedicar mais tempo de estudo das “sessões difíceis”, ou seja, sessões onde os estados mentais e atitudes do paciente e/ou do terapeuta não são tão facilmente apreendidos do material escrito. Isto pode ocorrer, por exemplo, quando a interação não-verbal predomina ou quando o conteúdo do discurso é vago, difuso ou caótico.

Já para melhorar a compreensão dos itens, fizemos um levantamento daqueles cuja avaliação entre juízes foi mais discrepante e novamente reunimos o grupo de avaliadores para discuti-los em conjunto. Esta parece ser uma dificuldade facilmente contornável através de mais treinamento. Por outro lado, uma vez que, neste grupo de avaliadores, os exemplos clínicos foram considerados essenciais para a plena compreensão dos itens, planejamos uma adaptação do manual com a inclusão de novas vinhetas ilustrativas, levando em consideração a nossa realidade. A adaptação do manual às necessidades de determinado projeto de pesquisa, a exemplo do que outros pesquisadores já fizeram³⁷, é um recurso que o pesquisador possui para aumentar a confiabilidade do instrumento e minimizar as divergências entre a avaliação dos diferentes juízes.

Com relação às dificuldades iniciais dos avaliadores em manter um distanciamento ótimo do material examinado e em descrever os eventos ao invés de interpretá-los, os autores da versão em português do PQS acreditam ser perfeitamente compreensível e até esperado que isso ocorra, visto o grupo ser formado por psicoterapeutas clínicos, e não por

pesquisadores. Assim, todos os participantes possuíam experiência prévia com relatos (de memória) de sessões de psicoterapia para fins de supervisão, situação onde a interpretação assume maior relevância que a descrição. Além disso, nenhum dos avaliadores tinha tido antes a oportunidade de examinar um relato de sessão audiogravada, no qual as particularidades do discurso do paciente e do terapeuta (por exemplo, expressões verbais, silêncios e lapsos de linguagem) são captadas com maior precisão.

Como é sabido, nos relatos de memória o texto (por exemplo, as intervenções do terapeuta) está “lapidado” pela ação do processo secundário. O material clínico usualmente levado à supervisão é uma versão revisada, corrigida e censurada dos eventos do tratamento⁵⁵. Já nos relatos de gravação em áudio ou vídeo esta modificação está ausente, o que pode causar maior impacto emocional no leitor.

Especialmente no início do treinamento, os avaliadores tendiam a fazer comentários sobre a adequação das intervenções do terapeuta do caso (questão não avaliada pelo PQS). Essa falha na neutralidade, registrada no diário de campo, está de acordo com a afirmação de Sandler e Sandler⁵⁶ de que o material clínico proveniente de gravações freqüentemente causa a impressão, nos demais colegas, de que o analista (ou terapeuta, neste caso) é um mau analista.

É importante destacar que, na medida em que os avaliadores foram se familiarizando com o tipo de material clínico e com os procedimentos de aplicação do PQS, uma maior objetividade na execução da tarefa foi atingida. Isto pôde ser verificado tanto nos relatos dos participantes como no resultado do exame da concordância entre avaliadores.

CONCLUSÃO

O estudo disponibiliza, aos interessados na pesquisa em psicoterapia no Brasil, a versão em português de *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS), um instrumento versátil e capaz de fornecer descrições empírica e clinicamente significativas do processo terapêutico de diferentes abordagens psicoterápicas. Tais descrições, compatíveis com a análise quantitativa, têm sido utilizadas há duas décadas por diversos pesquisadores, em variados contextos, no estudo do processo terapêutico em delineamentos grupais e em estudos de caso. A aplicação do PQS requer treinamento, tempo e reflexão. O estudo preliminar realizado com a versão em

português do instrumento demonstrou significativo consenso entre os julgamentos clínicos dos diferentes avaliadores. O extenso treinamento realizado previamente com os avaliadores demonstrou ser este procedimento essencial para a compreensão e manejo adequado do PQS. Uma revisão do manual, no que diz respeito às vinhetas clínicas ilustrativas, poderá minimizar as dificuldades encontradas na compreensão plena de alguns dos itens que refletem conceitos pouco familiares aos avaliadores.

Agradecimentos:

A Karina Brodski e Luís Guilherme Streb, pelo auxílio na tradução do PQS e do seu manual de aplicação; a Miriam Simões Pires, pelo trabalho de retrotradução dos itens do PQS; a Maria de Lourdes Figueiredo Leal, pela revisão do português realizada nos itens e manual do PQS. A Aline Eymael Domingues, Andréia Chaieb, Karen Selister, Patrícia Aronis e Roberta Rossi Grüdtner, pela participação no treinamento, pelo trabalho de aplicação do PQS e pelas sugestões para a adaptação futura do seu manual de aplicação; aos psicoterapeutas e pacientes anônimos, que consentiram ter seus tratamentos gravados para a execução de nosso estudo.

REFERÊNCIAS

1. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 1952; 16:319-24.
2. Drozd JF, Golfried MR. A Critical Evaluation of the State-of-the-Art in Psychotherapy Outcome Research. *Psychotherapy* 1996; 33(2):171-80.
3. Lambert MJ. Introduction to psychotherapy research. In: Beutler LE, Crago MM, eds. *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington, DC: American Psychological Association; 1991. p. 1–23.
4. Poch J, Ávila Espada A. *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós; 1998.

5. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2. ed. New York: Guilford Press; 2005.
6. Whiston, SC, Sexton, TL. An Overview of Psychotherapy Outcome Research: Implications for Practice. *Professional Psychology - Research & Practice* 1993; 24(1):43-51.
7. Russell RL, Orlinsky DE. Psychotherapy research in historical perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:708-15.
8. Wallerstein R. The generations of psychotherapy research: an overview. In: Leuzinger-Bohleber M, Target M. Outcomes of psychoanalytic treatment. Perspectives for therapists and researchers. London: Whure Publishers; 2002. p. 30-52.
9. Fonagy P. (ed.) et al. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. IPA: 1999.
10. Russell R. Introduction to special section on multivariate psychotherapy process research: Structure and change in the talking cure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63 (1): 3-5.
11. Dahl H, Teller V. The characteristics, identification and application of FRAMES. *Psychotherapy Research* 1994; 4: 352-274.
12. Luborsky L, Popp C, Luborsky E, Mark, D. The Core Conflictual Relationship Theme. *Psychotherapy Research* 1994; 4: 172-183.
13. Jones E.E. Therapeutic Action. A guide to psychoanalytic psychotherapy. New Jersey: Aronson; 2000.
14. Engel G. Some obstacles to the development of research in psychoanalysis. *J Amer Psychoanal Assn* 1968; 16: 195-204.
15. Gill MM, Simon J, Fink G, Edicott NA, Paul IH. Studies in audio-recorded psychoanalysis – I General considerations. *J Amer Psychoanal Assn* 1968; 16: 230-44.

16. Kächele H, Thomä H, Ruberg W, Grünzig H. – J. Audio recording of the psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H, eds. *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin: Springer; 1988. p. 179-93.
17. Nunes MLT. O Uso do Gravador para Pesquisa em Psicoterapia. *Revista Psico* 1995; 26(2): 121-31.
18. Domingues AE, Serralta, FB. O uso do gravador na psicoterapia psicanalítica: o ponto de vista do psicoterapeuta. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 2005; 7 (2,3): 169-82.
19. Yoshida EMP, Enéas MLE. A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia para adultos. In: Yoshida EMP, Enéas MLE, organizadores. *Psicoterapias psicodinâmicas breves. Propostas atuais*. Campinas: Alínea; 2004. p.223-58.
20. Marcolino JAM. O impacto da aliança terapêutica em psicoterapia psicodinâmica breve [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
21. Gomes FG. A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica de adultos: um estudo exploratório [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
22. Ferreira EB. Um estudo sobre o padrão transferencial e a aliança terapêutica de pacientes em psicoterapia de orientação analítica [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
23. Bottino SMB. Estudo da sistematização do diagnóstico em psicoterapia através do CCRT: tema central de conflito nos relacionamentos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
24. Goldfeld PRM. Um estudo da contratransferência em um grupo de psicoterapeutas de orientação psicanalítica frente a relatos de situações traumáticas [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

25. Marcolino JAM, Iacoponi E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(2):88-5.
26. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M et al . Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(4): 255-258.
27. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 995-1008.
28. Beutler LE. Have All Won and Must All Have Prizes? Revisiting Luborsky et al.'s Verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59(2): 226-232.
29. Stiles WB, Shapiro DA, Elliott RK. Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist* 1986; 41: 165-180.
30. Jones EE, Cumming JD, Horowitz M J. Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56 (1): 48-55.
31. Horvath AO, Symonds BD. Relations between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 1991; 38: 139-149.
32. Westerman MA, Foote JP, Winston A. Change in coordination across phases of psychotherapy and outcome: two mechanisms for the role played by patients' contribution to the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63 (4): 672-675.
33. Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patients outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68(6): 1027-1032.
34. Ablon JS, Jones EE. Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67 (1): 64-75.

35. Jones EE. Therapeutic action: a new theory. *American Journal of Psychotherapy* 2001; 55(4): 460-474.
36. Jones EE, Pulos SM. Comparing process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61(2): 306-316.
37. Sirigatti S. Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review* 2004; 1: 194-207.
38. Ablon JS, Levy RA, Katzenstein T. Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2006; 43(2): 216-231.
39. Jones EE, Windholtz M. The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1990; 38: 985-1015.
40. Albani C, Blaser G, Jacobs U, Jones E, Thomä H, Kächele H. Amalia X's psychoanalytic psychotherapy in the light of Jones's Psychotherapy Process Q-Sort (2002). In Leuzinguer-Bohleber M, Target M. *Outcomes of psychoanalytic treatment. Perspectives for therapists and researchers*. London: Whurr Publishers; 2002. p.294-302.
41. Roussos AJ. La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas. Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos. [tese]. Buenos Aires: Universidad de Belgrano; 2001.
42. Ablon JS, Jones EE. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research* 1998; 8(1): 71-83.
43. Epstein R, Murillo M, Barletta L. Investigación empírica sobre la sesión de psicoanálisis y la sesión de psicoterapia psicoanalítica. [poster presentation]. 43rd World Congress of the International Psychoanalytic Association; 2004 mar 10-14; New Orleans, USA.

44. Brown SR. Q methodology and qualitative research. *Qualitative Health Research* 1996; 6 (4): 561-567.
45. Block J. *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher; 1961.
46. McKeown B, Thomas D. *Q Methodology*. Newbury Park: Sage Publications; 1988.
47. Jones EE. Traducción al español del manual de PQS. (Ávila Espada ADA, Epstein R, Roussos A, Vidal Didier J, Winkel R, Trad.). Berkeley University of California; 2001. unpublished manuscript.
48. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7; 323-35.
49. Reichenheim M, Moraes CL, Hasselmann. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Pública* 2000; 34 (6): 610-16.
50. Moraes CL, Hasselmann MH , Reichenheim M E. Adaptação transcultural para o português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2), utilizado para identificar a violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18:163-176.
51. Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C) para rastreamento do transtorno do estresse pós-traumático. *R Psiquiatr RS* 2004; 26 (2):167-75.
52. Jones EE, Parke LA, Pulos SM. How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research* 1992; 2(1):16-30.
53. Price P, Jones EE. Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy* 1998; 35(3): 392-404.

54. Pole N, Jones, EE. The talking cure revisited: psychodynamic psychotherapy content analyses of a two-year psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 1998; 8(2): 171-189.
55. Lancelle G. El psicoanálisis y la investigación en escorzo desde una perspectiva clínica. *Psicoanálisis APdeBA* 1997; 19 (1-2): 119-155.
56. Sandler J, Sandler AM. The past unconscious, the present unc. and interpretation of the transference. *Psychoanalytic Inquiry* 1985; 4: 367-399.

Figura 1 – Exemplo da análise da equivalência semântica dos itens do PQS

Versão original (ING)	Versão consensual	Retro-tradução (ING)	S.R.	S.G.	Versão Final
Item 19: There is an erotic quality to the therapy relationship.	Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.	Item 19: There is some eroticism in the therapeutic relationship.	70%	IN	Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.
Item 34: Patient blames others, or external forces, for difficulties.	Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas suas dificuldades.	Item 34: The patient blames others, or external forces, for his own difficulties.	50%	CA	Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas dificuldades.
Item 49: The patient experiences ambivalent or conflicted feelings about the therapist.	Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou contrários sobre o terapeuta.	Item 49: The patient experiments ambivalent or antagonic feelings towards the therapist.	80%	PA	Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou conflituosos sobre o terapeuta
Item 62: Therapist identifies a recurrent theme in the patient's experience or conduct.	Item 62: O terapeuta identifica um tema recorrente na experiência ou conduta do paciente.	Item 62: The therapist identifies a recurrent subject in the experience or conduct of the patient.	90%	PA	Item 62: O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.

S.R. = significado referencial; S.G. = significado geral; IN= inalterado; PA= parcialmente alterado; CA= completamente alterado

ANEXO 1

Itens do PQS

- Item 1: O paciente verbaliza sentimentos negativos (por exemplo, crítica, hostilidade) dirigidos ao terapeuta (versus faz comentários de aprovação ou admiração).
- Item 2: O terapeuta chama a atenção para o comportamento não-verbal do paciente, por exemplo, postura corporal, gestos.
- Item 3: As observações do terapeuta visam facilitar a fala do paciente.
- Item 4: Os objetivos do paciente no tratamento são discutidos.
- Item 5: O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.
- Item 6: O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.
- Item 7: O paciente está ansioso ou tenso (versus calmo e descontraído).
- Item 8: O paciente está preocupado ou conflituado com sua dependência do terapeuta (versus confortável com a dependência ou querendo a dependência).
- Item 9: O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).
- Item 10: O paciente busca maior intimidade com o terapeuta.
- Item 11: Sentimentos e experiências sexuais são discutidos.
- Item 12: Ocorrem silêncios durante a sessão.
- Item 13: O paciente está animado ou excitado.
- Item 14: O paciente não se sente entendido pelo terapeuta.
- Item 15: O paciente não inicia assuntos; é passivo.
- Item 16: Há discussão sobre funções corporais, sintomas físicos, ou saúde.
- Item 17: O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente (por exemplo, estruturando e/ou introduzindo novos assuntos).
- Item 18: O terapeuta transmite um sentido de aceitação não-crítica (OBS: a colocação na direção do extremo não-característico indica desaprovação, falta de aceitação).
- Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.
- 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).
- Item 21: O terapeuta revela informações sobre si.
- Item 22: O terapeuta focaliza os sentimentos de culpa do paciente.
- Item 23: O diálogo tem um foco específico.

- Item 24: Os conflitos emocionais do próprio terapeuta invadem a relação.
- Item 25: O paciente tem dificuldade em começar a sessão.
- Item 26: O paciente experimenta afetos incômodos ou penosos (dolorosos).
- Item 27: O terapeuta dá orientações e conselhos explícitos (versus adia, mesmo quando é pressionado a fazê-lo).
- Item 28: O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.
- Item 29: O paciente fala sobre querer estar separado ou distante.
- Item 30: A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre idéias ou sistema de crenças.
- Item 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.
- Item 32: O paciente adquire uma nova compreensão ou insight.
- Item 33: O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém.
- Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas dificuldades.
- Item 35: A auto-imagem é um foco de discussão.
- Item 36: O terapeuta assinala o uso de manobras defensivas pelo paciente; por exemplo, anulação, negação.
- Item 37: O terapeuta se comporta como um professor (de maneira didática).
- Item 38: Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão.
- Item 39: Existe um tom competitivo na relação.
- 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).
- Item 41: As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.
- Item 42: O paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta.
- Item 43: O terapeuta sugere o significado do comportamento de outros.
- Item 44: O paciente se sente cauteloso ou desconfiado (versus confiante e seguro).
- Item 45: O terapeuta adota uma atitude de apoio.
- Item 46: O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.
- Item 47: Quando a interação com o paciente é difícil, o terapeuta tenta se adaptar num esforço para melhorar a relação.
- Item 48: O terapeuta estimula a independência de ação ou opinião do paciente.
- Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou conflituados sobre o terapeuta.

- Item 50: O terapeuta chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pelo paciente (por exemplo, raiva, inveja, ou excitação).
- Item 51: O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.
- Item 52: O paciente conta com o terapeuta para resolver seus problemas.
- Item 53: O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.
- Item 54: O paciente é claro e organizado em sua expressão.
- Item 55: O paciente transmite expectativas positivas sobre a 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).
- Item 57: O terapeuta explica as razões por trás de sua técnica ou abordagem ao tratamento.
- Item 58: O paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionados aos problemas.
- Item 59: O paciente se sente inadequado ou inferior (versus eficiente e superior).
- 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).
- Item 61: O paciente se sente tímido ou envergonhado (versus à vontade e seguro).
- Item 62: O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.
- Item 63: Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.
- Item 64: O amor ou relacionamentos amorosos são um tópico de discussão.
- Item 65: O terapeuta clarifica, reafirma ou reformula a comunicação do paciente..
- 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).
- Item 67: O terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou idéias, rejeitadas ou inconscientes.
- Item 68: Significados reais versus fantasiados das experiências são ativamente diferenciados.
- Item 69: A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.
- Item 70: O paciente luta para controlar sentimentos ou impulsos.
- Item 71: O paciente é auto-acusatório; expressa vergonha ou culpa.
- Item 72: O paciente entende a natureza da terapia e o que é esperado.
- Item 73: O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico.
- Item 74: O Humor é utilizado.
- Item 75: Interrupções ou pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidos.
- Item 76: O terapeuta sugere que o paciente aceite responsabilidade por seus problemas.
- Item 77: O terapeuta não tem tato.
- Item 78: O paciente busca aprovação, afeição, ou simpatia do terapeuta.

- Item 79: O terapeuta comenta as mudanças no humor ou no afeto do paciente.
- Item 80: O terapeuta apresenta uma experiência ou evento numa perspectiva diferente.
- Item 81: O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.
- Item 82: O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma maneira não explicitamente reconhecida anteriormente.
- Item 83: O paciente é exigente.
- Item 84: O paciente expressa sentimentos de raiva ou agressivos.
- Item 85: O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de comportar-se com os outros.
- Item 86: O terapeuta é seguro ou autoconfiante (versus inseguro ou defensivo).
- Item 87: O paciente é controlador.
- Item 88: O paciente traz temas e material significativos.
- Item 89: O terapeuta age para fortalecer defesas.
- Item 90: Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos.
- Item 91: Lembranças ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.
- Item 92: Os sentimentos ou percepções do paciente são relacionados com situações ou comportamentos do passado.
- Item 93: O terapeuta é neutro.
- Item 94: O paciente sente-se triste ou deprimido (versus alegre ou animado).
- Item 95: O paciente sente-se ajudado.
- Item 96: Há discussão sobre horários ou honorários.
- Item 97: O paciente é introspectivo, prontamente explora pensamentos e sentimentos íntimos.
- Item 98: A relação terapêutica é um foco de discussão.
- Item 99: O terapeuta questiona a visão do paciente (*versus* valida as percepções do paciente).
- Item 100: O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações.

4.2 DEVELOPMENT OF A PORTUGUESE VERSION OF THE PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET¹ (Versão em Inglês)

Development of a Portuguese version of the *Psychotherapy Process Q-Set**

Fernanda Barcellos Serralta I; Maria Lúcia Tiellet Nunes II; Cláudio Laks Eizirik III

I Psychologist. MSc. in Clinical Psychology, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brazil. PhD student in Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil. Associate professor, Psychology, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brazil

II Psychologist. PhD in Psychology, Free University of Berlin, Berlin, Germany. Professor, Psychology, PUCRS, Porto Alegre, RS, Brazil. Coordinator, Graduate Program in Psychology, PUCRS, Porto Alegre, RS, Brazil

III Psychiatrist. PhD in Medicine, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brazil. Associate professor, Department of Psychiatry and Forensic Medicine, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brazil. Training analyst, Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil. President of the International Psychoanalytic Association (IPA)

¹ A versão em Inglês do artigo encontra-se publicada na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v.29, n.1, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 21 June 2010. doi: 10.1590/S0101-81082007000100011. Nesta tese, a apresentação do artigo segue as normas de publicação daquela revista.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, psychotherapy research is in its early development; there are no systematic studies of the therapeutic process, and there are few available measurement instruments for researchers interested in this field.

Objective: To develop a Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set.
Method: The development of a Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set involved four stages: translation, back translation, evaluation of semantic equivalence and discussion of the results by the authors. Five raters were trained to apply the instrument. During the training, a field diary was used to record difficulties identified in task execution and to subsidize complementary data. Thereafter, the Psychotherapy Process Q-Set was applied to seven sessions of a short-term psychodynamic psychotherapy to examine agreement between referees.

Results: The Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set presented good semantic equivalence with the original. The assessment of inter-rater reliability had a satisfactory result. It is worth stressing that applying the Psychotherapy Process Q-Set requires study, time and reflection. The discussion with raters pointed to the need of reviewing the application manual concerning the clinical examples. This will be performed in the near future to minimize the discrepancies observed in the understanding of some concepts and to better adjust them to the Brazilian reality.

Conclusions: This study provides a Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set, a versatile instrument that can be used in different contexts to quantitatively describe the therapeutic process of different psychotherapies in clinically significant terms.

Keywords: Translation, semantic equivalence, instruments, reliability, therapeutic process, psychotherapy.

INTRODUCTION

There is considerable consensus that the impulse to research in psychotherapy has its origin in the criticism made by Hans Eysenck¹ that there was no evidence confirming the fact that psychotherapies were more effective than other intervention methods. Repercussion of that article was almost immediate, generating a large number of studies on the efficacy of psychotherapies and psychoanalysis. Therefore, for more than four decades, researchers produced considerable evidence on the results of psychotherapies,² so that nowadays the generic question whether psychotherapies are efficient or not is no longer a dominant concern.^{3,4} Since the past decade, new problems have occupied researchers, such as which psychotherapies work better for which patients?⁵ And which aspects, methods and factors contribute to changes in psychotherapy?⁶

Russell & Orlinsky⁷ divide the history of research in psychotherapy into four stages, and the current one presents an increasing interest in studying the therapeutic process. Concerning psychoanalytic research specifically, Wallerstein⁸ describes four successive generations. The first generation started with Coriat's survey on therapeutic results, in 1917, and is characterized by survey studies, based on "opinions" and without bias control. The second generation started in the late 1960's in Europe and USA: these are large-scale, prospective and comparative studies, including multiple measures and more rigorous treatment of variables. The third generation, contemporary to the second, combines process assessment with therapeutic results by applying multiple measures throughout time. The fourth generation is *in statu nascendi* and focuses its questioning on the nature of the therapeutic process, which performs an in-depth investigation using audio and video recordings.

The microscopic study of the therapeutic interaction, in complete sessions or in fragments of recorded and transcribed sessions, is still "music to the future"⁸ as can be observed in the review on psychoanalytic research carried out by Fonagy et al⁹, in which, out of 50 projects included, only nine were "pure" process studies and six were process/result studies. Actually, many studies classified as process are in fact micro studies of results.⁴

The main goal of studies on therapeutic process is to understand how changes take place throughout the treatment², i.e., identify the mechanisms of therapeutic action. To do so,

researchers apply qualitative and quantitative methods to examine patterns concerning the therapist/patient interaction and communication through psychotherapy sessions, relating them to positive or negative therapeutic episodes, as well as to clinical change.¹⁰

Since its early stages, psychoanalysis has studied the therapeutic process from a clinical perspective. Therefore, it is not a coincidence that many of the instruments developed over the past decades for a systematic investigation of the therapeutic process have psychoanalytic oriented authors, among them: the Fundamental Repetitive and Maladaptative Emotion Structures (FRAMES),¹¹ the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT)¹² and the Psychotherapy Process Q-Set (PQS),¹³ which will be analyzed in this study.

PQS, as the other instruments mentioned above, is based on the literal transcription of recorded therapy sessions, an issue that has raised controversies between clinicians and psychoanalytical researchers for decades.^{9,14-16}

In Brazil, psychotherapy research is in its early development, and there are no in-depth systematic studies of the therapeutic process. Debates on the use of a recorder are practically inexistent, except for a few cases.^{17,18} Also, there are few researchers investigating the effects of process variables on therapy results. In this sense, the studies by the Center of Studies and Research on Brief Psychotherapy using the Operational Adaptive Diagnostic Scale¹⁹ and Marcolino's research²⁰ on the impact of therapeutic alliance on brief psychotherapy stand out. In Rio Grande do Sul (Southern Brazil), there are no quantitative studies investigating the dimension of therapeutic processes/results. However, some recent studies on patient's factors associated with ability of forming therapeutic alliance²¹ and on the association between therapeutic alliance and transference²² manifest interest in this issue. There is also an increased interest, among researchers, in developing Brazilian versions of instruments assessing factors (patient's or patient/therapist bond) that integrate or influence psychotherapy process, such as transference,^{22,23} countertransference,²⁴ therapeutic alliance²⁵ and defense mechanisms.²⁶ Such initiatives are essential for the development, enhancement and expansion of research on psychotherapy in our country.

A detailed study of the therapeutic process allows the development and assessment of explanatory models of therapeutic action.¹³ It also provides the possibility of analyzing

Dodo's hypothesis or verdict,²⁷ which claims that different psychotherapies are equally effective[†]. Although corroborated by many studies, this hypothesis has been questioned by some researchers, who consider psychotherapy equivalence a myth that reflects the limitations of variables being investigated²⁸ and of study designs and procedures.^{29,30} In fact, it seems reasonable that different techniques produce similar results when means by which results were produced are not assessed.⁴ Therefore, the notion that non-specific factors (for example, therapeutic alliance) are key elements to explain therapeutic results is partly due to the lack of systematic studies investigating the different effects of different therapies or that identify the relationship between different therapeutic interventions and results.³⁰ Further use by Luborsky et al., in 1975, became famous in the literature and is a reference to results of numerous comparative studies that fail to demonstrate significant differences in results of different psychotherapies. In general, it is considered that technical factors (specific) distinguish certain types of therapies, whereas common factors (unspecific), such as the relationship between therapist and patient, are always present. In fact, many studies have demonstrated that therapeutic alliance is an important predictor of therapeutic results in different psychotherapies.³¹⁻³³ However, there are no sufficient studies to clarify how such factors, specific or common, contribute to changes in psychotherapy³⁴.

PQS[‡] was developed with the aim of understanding the role of different factors involved in the therapeutic process. This instrument, applicable to the therapeutic session recorded in audio and/or video (analysis unit), promotes a detailed and comprehensive description of elements in the therapeutic process in clinically relevant terms and, at the same time, compatible with quantitative and comparative analysis, thus contributing to overcome the historic dissociation between clinical activity and research on psychotherapy.¹³ PQS has been successfully used to empirically establish causal relationships between therapeutic process and psychic change in single or multiple case-study designs.⁹ Based on those studies, Jones^{13,35} formulated the construct “interaction structures” (manifest, behavioral and emotional aspects of transference and countertransference) and developed a theory of therapeutic action (of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy) that combines the effect of insight and patient/therapist relationship about therapy results. Besides causal studies, PQS has been used to compare the therapeutic process of different psychotherapies,^{34,36,37} identify process factors that best predict therapeutic results,^{30,38} investigate differences between treatment stages,^{39,40} examine psychotherapists' process of

formulating clinical hypotheses,⁴¹ determine prototypes of different psychoanalytic and psychotherapeutic treatments,^{42,43} among other applications described in the literature.

This article presents the development stages of a Portuguese version of the PQS and describes the preliminary study carried out to verify reliability between different raters after their training. It is part of a larger project, called “Relationship between process and result in brief psychodynamic psychotherapy: a case study,” which is an intensive and systematic investigation of a single case, involving application of the PQS in 32 psychotherapy sessions of a depressed patient, whose main objective is to understand the interaction between multiple process variables and therapy outcome.

METHOD

Instrument

PQS is an instrument based on Q-methodology, also called Q-sort method or only Q-method. Created in 1935 by the physicist and psychologist William Stephenson to study subjectivity from the person's own perspective,⁴⁴ this method was later adapted and modified by Block⁴⁵ to allow assessments using external judges. Its purpose is essentially to provide a description of an event using Q-sort of a series of items describing an opinion, characteristic, psychological or behavioral aspect of an individual or situation. A particularity of this method is that there is no standard Q-Set. Its objective is precisely to provide a set of elements that best describe variation dimensions of the phenomenon under investigation.⁴⁵ Another main characteristic of this method is that items are assessed in relation to each other and not individually.^{45,46} This is usually performed with the aid of cards that have the instrument items printed on them, so that they can be ordered in horizontal piles (categories of a predefined *continuum*) on a working desk.⁴⁶

PQS has 100 items presented in individual cards and an explanatory manual with descriptions and operational examples of the items to minimize possible variations in their interpretation.¹³ The items can be classified into three large groups: 1) patients' attitudes, behaviors or experiences; 2) therapist's actions and attitudes; 3) patient/therapist interaction or therapeutic climate.³⁰

Use of PQS requires training and careful reading of the manual. The application procedure can be thus summarized: after examination of the therapeutic session material and initial formulation about the data, raters (judges) should distribute the cards into nine piles, ranging from a continuum that goes from the less characteristic (category 1) to the most characteristic (category 9). The number of cards in each pile is distributed according to normal curve, ranging from five cards in extremes to 18 cards in medium categories.¹³ This forced distribution makes raters search for the best arrangement to describe the phenomena, considering frequency, intensity and importance of an item in relation to the others, which requires time and mental effort.

PQS items were built based on items included in other existing measures of therapeutic process and on items developed by experts. Many versions were tested in pilot studies carried out in hours of psychoanalytic and psychotherapeutic treatments of varied orientations. The items showing little variation between a wide range of subjects and therapeutic sessions, those that were redundant or that presented low interrater reliability were excluded. Item reviews were also performed whenever an aspect of the therapeutic process deemed relevant was not captured by the instrument. The final version proved to be able to assess a variety of phenomena typical of the psychoanalytic process, such as transference, resistance, therapist's interventions and patient's affective states,³⁹ as well as other theoretical orientations.³⁰

Several studies demonstrate that the original version of the PQS has good interrater reliability,^{13,30,36} construct validity³⁰ and discriminant validity.³⁶ Factorial validity is irrelevant, since this measure presupposes independence between items. In fact, investigations involving factorial analysis of the PQS revealed absence of factorial structure, which is quite desirable from the Q-methodology perspective.³⁰

PQS has been translated into Spanish (Ávila Espada ADA, Epstein R, Roussos A, Vidal Didier J, Winkel R, Traducción al español del manual de PQS, Berkeley University of California, 2001), German⁴⁰ and Italian.³⁷ In studies carried out using those versions, there were satisfactory inter-rater agreement rates.^{37,40,41} Furthermore, the study performed by Roussos⁴¹ demonstrated that PQS is a sensitive instrument able to discriminate clinical hypotheses of cognitive and psychoanalytic psychotherapists in segments of the same session.

This is an important finding, since the PQS was originally developed to analyze therapeutic sessions as a whole, and not divided into parts.

There is no standard interpretation of results obtained by PQS, since it may vary according to study objectives. Items classified in extremes of Q-sort (more and less characteristic) and/or groupings obtained by procedures of factorial analysis are typically used to obtain summarized descriptions of the therapeutic process (clinical narratives), which can be used in inferential statistical analyses whenever necessary.

Procedures

Authorization to develop and use the Portuguese version of the PQS was granted by the author, Dr. Enrico Jones, through electronic communication in August 2002.

The Portuguese version was developed in four stages. In the first stage, two independent translations of the manual and instrument items were performed by two bilingual psychologists: one of the authors of this article (F.B.S.) and another translator, with vast experience in translation, who had no previous knowledge of the instrument. Next, the consensual version was developed with the help of a psychiatrist, also bilingual, considering both preliminary versions. In some items, one or the other version was chosen and, in others, a combination of both.

The second stage consisted of the back-translation of the consensual version into its original language (English). This stage was performed by a bilingual translator, experienced in translation and back-translation of research instruments, whose native language is Portuguese.

The third stage was the assessment of semantic equivalence carried out by two other authors (M.L.T.N. and C.L.E.), based on the model proposed by Herdman,⁴⁷ already used in Brazil by other researchers.⁴⁸⁻⁵⁰ That assessment considered referential and general meanings. Assessment of referential meaning comprehends assessing to what extent back-translation words refer to the same ideas or objects in the original instrument, i.e., literal correspondence between them. For each item, a visual analogical scale was used, which allowed scoring from 0 to 100%. Assessment of general meaning considered, besides literal equivalence, more

subtle aspects of equivalence between both versions (original and version 1), such as maintenance of meaning and impact that certain words or expressions have in the Brazilian cultural context. Items were classified into four categories: unaltered, little altered, much altered and completely altered.

The following stage was discussion, including all authors, of the result of assessments and change of some items to meet the criteria of semantic equivalence. That version, along with the manual, was reviewed by a specialist in Portuguese for small adjustments in writing and verb agreement, resulting in the final version (see Appendix1).

After the final development of the Portuguese version of the PQS and its code manual, training was given to raters who were supposed to act as judges in the previously mentioned case study. The raters are five psychotherapists with variable clinical experience (between 3 and 14 years). The group is composed of one physician specialized in psychiatry and four psychologists, of which three have formal training in psychoanalytic psychotherapy at a local institution, whose formation model is based on the “tripod”: theoretical seminars, supervision and personal therapy.

Raters' training was coordinated by one of the authors (F.B.S.) and carried out in approximately 30 hours, distributed into nine meetings. Initially, there was an intensive and careful study of the PQS manual. Later, transcriptions of four sessions of a brief psychodynamic psychotherapy, other than the main case being investigated, were individually examined by the whole group. The Q-sort of PQS items, in those sessions, was performed by consensus. During training, notes in field diary were made to identify occasional difficulties faced by raters in performing the task and to subsidize complementary data.

Finally, seven sessions of a third case of brief psychodynamic psychotherapy were distributed among recently trained raters, randomized in pairs, so that they could Q-sort the 100 items in the PQS independently. Using Pearson's correlation coefficient, concordance between pairs of raters was then assessed, using coefficients equal or higher than 0.50 as inter-rater reliability parameter, which is the same criterion adopted in other studies on PQS.^{34,38,42,51-53}

RESULTS

In general, items had good equivalence between versions. Of all 100 items in the instrument, 88 had referential meaning above 80%. With regard to general meaning, 91 items were assessed as having identical meaning (unaltered); eight as little altered; and one as completely altered.

Table 1 presents some items that generated more discussion, whether for presenting low referential meaning, or because they presented altered general meaning.

[Insert table 1 here]

During PQS training, some flaws in terms of understanding and initial handling of the instrument were identified. Among problems concerning understanding is lack of raters' familiarity with some concepts from other psychotherapeutic approaches other than psychoanalysis (for example, in item 80, "therapist presents an experience or event in a different perspective," the concept of "cognitive restructuring" is referred). In discussions performed between training participants, it was mentioned that the PQS manual should have illustrative clinical vignettes in all items, and not only in a few of them. One of the vignettes was considered little appropriate to our reality, although it had not caused problems in item understanding. It is the example that follows item 73 ("the patient is committed to the work of therapy"): "a patient is so interested in beginning treatment that he is willing to give up a weekly golf game to keep therapy appointments." Another important observation was that the group of raters, especially during the first training meetings, presented difficulty in behaving like a neutral observer, which is required in the instrument instructions.¹³ In this stage, tendency to interpret the session material was detected, instead of simply describing it.

After the training, a study of inter-rater reliability was carried out. Of seven sessions, good reliability was found in five (Pearson's correlation coefficient between 0.53 and 0.64) with only two judges. In the other two sessions, it was necessary to include a third rater to produce similar indexes ($r = 0.60$ and $r = 0.72$).

DISCUSSION

With regard to the semantic equivalence study of the PQS, considering both evaluations made, the one concerning the referential meaning had more problems. It is worth mentioning that many items that had low evaluation in terms of referential meaning were considered as having unaltered general meaning, which indicates the existence of some difficulties in back-translating some items that were appropriately translated. This can be explained by the fact that back-translation was performed by a professional unfamiliar with the instrument language, especially words and expressions that represent technical jargon in psychotherapy, and also because this person's native language is Portuguese, and not English. Bearing that in mind, necessary adjustments in translation were performed. And after a final review, both versions, original and translated into Portuguese, were considered equivalent from the semantic perspective.

Since the PQS is an instrument whose application depends on a special training of judges, assessing inter-rater reliability is recommended whenever it is used. We needed 30 hours of training, distributed into meetings at every 2 weeks for 5 months; between meetings, raters studied the clinical material and performed their individual evaluations for further discussion in the group.

We considered the result of this study encouraging, since evaluation of the therapeutic process using the PQS is extremely detailed, requiring raters' patience and care,¹³ besides an obvious considerable amount of intuition and clinical judgment.

It is worth stressing that the group of raters had variable clinical experience and that there was no bias in the sense of influencing evaluations, whether during the training, whether during the recently mentioned study. Difficulties identified in those moments concern, above all, a higher or lower complexity of phenomena present in the sessions, although there was also some misunderstanding of a few items by raters. As to the first difficulty, there is nothing to be done besides recognizing it and trying to dedicate more time to the study of "difficult sessions," i.e., sessions in which the patient's and/or therapist's mental states and attitudes are not easily extracted from the written material. This can occur, for example, when non-verbal interaction is prevalent or when the content of the speech is vague, diffuse or chaotic.

To improve item interpretation, we searched for those whose evaluation by the judges was more disagreeing and once again gathered the group of raters to discuss them together. This difficulty seems to be easily overcome by providing more training. On the other hand, since clinical examples were considered essential for full understanding of the items by this group of raters, we planned an adaptation of the manual by including new illustrative vignettes, considering our reality. Adapting the manual to the needs of a given research project, as has been done by other researchers, is a resource that researchers have to increase the instrument's reliability and minimize disagreement between evaluations by different judges.³⁷

As to raters' initial difficulties in maintaining a good distance from the material under investigation and in describing the events instead of interpreting them, the authors of the Portuguese version of the PQS believe that it is perfectly understandable and even expected that this occurs, since the group is formed by clinical psychotherapists, and not by researchers. Therefore, all participants had previous experience with reports (memory) of psychotherapy sessions for supervision purposes, a situation in which interpretation is more relevant than description. In addition, none of the raters had previously had the opportunity of examining a report of a recorded session, in which peculiarities of the patient's and therapist's speech (for example, verbal expressions, silences and language lapses) are more accurately captured.

It is known that in memory reports, the text (for example, therapist's interventions) is "lapidated" by the action of the secondary process. Clinical material usually taken to supervision is a reviewed, corrected and censored version of therapy events.⁵⁴ In reports recorded by audio or video this alteration is absent, which may cause higher emotional impact on the reader.

Especially at the start of therapy, raters tended to make comments on the adequacy of therapist's interventions (this issue is not assessed by the PQS). This lack of neutrality, recorded in the field diary, is in accordance with the statement made by Sandler & Sandler⁵⁵ that the clinical material from recordings often gives the impression, in other colleagues, that the analyst (or therapist, in this case) is a bad professional.

It is important to stress that, as raters were more familiar with the type of clinical material and with the procedures of applying the PQS, more objectivity in performing the task

could be achieved. This could be seen both in participants' reports and in the result of inter-rater agreement.

CONCLUSION

The study provides to those interested in research on psychotherapy in Brazil the Portuguese version of the PQS, a versatile instrument able to provide empirical and clinically significant information on the therapeutic process of different psychotherapeutic approaches. Such descriptions, compatible with the quantitative analysis, have been used for two decades by many researchers, in varied contexts, in studying the therapeutic process in group study designs and case studies. Application of the PQS requires training, time and mental effort. The preliminary study carried out using the Portuguese version of the instrument demonstrated significant agreement between clinical judgments by different raters. The extensive training previously performed with raters proved to be an essential procedure for proper understanding and handling of the PQS. A review of the manual, concerning illustrative clinical vignettes, could minimize the difficulties found to fully understand some items that reflect concepts that are little familiar to raters.

Acknowledgments

To Karina Brodski and Luís Guilherme Streb, for helping translate the PQS and its application manual; to Miriam Simões Pires, for back-translating PQS items; to Maria de Lourdes Figueiredo Leal, for the Portuguese review of PQS items and manual; to Aline Eymael Domingues, Andréia Chaieb, Karen Selister, Patrícia Aronis and Roberta Rossi Grüdtner, for their participation in the training, application of the PQS and suggestions for further adaptation of its application manual; to the anonymous psychotherapists and patients who agreed to have their therapies recorded to be used in our study.

REFERENCES

1. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Consult Psychol.* 1952;16(5):319–24.

2. Drozd JF, Goldfried MR. A critical evaluation of the state-of-the-art in psychotherapy outcome research. *Psychotherapy* 1996;33(2):171–80.
3. Lambert MJ. Introduction to psychotherapy research. In: Beutler LE, Crago MM, eds. *Psychotherapy research: an international review of programmatic studies*. Washington: Am Psychol Assoc; 1991. p. 1–23.
4. Poch J, Ávila Espada A. *Investigación en psicoterapia: la contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós; 1998.
5. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2nd. ed. New York: Guilford; 2005.
6. Whiston SC, Sexton TL. An overview of psychotherapy outcome research: implications for practice. *Prof Psychol Res Pr*. 1993;24(1):43–51.
7. Russell RL, Orlinsky DE. Psychotherapy research in historical perspective. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(8):708–15.
8. Wallerstein R. The generations of psychotherapy research: an overview. In: Leuzinger-Bohleber M, Target M, eds. *Outcomes of psychoanalytic treatment: perspectives for therapists and researchers*. London: Whure; 2002. p. 30–52.
9. Fonagy P. *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytic Association; 1999.
10. Russell R. Introduction to special section on multivariate psychotherapy process research: Structure and change in the talking cure. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(1):3–5.
11. Dahl H, Teller V. The characteristics, identification and application of FRAMES. *Psychother Res*. 1994;4:253–76.
12. Luborsky L, Popp C, Luborsky E, Mark D. The core conflictual relationship theme. *Psychother Res*. 1994;4:172–83.

13. Jones EE. Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy. Northvale: Aronson; 2000.
14. Engel G. Some obstacles to the development of research in psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc.* 1968;16(2):195–229.
15. Gill MM, Simon J, Fink G, Endicott NA, Paul IH. Studies in audio–recorded psychoanalysis. I. General considerations. *J Am Psychoanal Assoc.* 1968;16(2):230–44.
16. Kächele H, Thomä H, Ruberg W, Grünzig HJ. Audio recording of the psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H, eds. *Psychoanalytic process research strategies.* Berlin: Springer; 1988. p. 179–93.
17. Nunes MLT. O uso do gravador para pesquisa em psicoterapia. *Rev Psico.* 1995;26(2):121–32.
18. Domingues AE, Serralta, FB. O uso do gravador na psicoterapia psicanalítica: o ponto de vista do psicoterapeuta. *Rev Bras Psicoter.* 2005;7(2/3):169–82.
19. Yoshida EMP, Enéas MLE. A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia para adultos. In: Yoshida EMP, Enéas MLE, orgs. *Psicoterapias psicodinâmicas breves. Propostas atuais.* Campinas: Alínea; 2004. p. 223–58.
20. Marcolino JAM. O impacto da aliança terapêutica em psicoterapia psicodinâmica breve [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
21. Gomes FG. A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica de adultos: um estudo exploratório [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
22. Ferreira EB. Um estudo sobre o padrão transferencial e a aliança terapêutica de pacientes em psicoterapia de orientação analítica [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

23. Bottino SMB. Estudo da sistematização do diagnóstico em psicoterapia através do CCRT: tema central de conflito nos relacionamentos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
24. Goldfeld PRM. Um estudo da contratransferência em um grupo de psicoterapeutas de orientação psicanalítica frente a relatos de situações traumáticas [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
25. Marcolino JAM, Iaconi E. Escala de aliança psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(2):88–5.
26. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. Brazilian–Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ–40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(4):255–8.
27. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. It is true that “everywon has one and all must have prizes?” *Arch Gen Psychiatry.* 1975;32(8):995–1008.
28. Beutler LE. Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59(2):226–32.
29. Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R. Are all psychotherapies equivalent? *Am Psychol.* 1986;41(2):165–80.
30. Jones EE, Cumming JD, Horowitz MJ. Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(1):48–55.
31. Horvath A, Symonds BD. Relations between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta–analysis. *J Couns Psychol.* 1991;38(2):139–49.
32. Westerman MA, Foote JP, Winston A. Change in coordination across phases of psychotherapy and outcome: two mechanisms for the role played by patients' contribution to the alliance. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(4):672–5.

33. Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(6):1027-32.
34. Ablon JS, Jones EE. Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(1):64-75.
35. Jones EE. Therapeutic action: a new theory. *Am J Psychother.* 2001;55(4):460-74.
36. Jones EE, Pulos SM. Comparing process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(2):306-16.
37. Sirigatti S. Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. *Brief Strategic Systemic Ther Eur Rev.* 2004;1:194-207.
38. Ablon JS, Levy RA, Katzenstein T. Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change processes. *Psychother Theor Res Pract Train.* 2006;43(2):216-31.
39. Jones EE, Windholz M. The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. *J Am Psychoanal Assoc.* 1990;38(4):985-1015.
40. Albani C, Blaser G, Jacobs U, Jones E, Thomä H, Kächele H. Amalia X's psychoanalytic psychotherapy in the light of Jones's Psychotherapy Process Q-Sort (2002). In: Leuzinguer-Bohleber M, Target M. *Outcomes of psychoanalytic treatment: perspectives for therapists and researchers.* London: Whurr; 2002. p. 294-302.
41. Roussos AJ. *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas: estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos [tese].* Buenos Aires: Universidad de Belgrano; 2001.

42. Ablon JS, Jones EE. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res.* 1998;8(1):71-83.
43. Epstein R, Murillo M, Barletta L. Investigación empírica sobre la sesión de psicoanálisis y la sesión de psicoterapia psicoanalítica [poster presentation]. In: 43rd World Congress of the International Psychoanalytic Association; 2004 Mar 10-14; New Orleans, USA.
44. Brown SR. Q methodology and qualitative research. *Qual Health Res.* 1996;6(4):561-7.
45. Block J. The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research. Springfield: Charles C. Thomas; 1961.
46. McKeown B, Thomas D. Q methodology. Newbury Park: Sage; 1988.
47. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7(4):323-35.
48. Reichenheim M, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saude Publica* 2000;34(6):610-6.
49. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim M E. Adaptação transcultural para o português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*, utilizado para identificar a violência entre casais. *Cadernos de Saude Publica* 2002;18(1):163-76.
50. Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C)* para rastreamento do transtorno do estresse pós-traumático. *Rev Psiquiatr Rio Gd. Sul.* 2004;26(2):167-75.
51. Jones EE, Parke LA, Pulos SM. How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychother Res.* 1992;2(1):16-30.

52. Price P, Jones EE. Examining the alliance using the *Psychotherapy Process Q-Set*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1998;35(3):392–404.
53. Pole N, Jones EE. The talking cure revisited: psychodynamic psychotherapy content analyses of a two-year psychodynamic psychotherapy. *Psychother Res*. 1998;8(2):171–89.
54. Lancelle G. El psicoanálisis y la investigación en escorzo desde una perspectiva clínica. *Psicoanálisis APdeBA*. 1997;19(1–2):119–55.
55. Sandler J, Sandler AM. The past unconscious, the present unconscious and interpretation of the transference. *Psychoanal Inq*. 1985;4:367–99.

* This study is part of the doctorate dissertation by Fernanda Barcellos Serralta, entitled "The relationship between process and result in brief psychodynamic psychotherapy: a case study," under development at Department of Psychiatry, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brazil.

† The reference to Dodo's bird verdict ("everyone has won and all must have prizes") at the end of the Caucus-race, quoted from *Alice in the Wonderland*, by Lewis Carroll, was originally made by Rosenzweig, in 1936, in an article in which the author introduces the concept of common factors in psychotherapies.

‡ The instrument was developed by Enrico E. Jones, a psychologist, psychoanalyst, professor and researcher at University of Berkeley, who died in 2003. PQS and its original manual are from 1985. They were first published in 2000, in the appendix of the book *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*.

Table 1 – Example of semantic equivalence analysis of PQS items

Original version (ENG)	Consensual version	Back-translation (ENG)	RM	GM	Final version
Item 19: There is an erotic quality to the therapy relationship.	Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.	Item 19: There is some eroticism in the therapeutic relationship.	70%	UN	Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.
Item 34: Patient blames others, or external forces, for difficulties.	Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas suas dificuldades.	Item 34: The patient blames others, or external forces, for his own difficulties.	50%	CA	Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas dificuldades.
Item 49: The patient experiences ambivalent or conflicted feelings about the therapist.	Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou contrários sobre o terapeuta.	Item 49: The patient experiments ambivalent or antagonic feelings towards the therapist.	80%	PA	Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou conflituosos sobre o terapeuta
Item 62: Therapist identifies a recurrent theme in the patient's experience or conduct.	Item 62: O terapeuta identifica um tema recorrente na experiência ou conduta do paciente.	Item 62: The therapist identifies a recurrent subject in the experience or conduct of the patient.	90%	PA	Item 62: O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.

CA = completely altered ; UN = unaltered; PA = Partially altered; ENG = English; GM = general meaning; RM = referential meaning

APPENDIX 1

Items of the Psychotherapy Process Q-Set (Portuguese version)

- Item 1: O paciente verbaliza sentimentos negativos (por exemplo, crítica, hostilidade) dirigidos ao terapeuta (versus faz comentários de aprovação ou admiração).
- Item 2: O terapeuta chama a atenção para o comportamento não-verbal do paciente, por exemplo, postura corporal, gestos.
- Item 3: As observações do terapeuta visam facilitar a fala do paciente.
- Item 4: Os objetivos do paciente no tratamento são discutidos.
- Item 5: O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.
- Item 6: O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.
- Item 7: O paciente está ansioso ou tenso (versus calmo e descontraído).
- Item 8: O paciente está preocupado ou conflituado com sua dependência do terapeuta (versus confortável com a dependência ou querendo a dependência).
- Item 9: O terapeuta é distante, indiferente (*versus* responsivo e efetivamente envolvido).
- Item 10: O paciente busca maior intimidade com o terapeuta.
- Item 11: Sentimentos e experiências sexuais são discutidos.
- Item 12: Ocorrem silêncios durante a sessão.
- Item 13: O paciente está animado ou excitado.
- Item 14: O paciente não se sente entendido pelo terapeuta.
- Item 15: O paciente não inicia assuntos; é passivo.
- Item 16: Há discussão sobre funções corporais, sintomas físicos, ou saúde.
- Item 17: O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente (por exemplo, estruturando e/ou introduzindo novos assuntos).
- Item 18: O terapeuta transmite um sentido de aceitação não-crítica (OBS: a colocação na direção do extremo não-característico indica desaprovação, falta de aceitação).
- Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.
- 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).
- Item 21: O terapeuta revela informações sobre si.
- Item 22: O terapeuta focaliza os sentimentos de culpa do paciente.
- Item 23: O diálogo tem um foco específico.

- Item 24: Os conflitos emocionais do próprio terapeuta invadem a relação.
- Item 25: O paciente tem dificuldade em começar a sessão.
- Item 26: O paciente experimenta afetos incômodos ou penosos (dolorosos).
- Item 27: O terapeuta dá orientações e conselhos explícitos (versus adia, mesmo quando é pressionado a fazê-lo).
- Item 28: O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.
- Item 29: O paciente fala sobre querer estar separado ou distante.
- Item 30: A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre idéias ou sistema de crenças.
- Item 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.
- Item 32: O paciente adquire uma nova compreensão ou insight.
- Item 33: O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém.
- Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas dificuldades.
- Item 35: A auto-imagem é um foco de discussão.
- Item 36: O terapeuta assinala o uso de manobras defensivas pelo paciente; por exemplo, anulação, negação.
- Item 37: O terapeuta se comporta como um professor (de maneira didática).
- Item 38: Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão.
- Item 39: Existe um tom competitivo na relação.
- 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).
- Item 41: As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.
- Item 42: O paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta.
- Item 43: O terapeuta sugere o significado do comportamento de outros.
- Item 44: O paciente se sente cauteloso ou desconfiado (versus confiante e seguro).
- Item 45: O terapeuta adota uma atitude de apoio.
- Item 46: O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.
- Item 47: Quando a interação com o paciente é difícil, o terapeuta tenta se adaptar num esforço para melhorar a relação.
- Item 48: O terapeuta estimula a independência de ação ou opinião do paciente.
- Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou conflituados sobre o terapeuta.

- Item 50: O terapeuta chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pelo paciente (por exemplo, raiva, inveja, ou excitação).
- Item 51: O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.
- Item 52: O paciente conta com o terapeuta para resolver seus problemas.
- Item 53: O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.
- Item 54: O paciente é claro e organizado em sua expressão.
- Item 55: O paciente transmite expectativas positivas sobre a 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).
- Item 57: O terapeuta explica as razões por trás de sua técnica ou abordagem ao tratamento.
- Item 58: O paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionados aos problemas.
- Item 59: O paciente se sente inadequado ou inferior (versus eficiente e superior).
- 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).
- Item 61: O paciente se sente tímido ou envergonhado (versus à vontade e seguro).
- Item 62: O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.
- Item 63: Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.
- Item 64: O amor ou relacionamentos amorosos são um tópico de discussão.
- Item 65: O terapeuta clarifica, reafirma ou reformula a comunicação do paciente..
- 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).
- Item 67: O terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou idéias, rejeitadas ou inconscientes.
- Item 68: Significados reais versus fantasiados das experiências são ativamente diferenciados.
- Item 69: A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.
- Item 70: O paciente luta para controlar sentimentos ou impulsos.
- Item 71: O paciente é auto-acusatório; expressa vergonha ou culpa.
- Item 72: O paciente entende a natureza da terapia e o que é esperado.
- Item 73: O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico.
- Item 74: O Humor é utilizado.
- Item 75: Interrupções ou pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidos.
- Item 76: O terapeuta sugere que o paciente aceite responsabilidade por seus problemas.
- Item 77: O terapeuta não tem tato.
- Item 78: O paciente busca aprovação, afeição, ou simpatia do terapeuta.

- Item 79: O terapeuta comenta as mudanças no humor ou no afeto do paciente.
- Item 80: O terapeuta apresenta uma experiência ou evento numa perspectiva diferente.
- Item 81: O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.
- Item 82: O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma maneira não explicitamente reconhecida anteriormente.
- Item 83: O paciente é exigente.
- Item 84: O paciente expressa sentimentos de raiva ou agressivos.
- Item 85: O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de comportar-se com os outros.
- Item 86: O terapeuta é seguro ou auto-confiante (versus inseguro ou defensivo).
- Item 87: O paciente é controlador.
- Item 88: O paciente traz temas e material significativos .
- Item 89: O terapeuta age para fortalecer defesas.
- Item 90: Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos.
- Item 91: Lembranças ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.
- Item 92: Os sentimentos ou percepções do paciente são relacionados com situações ou comportamentos do passado.
- Item 93: O terapeuta é neutro.
- Item 94: O paciente sente-se triste ou deprimido (versus alegre ou animado).
- Item 95: O paciente sente-se ajudado.
- Item 96: Há discussão sobre horários ou honorários.
- Item 97: O paciente é introspectivo, prontamente explora pensamentos e sentimentos íntimos.
- Item 98: A relação terapêutica é um foco de discussão.
- Item 99: O terapeuta questiona a visão do paciente (versus valida as percepções do paciente).
- Item 100: O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações.

4.3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS SOBRE O ESTUDO DE CASO NA PESQUISA EM PSICOTERAPIA¹

Título: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS SOBRE O ESTUDO DE CASO NA PESQUISA EM PSICOTERAPIA*

Título Abreviado: ESTUDO DE CASO E PESQUISA

Título em Inglês: METHODOLOGICAL CONSIDERATIONS ABOUT CASE STUDIES IN PSYCHOTHERAPY RESEARCH

Fernanda Barcellos Serralta – Psicóloga; Mestre em Psicologia Clínica (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul); doutoranda em Psiquiatria (Universidade Federal do Rio Grande do Sul); Professora adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil - Av. Farroupilha, nº 8001. Bairro São José. Canoas/RS. CEP: 92425-900. Autora responsável pela correspondência: Endereço: Rua Cel. Corte Real 797/502. Bairro Petrópolis. Porto Alegre, RS – Brasil. CEP 90630-080. E-mail: psifer@terra.com.br

Maria Lúcia Tiellet Nunes – Psicóloga; Doutora em Psicologia (Universidade Livre de Berlim); Professora titular da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Av. Ipiranga, 6681. Partenon. Porto Alegre/RS. CEP: 90619-900.

Cláudio Laks Eizirik – Médico Psiquiatra; Analista Didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre; Doutor em Medicina (Universidade Federal do Rio Grande do Sul); Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Rua Ramiro Barcelos, 2400. Santa Cecília. Porto Alegre/RS. CEP 90035-003.

¹ As citações dos autores no texto seguem as normas da Revista Estudos de Psicologia (Campinas), periódico ao qual o artigo encontra-se submetido para publicação.

* O artigo é parte integrante da Tese de Doutorado de Fernanda Barcellos Serralta intitulada *A relação entre processo e resultado na psicoterapia psicodinâmica breve: um estudo de caso*, desenvolvida no Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RESUMO

O artigo faz uma revisão crítica da literatura acerca da aplicabilidade do estudo de caso na pesquisa em psicoterapia: a) apresenta as características do estudo de caso como estratégia de pesquisa, b) aborda a importância dos delineamentos de caso único no estudo do processo terapêutico, c) discute estratégias para aumentar a fidedignidade e validade dos estudos de caso, d) e apresenta exemplos de estudos de caso oriundos da atual geração de pesquisa empírica em psicoterapia e em psicanálise. De modo geral, o artigo destaca o potencial dos delineamentos intensivos e sistemáticos de caso único para a investigação dos processos subjetivos e complexos inerentes ao encontro terapêutico.

Palavras-Chave: estudo de caso; pesquisa; psicoterapia.

ABSTRACT

The article reviews the literature about the applicability of case studies in psychotherapy research: a) it points out characteristics of case study as a research strategy, b) discusses the importance of single case designs in the study of therapeutic process, c) discusses strategies to increase the reliability and validity of case studies, d) and provides examples of case studies from the current generation of empirical research in psychotherapy and psychoanalysis. In general, the article highlights the potential of intensive and systematic single cases for research of the subjective and complex processes inherent to therapeutic encounter.

Key words: case study; research; psychotherapy.

INTRODUÇÃO

A pesquisa em psicoterapia e em psicanálise¹ pressupõe a aplicação de métodos empíricos aos dados clínicos para responder a duas questões centrais: quais as mudanças que ocorrem durante a terapia e em consequência desta? Como essas mudanças ocorrem? A primeira questão refere-se ao resultado, e a segunda, ao processo terapêutico. Embora teoricamente processo e resultados sejam interligados, na prática são diferentes tipos de pesquisa, sendo que “os métodos que fornecem as melhores avaliações em uma área, muitas

¹ Esclarecemos que o conceito de pesquisa aqui empregado se refere à aplicação de métodos derivados de outras ciências ao estudo dos dados oriundos da clínica psicanalítica. Propositalmente, ao longo deste artigo não abordamos a pesquisa psicanalítica no sentido proposto por Freud, ou seja, aquela que é realizada com o método psicanalítico durante o processo analítico.

vezes, são em termos operacionais contrários àqueles os fornecem as melhores avaliações na outra” (Wallerstein, 2007, p. 305).

A evolução histórica da pesquisa em psicoterapia atesta que a avaliação de resultados e o interesse nas diferenças entre grupos dominaram o cenário nas décadas de 1970 e 1980 (Araújo, & Wiethaeuper, 2003; Serralta, & Streb, 2003; Wallerstein, 2002; 2007). Embora esses estudos sejam fundamentais para estabelecer critérios de tratamentos baseados em evidências e influenciar as decisões em políticas de saúde (Levy & Ablon, 2009), como tipicamente excluem o exame de variáveis mais complexas (como a natureza da relação terapêutica, por exemplo), via de regra, não influenciam nem a teorização nem a prática clínica (Jones, 1993). A teorização clínica pressupõe um exame minucioso do encontro terapêutico e suas múltiplas facetas. Informações essenciais para esta compreensão são obviamente perdidas nos estudos grupais (Hilliard, 1993; Levy, & Ablon, 2000). De modo geral, psicoterapeutas e psicanalistas consideram que a pesquisa é reducionista, simplista e dissociada da realidade dos seus consultórios. De fato, para subsidiar a prática clínica, é necessário o desenvolvimento de estudos que focalizem as variações intra-sujeitos e as evidências empíricas dos mecanismos de mudança em psicoterapia (Pole, Ablon, O’Connor, & Weiss, 2002). Este é o alvo dos estudos de processo. Estudar processo implica examinar variáveis complexas, multifacetadas e contextualizadas; supõe, portanto, avaliação do que ocorre durante o tratamento (Kazdin, 2001). Por conseguinte, o estudo de caso assume aqui uma posição central.

Muitos pesquisadores são reticentes quanto ao estudo de caso como estratégia de pesquisa válida. Confusões conceituais, falsas generalizações e mitos sobre as limitações dos delineamentos de caso único ou múltiplos permeiam a literatura. Mal compreendido, por muito tempo, este tipo de estudo foi visto, erroneamente, como tendo validade científica questionável (Hilliard, 1993; Howard, 1993). Um olhar mais atento revela, entretanto, que muito do ceticismo acerca do valor do estudo de caso como estratégia de pesquisa efetiva se deve “à falta de compreensão da lógica básica da pesquisa de caso único” (Jones, 1993, p.371). Um problema adicional, conforme Alves-Mazzotti (2006), é o falso pressuposto de que estudos de caso são fáceis de realizar e por isso recomendáveis aos investigadores iniciantes. Afirmativas como esta desconsideram a complexidade inerente a este tipo de pesquisa e contribuem para que muitos trabalhos sejam erroneamente considerados “estudos de caso”.

O objetivo desse artigo é discutir as características, os alcances e limitações do estudo de caso como estratégia de pesquisa em psicoterapia. São apresentadas algumas formas de incrementar o rigor metodológico dos estudos realizados neste âmbito.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão crítica e não sistemática da literatura sobre o assunto nas bases de dados Lilacs, Index-Psi, Medline e Psychinfo, com os seguintes descritores: relato de caso (*case report*), estudo de caso (*case study*), estudos de caso (*case studies*) ou caso único (*single case*), sem limitação de data. A busca foi então combinada com os termos psicoterapia (*psychotherapy*) ou psicanálise (*psychoanalysis*) e pesquisa (*research*). Artigos que não abordassem as funções, aplicabilidade e características do estudo de caso com possíveis implicações para a pesquisa em psicoterapia foram excluídos. Uma busca em bibliotecas universitárias locais por manuais de pesquisa em ciências humanas, ciências médicas e ciências sociais complementou a revisão.

O material bibliográfico revisado foi organizado em quatro tópicos centrais, apresentados a seguir: o estudo de caso como elo de ligação entre a pesquisa empírica e a prática clínica; caracterização do estudo de caso como estratégia de pesquisa; considerações sobre as inferências nos estudos de caso; e dois exemplos de estudos de caso empírico.

O ESTUDO DE CASO COMO ELO DE LIGAÇÃO ENTRE A PESQUISA EMPÍRICA E PRÁTICA CLÍNICA

Existe uma dissociação histórica entre pesquisa e atividade psicoterápica e entre pesquisa e psicanálise: enquanto os clínicos exploram os complexos domínios da subjetividade humana, os pesquisadores têm priorizado a avaliação de processos e resultados terapêuticos através de delineamentos experimentais de tratamentos manualizados que não refletem nem representam a prática clínica convencional (Drozd & Goldfried, 1996; Neufeldt & Nelson, 1998). Tipicamente, psicoterapeutas e psicanalistas exercem suas atividades longe dos centros acadêmicos e de pesquisa e exibem um nítido desinteresse pelas ciências empíricas (Lancelle, 1997). Suas formações não incluem treinamento em metodologias não-psicanalíticas nem o estudo de outras áreas do conhecimento (Kandel, 2003; Kernberg, 2002).

Esta pobre interlocução entre a psicanálise e as demais ciências reforça a falsa crença, amplamente difundida, de que as capacidades clínica e científica são antagônicas e incompatíveis (Westen, 2002).

A adoção de métodos derivados das demais ciências (e portanto, não-psicanalíticos) para o estudo da clínica psicanalítica, é polêmica e controversa². Luyten, Blatt e Corveleyn (2006) identificam duas posições contrárias: a dos que defendem a tradição fundamentalmente interpretativa das narrativas de casos psicanalíticos usados por Freud para a construção da teoria (geralmente autores de língua francesa); e a dos que adotam uma posição “neopositivista” e preconizam a adoção de modelos estatísticos, experimentais e/ou quase-experimentais para estudar relações de causa e efeito e explicar dados oriundos da clínica psicanalítica (via de regra, autores de língua inglesa). Entretanto, adotar métodos empíricos para o estudo de dados clínicos não significa necessariamente abdicar da tradição psicanalítica e ingressar no universo das *hard sciences*. A complexidade, subjetividade e multidirecionalidade do processo terapêutico pressupõe o uso de metodologias compatíveis com as questões propostas por este campo de pesquisa. Neste sentido, a literatura exhibe um verdadeiro chamado para o desenvolvimento de uma “ciência da subjetividade” (Kächele, Schachter, & Thomä, 2007), ou seja, para um refinamento metodológico dos tradicionais estudos de casos clínicos, gerando assim uma maior integração entre as abordagens clínica e empírica, idiográfica e nomotética.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO COMO ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Com base na revisão da literatura realizada, pode-se entender o estudo de caso como um subtipo de pesquisa de caso único que constitui uma estratégia de investigação naturalística e flexível que utiliza múltiplos métodos (quantitativos e/ou qualitativos) e variadas fontes de evidências e de informações para descrever, de forma intensiva e profunda, um ou mais casos individuais (seja o paciente, a díade paciente-terapeuta, o processo terapêutico, etc.), focalizando as variações intra-sujeitos através do tempo a fim de testar proposições teóricas (hipóteses) ou gerar explicações a serem testadas e/ou confirmadas em

² Uma das controvérsias mais conhecidas é a entre Robert Wallerstein e André Green cujos pontos de vista contrastantes foram publicados no newsletter na IPA (Internacional Psychoanalytical Association) em 1996.

estudos ulteriores. Diferenciam-se, portanto, estudos de caso empíricos e estudos de caso clínicos. Essas características são apresentadas e comentadas a seguir.

O estudo de caso é uma pesquisa observacional naturalística de caso único

Nas pesquisas de caso único em psicoterapia distinguem-se os modelos experimentais e observacionais (Hilliard, 1993). Os delineamentos experimentais e quase-experimentais são bastante restritivos: exigem, entre outros aspectos, medidas bem definidas dos comportamentos que devem ser modificados pelo tratamento (resultados) e que sejam reativas à intervenção. Esses delineamentos também pressupõem que os comportamentos-alvo sejam reversíveis na retirada do tratamento (Backman & Harris, 1999; Silvaes, 2004). Assim, embora muitas vezes os delineamentos de caso único sejam genericamente denominados de estudo de caso, em sentido mais estrito reserva-se o termo para os estudos não experimentais, diferenciando-os desse modo dos experimentos de caso único (Hilliard, 1993).

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa pluralista do ponto de vista metodológico

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa pluralista (Denscombe, 2003; Hilliard, 1993; Yin, 2001; Stake, 2003). Desse modo, embora seja uma das formas mais comuns e conhecidas de pesquisa qualitativa, o estudo de caso não é, em sua essência, uma metodologia qualitativa. A sua inclusão entre as metodologias qualitativas possivelmente reflete a falsa equiparação entre qualitativo e idiográfico (Hilliard, 1993), bem como uma confusão entre método de coleta de dados e estratégia de pesquisa (Yin, 1981). Estudos de caso único (ou múltiplos) podem envolver dados qualitativos (geralmente expressos em forma de prosa ou narrativa), bem como dados quantitativos (mensurações em nível nominal, ordinal, intervalar ou de razão submetidas a procedimentos de estatística descritiva e/ou inferencial); também podem ser híbridos, isto é, conjugar as duas abordagens (Stake, 2003; Yin, 2001).

Um caso é um fenômeno individual que é tomado como unidade de análise e interesse

Nos estudos de caso, o caso é um fenômeno individual, particular, complexo e único (Denscombe, 2003). As pesquisas de caso único em psicoterapia são aquelas que consideram uma entidade individual (paciente, díade terapeuta-paciente, terapia de grupo, ou interação entre esses) como unidade de análise e de interesse (Eells, 2007). O que define o caso,

portanto, é o fato dele se constituir uma unidade específica, um sistema no qual as partes estão integradas (Stake, 2003).

Um estudo de caso envolve descrições em profundidade

Estudos de caso são estudos intensivos e o pesquisador está interessado em obter uma grande quantidade de dados em um número limitado de participantes. Diferem das investigações de grupo nas quais um número limitado de dados é colhido e analisado em um grande número de sujeitos (Chassan, 1979). Estudos de caso realizam descrições cuidadosas, detalhadas e aprofundadas que podem ser realizadas através de variadas técnicas de avaliação ou mensuração (Backman & Harris, 1999).

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa com planejamento flexível

A adaptatividade e a flexibilidade são outras características desta estratégia de pesquisa. Conforme Yin (2001), “pouquíssimos estudos de caso terminarão exatamente como foram planejados” (p.83). Isso significa que esse tipo de investigação permite ao pesquisador, em virtude das necessidades que emergem durante o próprio estudo, alterar uma direção prevista ou incluir outro caso, por exemplo. A possibilidade de desvio do planejamento representa um dos pontos mais fortes do estudo de caso, embora isto potencialmente possa tornar o estudo mais trabalhoso e exigir do pesquisador capacidade de adaptação e de manter o equilíbrio ótimo entre flexibilidade e rigor (Robson, 1993).

Um estudo de caso avalia processos inter-relacionados numa perspectiva temporal

Estudos de caso tipicamente focalizam processos que são inter-relacionados. Como tendem a observar e descrever o caso como um todo, são passíveis de explicar como as partes conectam-se umas com as outras (Denscombe, 2003). As questões de pesquisa geralmente referem-se ao *como* e ao *por que* (Yin, 2001) e focalizam relações complexas (Stake, 2003). Em psicoterapia, os estudos de caso possibilitam a análise longitudinal da imbricada interação entre as diversas variáveis da dimensão processos-resultados (Hilliard, 1993).

O estudo de caso pode ser usado em ambos os contextos: de descoberta e de justificativa

A visão comum do estudo de caso como um estudo piloto, apropriado às etapas preliminares de investigação, é simplista e equivocada (Flyvbjerg, 2006). Estudos de caso podem ser explanatórios, descritivos ou exploratórios (Yin, 2001): quando o estudo envolve o teste de hipóteses formuladas *a priori*, o contexto é de justificativa e o estudo é confirmatório (ou explanatório); quando o objetivo é gerar hipóteses para serem testadas futuramente, o contexto é de descoberta e o estudo é exploratório (Hilliard, 1993).

O estudo de caso empírico é diferente do estudo de caso clínico em termos de objetivos e métodos

Desde os primórdios da clínica psicanalítica, as monografias, relatos e vinhetas clínicas são frequentemente realizados com o objetivo de descrever, informar, compartilhar experiências e ilustrar teorias e técnicas, demonstrando a plausibilidade das mesmas (d'Allones, 1989; Widlocher, 1994; Aveline, Strauss, & Stiles, 2007). Neste sentido, o estudo de caso pode ser considerado “a matéria-prima por excelência da psicanálise”, a origem dos principais *insights* até o momento obtidos (Eizirik, 2006, p.172). Entretanto, via de regra, os estudos clínicos, ao contrário dos estudos empíricos, são conduzidos sem qualquer preocupação com o rigor metodológico (Widlöcher, 1994). Isso faz com que pesquisadores os considerem muito limitados como forma de pesquisa (Fonagy, 2004; Messer, 2007; Bucci, 2007). Messer (2007) lista algumas dessas limitações: a narrativa baseia-se na memória do terapeuta ou analista e pode, portanto, ser afetada por desejos, temores, expectativas e outros fenômenos inconscientes; a escolha do material analisado é sem nenhum controle de viés de seleção; a interpretação do material segue a ortodoxia teórica dominante e ignora outras possibilidades de compreensão do fenômeno; há poucos dados contextuais que permitam ao leitor confirmar ou refutar hipóteses sobre o significado do material; não há medidas de resultados, além da impressão subjetiva do terapeuta ou analista.

Em resposta a estas restrições, nas últimas décadas, enormes esforços têm sido despendidos para refinar instrumentos e métodos aplicáveis aos estudos de casos individuais. A progressiva aceitação, por parte dos psicanalistas e psicoterapeutas dos procedimentos de gravação das sessões e o desenvolvimento de novas tecnologias de coleta e análise de dados inauguram um novo estágio na pesquisa clínica psicanalítica (Wallerstein, 2002; 2007; Bucci,

2007; Kächele & Thomä, 2007; Serralta & Streb, 2003). Este tipo de estudo (denominado na literatura de estudo de caso sistemático, empírico ou quantitativo, conforme o caso) compartilha com os estudos clínicos tradicionais a abordagem idiográfica e o estudo contextualizado do fenômeno, porém pressupõe o exame empírico dos achados clínicos, o que requer cuidados metodológicos que assegurem a validade interna e externa do estudo (Kächele, Schachter, & Thomä, 2007).

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS INFERÊNCIAS NOS ESTUDOS DE CASO

A forma mais usualmente praticada de aumentar a confiabilidade de dados em estudos de caso é conhecida como triangulação. A triangulação pode ser de dados (múltiplas fontes de informação), de pesquisadores (diferentes avaliadores), metodológica (uso de diferentes métodos) e de teorias (uso de diferentes perspectivas teóricas para compreender o mesmo conjunto de dados) (Patton, 1987).

Estudos de caso, assim como outras estratégias de pesquisa, buscam desenvolver teorias passíveis de verificação empírica. É importante compreender que a lógica que sustenta a generalização dos dados nos estudos de caso é distinta da lógica dos estudos amostrais. No estudo de caso, o pesquisador possui o objetivo de “expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística)” (Yin, 2001, p. 29). Isto significa que a relação proposta entre duas ou mais características encontradas não está baseada na representatividade da amostra, mas sim em um nexo causal plausível entre essas características (Mitchell, 1983). Desse modo, as características do estudo de caso se estendem a outros casos pela força do raciocínio explicativo (Yacuzzi, 2005). A falta de compreensão desta lógica leva à crítica freqüente de que não é possível generalizar a partir de estudos de caso. A capacidade de generalização pode ser aumentada através da escolha estratégica do caso em estudo. Em determinados contextos, por exemplo quando se quer extrair a maior quantidade possível de informação sobre determinado fenômeno, pode ser mais útil a seleção de um caso extremo ou atípico do que um caso típico ou representativo da população-alvo. Estudos de caso são ainda particularmente adequados para generalizar a partir do que Karl Popper denominou falsificação, ou seja, para falsear hipóteses a partir de observações profundas e, portanto, mais passíveis de encontrar diferenças sutis não perceptíveis nos estudos grupais (Flyvbjerg, 2006).

A validade interna nos estudos explicativos refere-se à veracidade das inferências extraídas da análise do caso. Entre as ferramentas mais utilizadas para assegurar este tipo de validade estão o exame do comportamento das variáveis em estudo em relação a um padrão previamente definido (através de outros estudos, por exemplo), a construção de explicações ou de elos causais em relação ao evento ou fenômeno em estudo, e as análises cronológicas dos acontecimentos e de séries temporais (análogas às usadas em experimentos com grupos), que buscam examinar como e por que se dão as relações dos eventos ao longo do tempo (Yin, 2001).

Contrariamente ao que ocorre nos delineamentos grupais, o acréscimo de novos casos não necessariamente aumenta a confiabilidade dos dados. Neste tipo de delineamento, o acréscimo inteligente de novos casos só deveria acontecer após o fenômeno em estudo estar suficientemente compreendido ao nível individual. A inclusão prematura de um novo caso pode ser extremamente nefasta à compreensão do caso em estudo (Hilliard, 1993). Tendo em consideração essa ressalva, a replicação é a chave para a generalização dos dados (validade externa), e também para incrementar a fidedignidade dos achados (validade interna) oriundos de estudos de caso (Galassi & Gersh, 1993).

DOIS EXEMPLOS DE ESTUDOS DE CASO EMPÍRICO

Selecionamos na literatura dois exemplos de estudos de caso único produzidos por pesquisadores da atual geração de pesquisa em psicoterapia: um caso de psicanálise e um de psicoterapia psicanalítica. A escolha desses casos foi intencional e baseou-se na sua capacidade de representar uma pequena amostra do que atualmente está sendo realizado neste contexto. Nos exemplos, procuramos nos ater mais ao método e planejamento da pesquisa do que às conclusões acerca das hipóteses clínicas.

O caso Amália X é o caso prototípico do modelo de pesquisa clínica e empírica proposto pelo grupo de Ulm (Kächele, Schachter, & Thomä, 2007). A paciente, uma mulher de 30 anos, buscou tratamento psicanalítico devido à baixa auto-estima e depressão neurótica relacionada ao hirsutismo (crescimento excessivo de pêlos em áreas anatômicas características de distribuição masculina). O tratamento de Amália teve um total de 517 sessões. Todas as sessões foram gravadas em áudio. Seu caso foi estudado por diversos

métodos e instrumentos em numerosos estudos³. Relatamos a seguir o de Albani, Pokorny, Blaser, Geyer, e Kächele (2007), que aplicou pela primeira vez o método *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) de Luborsky em um caso de psicanálise. Esse método visa à descrição de padrões internalizados de relacionamento. Neste estudo, uma amostra das primeiras 25 e das últimas 25 sessões foram usadas, caracterizando as fases inicial e final do tratamento. Adicionalmente, começando com a 50.^a sessão, blocos de cinco sessões a cada cinquenta sessões de intervalo foram avaliadas. As avaliações foram realizadas por um avaliador experiente. Para verificar a fidedignidade dessas avaliações, uma a cada onze sessões foram aleatoriamente selecionadas para serem avaliadas por um segundo avaliador. Foram então examinados os índices de acordo entre os avaliadores, através do coeficiente Kappa. Em uma tabela bidimensional de contingência a variável “fase da terapia” foi cruzada com as variáveis do CCRT, desejos, necessidades e intenções (componente W), reações do objeto (componente RO) e reações do *self* (componente RS). A hipótese dos pesquisadores foi a de que a frequência das categorias do CCRT variava conforme a fase de tratamento. Nas noventa e duas sessões das 22 fases avaliadas, foram encontrados 579 episódios de relacionamento, contendo 806 desejos, 986 reações do objeto e 1.103 reações do sujeito. O tema central de conflito nos relacionamentos, CCRT, mais freqüente para a análise como um todo foi: Os outros devem me dar atenção (WO), eu quero ser autodeterminada (WS), Os outros são não-confiáveis (RO), estou insatisfeita, com medo (RS). As categorias “mais freqüentes do que o esperado” caracterizam os temas que distinguem uma fase da outra. Por exemplo, o início da análise (fase 1) caracteriza-se pelo desejo de receber atenção dos outros (WO). Amália queixa-se de se sentir “usada” por seus colegas (RO), com quem não consegue dividir seus problemas. Amália sente inveja das suas colegas. Também se sente insegura perante suas alunas (RS), pensando que estas a consideram como uma velha empregada (RO). Existem conflitos nos quais não se sente apoiada por seu diretor (RO). Amália descreve seu pai como uma pessoa assustadora e inacessível (RO) e sente-se chateada pelo relacionamento distante e conturbado com ele (WO). Já no término (fases 21 e 22) da sua análise, Amália preocupa-se predominantemente com as experiências relacionadas ao seu último relacionamento amoroso e com o início de um novo relacionamento (WO). Uma reunião com sua arquiinimiga gera sentimentos intensos de ódio que ela consegue administrar (WS). Na esfera profissional, ela é capaz de fazer valer a sua vontade (WS) e sente orgulho disso (RS).

³ Estes estudos estão descritos separadamente nos diversos capítulos que compõem o livro organizado por Kächele, Schachter, & Thomä (2007).

A conclusão da análise e a separação da analista são temas centrais desta fase. O estudo demonstrou que as diferentes fases da análise podem ser caracterizadas por “conflitos focais” que podem ser operacionalizados pelo método CCRT. Em contraste com a subjetividade das descrições clínicas, tipicamente realizada por linguagem metafórica, o CCRT permite uma abordagem diferenciada e menos subjetiva dos temas que emergem durante o processo de uma análise.

O segundo exemplo é derivado do modelo proposto pelo *Berkeley Research Group*, cuja proposta denominada “análise quantitativa de caso único” gerou, desde o início da década passada uma série de estudos nos quais procedimentos de análise de séries temporais são aplicados para compreender o curso da psicoterapia ou da análise (Jones, 2001). No primeiro estudo desta série, Jones, Graham, Nigg e Dyer (1993) apresentam o que constitui, segundo eles, um novo paradigma na pesquisa de caso único neste campo. O caso em estudo foi o de uma psicoterapia psicodinâmica que teve duração de dois anos e meio, com frequência de duas vezes na semana. A paciente foi uma mulher deprimida de 35 anos. A terapeuta foi uma psicóloga clínica bastante experiente. O protocolo da pesquisa incluiu a aplicação de medidas de resultado terapêutico no início do tratamento e a cada dezesseis sessões. Essas medidas incluíram instrumentos auto-respondidos pela paciente e outros pelo terapeuta, compreendendo avaliações diagnóstica, de sintomatologia, de personalidade, de ajustamento social, de problemas interpessoais e de pensamentos negativos. A avaliação do processo terapêutico foi realizada através do *Psychotherapy Process Q-set* (PQS), instrumento aplicado por juízes independentes treinados e que envolve o estudo intensivo das sessões gravadas e transcritas do tratamento. Após a certificação de boa fidedignidade entre os avaliadores, foram ordenados os elementos do processo terapêutico (estados mentais do paciente, relacionamento terapêutico, e técnica do terapeuta) mais e menos característicos. Isso permitiu a obtenção de uma descrição geral do processo. Posteriormente, procedimentos de análise fatorial exploratória foram aplicados para identificar as dimensões do processo. Quatro fatores foram encontrados: o fator denominado “Aceitação/Neutralidade do Terapeuta” que captou a postura empática, de aceitação incondicional, facilitadora e a percepção acurada do processo por parte da terapeuta; o segundo fator, “Interação da Terapeuta”, é composto por itens que descrevem um padrão de transferência-contratransferência no qual a terapeuta controla a interação, tem respostas emocionais e pessoais à paciente, torna-se autoritária ou didática e a paciente, por sua vez, tem dificuldades de entender a terapeuta e se sente pouco compreendida por ela; o terceiro fator corresponde à

“Técnica Psicodinâmica” e inclui o uso de interpretações de desejos e idéias inconscientes, a ênfase em sentimentos que a paciente acha intoleráveis, interpretação de defesas, e uso da clarificação, entre outras; e o quarto e último fator, “Afetos Disfóricos da Paciente”, agregou itens que descrevem os afetos negativos da paciente e sua tentativa de controlá-los na sessão. Esses quatro fatores foram utilizados como variáveis na análise de séries temporais que buscou verificar a relação de influência causal entre cada um destes com as medidas repetidas de resultados e entre cada um dos elementos do processo entre si. Finalmente, foi testada a hipótese do efeito das técnicas de apoio *versus* as técnicas de *insight* sobre a evolução dos sintomas da paciente. De modo geral, os resultados indicam que paciente e terapeuta exercem influência mútua, uma influenciando a outra. Por exemplo, os afetos disfóricos da paciente (fator 4) predizem a aceitação e neutralidade da terapeuta (fator 1) e este fator prediz o uso de técnicas psicodinâmicas (fator 3). A técnica psicodinâmica (fator 3) e os afetos disfóricos da paciente (fator 4) mostrou relação complexa, bidirecional: o fator 3 determina o fator 4 e vice-versa. A análise das técnicas expressivas *versus* de apoio também mostrou resultados complexos e indica que a terapeuta, influenciada pela paciente, varia as suas técnicas e que ambas as técnicas, de apoio e de *insight*, contribuem para a melhora na paciente. Este estudo apresenta, portanto, um modelo de avaliação do processo terapêutico e da relação entre processo e resultados que é multivariado, capaz de avaliar processos de influência múltipla e recíproca em uma perspectiva quantitativa longitudinal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos maiores desafios colocados aos pesquisadores em psicoterapias é o de aumentar a relevância clínica dos estudos na área. Na pesquisa psicanalítica esse desafio é um imperativo, pois para ser psicanalítica e científica, a investigação necessita conjugar a alta complexidade e a subjetividade da interação terapêutica com as exigências de objetividade das ciências (Lancelle, 1997; Ablon & Jones, 2005). Neste artigo argumentamos, apoiados na literatura, que esta tarefa é facilitada pela adoção do estudo de caso como estratégia de pesquisa. Trata-se de uma ferramenta poderosa: com relativamente pouca intrusão na condução do tratamento, pode ser utilizado, com a adição de alguns refinamentos metodológicos, para estudar 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 (Howard, 1993).

Uma das maiores vantagens dos estudos de caso único é a sua ampla aplicabilidade: servem para gerar e para testar hipóteses; podem servir à investigação do processo terapêutico e também à de processo-resultados; podem restringir-se a um caso ou ser extensivo a múltiplos casos; podem ser úteis à diversas modalidades de intervenção clínica (Galassi & Gersh, 1993). Nos estudos que examinam os complexos mecanismos de mudança em psicoterapia, o estudo de caso é considerado o método de excelência (Levy & Ablon, 2000; Hilliard, 1993).

Estudos de caso também possuem limites. Entre esses se destacam a validade interna e externa. No estudo das psicoterapias não comportamentais, os desafios parecem ser ainda maiores. Entretanto, ainda que as questões de validade interna e externa representem um constante desafio aos pesquisadores, existem meios de diminuir as ameaças à validade dos estudos de caso em psicoterapia, com a adoção de medidas que visem a aumentar o rigor e a capacidade de generalização dos estudos realizados. Isso tem ocorrido nos estudos sistemáticos de caso. Esses, embora compartilhem com os estudos qualitativos tradicionais muitas das suas características, geralmente exibem maior refinamento metodológico (por exemplo, utilizando material clínico gravado em vídeo e/ou áudio, avaliando os dados por juízes independentes, selecionando aleatoriamente as unidades de análise e utilizando procedimentos estatísticos para análise de dados). Conforme enfatizam Levy e Ablon (2000), embora tais procedimentos possam ser vistos inicialmente como alheios à tradição psicanalítica, é importante salientar que a adoção de medidas empíricas nos estudos de caso de tratamentos psicodinamicamente orientados não representa uma ruptura, mas sim um acréscimo que visa enriquecer e ampliar as possibilidades de estudo.

Em síntese, os estudos de caso, qualitativos ou quantitativos, sistemáticos e intensivos são extremamente relevantes e úteis no estudo das psicoterapias psicanalíticas. Auxiliam na compreensão do processo de mudança, possibilitam a geração de novas teorias e o teste de teorias já existentes, e permitem que as psicoterapias sejam estudadas levando em consideração a dimensão subjetiva inerente ao encontro terapêutico, oferecendo assim uma alternativa para a superação da dissociação entre atividade clínica e atividade científica.

REFERÊNCIAS

Albani, C. , Pokorny, D. Blaser, G., Geyer, M., & Kächele, H. (2007). Studying the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). In H. Kächele, J. Schachter, Thöma, H., & the Ulm

Psychoanalytic Process Research Study Group, *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice* (pp.288-308). Ulm – New York [Online]. Obtido em 22 de janeiro de 2007, de http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher/PDF/psych_anal_2007.pdf

Alves-Mazzotti, A.J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cad. Pesqui.*, 36(129), 637-651.

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

Araújo, M.S., & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 33-52.

Aveline, M; Strauss, B., & Stiles, W.B. (2007). Pesquisa em Psicoterapia. In G. Gabbard, J.S. Beck & J. Holmes (Orgs.), *Compêndio de Psicoterapia de Oxford* (pp.606-623). Porto Alegre: Artmed.

Backman, CL., & Harris, SR. (1999). Case Studies, Single-Subject Research and N of 1 randomized Trials: comparisons and contrasts. *Am J Psys Med Rehabil*, 78(2), 170-76.

Bucci, W. (2007). Pesquisa sobre processo. In E. Pearson, A.M. Cooper, & G. Gabbard (Orgs.), *Compêndio de Psicanálise* (pp. 320-3336). Porto Alegre: Artmed.

Chassan, J.B. (1979). *Research design in clinical psychology and psychiatry*. New York: Wiley.

d'Allones, C.R. (2004). O Estudo de caso: da ilustração à convicção. In C. R. d' Allones, C. Assouly-Piquet, F.B. Slama, A. Blanchet, O. Douville, A. Giami, K.C. Nguyen, M. Plaza, & C. Samalin-Amboise, *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas* (pp. 69-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Denscombe, M. (2003). *The good Research Guide for Small-Scale Social Research Projects*. 2nd edition. Maidenhead-Philadelphia: Open University Press.

Droz, J.F., & Golfried, M.R. (1996). A Critical Evaluation of the State-of-the-Art in Psychotherapy Outcome Research. *Psychotherapy*, 33(2), 171-80.

Eizirik, C.L. (2006). Psicanálise e Pesquisa. *Rev Bras Psiquiatr.*, 28(3) , 171-2.

Eells, T.D. (2007). Generating and Generalizing Knowledge about Psychotherapy from Pragmatic Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), article 3, 35-54. Obtido em 03 de janeiro de 2007, de <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>.

Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12, 219-249.

Fonagy, P. (2004). Colhendo urtigas. O impacto mútuo da psicanálise e de outras disciplinas acadêmicas na universidade. *Psicanalítica*, 5(1), 29-48.

Galassi, J.P., & Gersh, T.L. (1993). Myths, misconceptions, and missed opportunity: single-case designs and counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 40(4), 525-531.

Hilliard, R.B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 61(3), 373-380.

Howard, G.S. (1993). I think I can! I think I can! Reconsidering the place for practice methodologies in psychological research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 237-244.

Jones, E.E. (1993). Introduction to Special Section: Single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 371-372.

Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J.T, & Dyer, F.P. (1993). A Paradigm for Single-Case Research: The Times Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394.

Kazdin, A.E. (2001). Bridging the Enormous Gaps of Theory With Therapy Research and Practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 59-67.

Kandel, E.R. (2003) A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 139-165.

Kächele, H., Schachter, J., & Thomä, H. (2007). Preface. In H. Kächele, J. Schachter, Thöma, H., & the Ulm Psychoanalytic Process Research Study Group, *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice* (pp.7-9). Ulm – New York [Online]. Obtido em 22 de janeiro de 2007, de http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher/PDF/psych_anal_2007.pdf.

Kächele, H. & Thomä, H. (2007). The Significance of the Case History in Clinical Psychoanalytic Research. In H. Kächele, J.Schachter, H. Thomä, & the Ulm Psychoanalytic Process Research Study Group, *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice* (pp.108-151). Ulm – New York [Online]. Obtido em 22 de janeiro de 2007, de http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher/PDF/psych_anal_2007.pdf.

Kernberg O. (2002). Present Challenges to Psychoanalysis. In M. Leuzinger-Bohleber, & M. Target, *Outcomes of Psychoanalytic Treatment. Perspectives for Therapists and Researchers* (pp. p.323-331). London: Whure Publishers.

Lancelle, G. (1997). El psicoanálisis y la investigación en escorzo desde una perspectiva clínica . *Psicoanálisis APdeBA*, 19(1-2), 119-155.

Levy, R., & Ablon, J.S. (2000). Psychoanalytic research: progress and process. *Psychoanalyst Psychologist*, 23-5.

Luyten, P., Blatt, S.J., & Corveleyn, J. (2006). Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(2), 571-610.

Messer, S.B. (2007). Psychoanalytic case Studies and The Pragmatic Case Study Method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* [Online], 3(4), 55-58. Obtido em 03 de janeiro de 2007, de <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>.

Mitchell, J.C. (1983). Case and situation analysis. *Sociological Review*, 31(2), 187-121.

Neufeldt, S.A., & Nelson, M.L. (1998). Research in Training Clinics: A Bridge Between Science and Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 315-327.

Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.

Pole, N., Ablon, J.S., O'Connor, L., & Weiss, J. (2002). Ideal control mastery technique correlates with change in a single case. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 88-96.

Robson, C. (1993). *Real World Research: A Resource for Social Sciences and Practitioner-Researcher*. Oxford: Blackwell.

Stake, R.E. (2003). Case Studies. In N.K. Denzin, & Y.S. Lincoln (Orgs.). *Strategies of Qualitative Inquiry*. 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage.

Serralta, F.B., & Streb, L.G. (2003). Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 53-66.

Silvares, E. (2004) *Estudos de caso em Psicologia Clínica Comportamental*. 3a edição. Campinas: Papirus.

Wallerstein, R.S. (2007). Pesquisa sobre Resultados. In E. Pearson, A.M. Cooper, & G. Gabbard, *Compêndio de Psicanálise* (305-319). Porto Alegre: Artmed.

Wallerstein, R.S. (2002). The Generations of Psychotherapy Research: an overview. In: M.

Leuzinger-Bohleber, & M. Target, *Outcomes of Psychoanalytic Treatment. Perspectives for Therapists and Researchers*. London: Whure Publishers.

Westen, D. (2002). The language of psychoanalytic discourse. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (6), 857-898.

Widlöcher, D. (1994). A Case is not a Fact. *Int. J. Psycho-Anal.*, 75, 1233-1244.

Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. Serie Documentos de Trabajo, Universidad de CEMA No. 296, agosto. Obtido em 15 de outubro de 2007, de <http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>.

Yin, R.K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman.

Yin, R.K. (1981). The Case Crisis: some answers. *Study Administrative Science Quarterly*; 26(1), 58-66.

Zanetti, S.A.S., & Kupfer, M.C.M. (2006). O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, 11(21), 170-185.

4.4 THE PROCESS OF CHANGE IN BRIEF PSYCHOTHERAPY: EFFECTS OF PSYCHODYNAMIC AND COGNITIVE-BEHAVIORAL PROTOTYPES¹ (Versão original em Inglês)

THE PROCESS OF CHANGE IN BRIEF PSYCHOTHERAPY: EFFECTS OF PSYCHODYNAMIC AND COGNITIVE-BEHAVIORAL PROTOTYPES

Fernanda Barcellos Serralta – Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Nnamdi Pole – Department of Psychology, Smith College, Northampton, MA.

Maria Lúcia Tiellet Nunes – Programa de Pós Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Cláudio Laks Eizirik - Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Carrie Olsen - Department of Psychology, Smith College, Northampton, MA.

¹ O artigo original em Inglês foi aceito para publicação na *Psychotherapy Research* (vide Anexo C). Nesta tese, a apresentação do artigo segue as normas de publicação daquela revista.

Abstract

A brief psychodynamic psychotherapy was assessed using the Brazilian Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set (PQS). Each session was scored for its adherence to expert psychodynamic therapy (PDT) and cognitive behavioral therapy (CBT) prototypes derived from the PQS. Results revealed that the therapy process adhered more closely to prototypical CBT than prototypical PDT. Bivariate times series analyses showed that prototype components capturing the client's adherence to ideal CBT behaviors and collaboration between therapist and client on ideal PDT and CBT behaviors predicted therapy progress. In addition, specific client symptoms influenced whether the therapist adhered to prototypical PDT or CBT behaviors.

Key-Words: Brief Psychotherapy; Process research; Psychoanalytic/Psychodynamic Therapy; Cognitive Behavior Therapy; Prototypes; Case study

The Process of Change in Brief Psychotherapy: Effects of Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Prototypes

In the last several decades, many instruments and methods have been developed to explain the effectiveness of psychotherapy (Bucci, 2007; Siefert, Defife, & Baity, 2009; Kächele & Thomä, 2007; Wallerstein, 2002; 2007). The *Psychotherapy Process Q-set* (PQS; Jones, 2000) assesses therapist behaviors, client behaviors, and therapist-client interactions 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). Moreover, the PQS has been used to derive quantitative prototypes of ideal therapy process distinguishing the perspectives of experts in particular therapy schools (e.g., psychodynamic versus cognitive behavioral). These prototypes have been applied to several psychotherapy archives to determine how closely groups of therapies claiming to follow a particular theoretical orientation actually conform to the prototypical ideal (Ablon & Jones, 1998, 2002; Katzenstein, Ablon, & Levy, 2009; Pole, Ablon, & O'Connor, 2008). Such studies have also examined whether and to what extent prototype adherence predicts treatment outcomes.

Ablon and Jones (1998, 2002) found evidence of convergent and divergent validity of their psychodynamic therapy (PDT), cognitive behavioral therapy (CBT), and interpersonal therapy (IPT) prototypes in studies involving archived PDT, CBT, and IPT treatments. For instance, the cognitive behavioral therapies from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (NIMH TDCRP) showed an $r = .64$ correlation with the CBT prototype and only an $r = .18$ correlation with the IPT prototype (Ablon & Jones, 2002). Evidence of predictive validity included the finding that adherence to the psychodynamic prototype predicted several outcomes in a sample of psychodynamic therapies

(rs between .37 and .44; Ablon & Jones, 1998). On the other hand, these studies also yielded some unexpected results. For example, manualized interpersonal therapies from the NIMH TDCRP were just as likely to match the CBT prototype as they were to match the IPT prototype (Ablon & Jones, 2002). In another study, adherence to the PDT prototype was found to repeatedly predict outcomes in cognitive behavioral therapies (Ablon & Jones, 1998). Taken together, these findings show that: (a) even manualized therapies of a particular type can contain substantial processes associated with another type of therapy and (b) such unexpected processes may be active ingredients in promoting psychotherapeutic change. These findings also offer a partial explanation of how different psychotherapies can yield similar results in comparative studies; namely, different therapies may not be as different as they seem (Ablon & Marci, 2004).

While group designs have been the generally preferred method of determining how one type of therapy differs from another (Borckardt et al., 2008), these designs can be quite limiting when it comes to intensively studying the relationship between specific therapy processes and therapeutic progress (Levy & Ablon, 2000). Quantitative single case designs are an underutilized way to achieve this goal (Hilliard, 1993; Pole, 2001). Such designs are advantageous because they are: (a) less expensive than randomized clinical trials (Pole et al., 2008), (b) suitable for studying processes unfolding over time (Hilliard, 1993; Levy & Ablon, 2000; Kazdin, 2001), c) capable of identifying subtle differences that are difficult to detect in group designs (Flyvbjerg, 2006), and (d) more easily conducted by private practitioners than their group design counterparts (Pole, 2001; Pole, Ablon, O'Connor, & Weiss, 2002).

Jones, Ghannam, Nigg, and Dyer (1993) developed a paradigm for studying the process of change in long-term single cases using exploratory factor analysis to identify clusters of *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) items defining consistent process elements recurring over time. Factor scores representing the relative presence or absence of these elements were

examined in relation to repeated measures of psychotherapy progress using bivariate time series analyses (Gottman & Ringland, 1981). This procedure was able to identify case-specific, repeated process elements that predicted change. Pole et al. (2008) modified this procedure by replacing the case-specific factor scores with generalizable prototype adherence scores. Thus, rather than relying on factor scores that change from case to case, future investigators can examine the same prototype scores in each new case. This method yielded results that were consistent with the results of other prototype studies. That is, the prototypes showed appropriate convergent, divergent, and predictive validity and also resulted in evidence that techniques belonging to other forms of therapy can be active ingredients in the current therapy process. In addition, Pole et al. (2008) demonstrated that separately assessing adherence to components of the prototypes addressing client behaviors, therapist behaviors, and client-therapist interactions can clarify the full prototype findings. For example, whereas the full prototype suggested that the treatment conformed most closely to a model of therapy that was not intended by the therapist, the component prototypes showed that this result was driven by the client's behavior. The therapist's behavior and therapist-client interaction components were in strong conformity with the therapist's ascribed model.

The Present Study

The present article applies the Pole et al. (2008) method to examine the process of change in a short-term psychotherapy conducted in Brazil by a psychodynamic therapist. The study was conducted in three phases. First, we used PQS ratings of every session to achieve a quantitative description of the therapeutic process. Second, we determined whether the overall process and its components were more consistent with ideal psychodynamic therapy (PDT) or ideal cognitive behavioral therapy (CBT) prototypes. Third, we tested whether adherence to either the full PDT or CBT prototypes or their components predicted therapeutic progress on a range of potential outcomes. This effort extended previous studies by: (a) studying a relatively

brief psychotherapy (rather than the long-term therapies that had been studied before), (b) assessing every session of the psychotherapy process (rather than only sampling every second or fourth session), and (c) examining five outcome measures (rather than the single outcome measure that had been assessed in earlier studies). We expected that the therapeutic process would have elements of both PDT and CBT, but that the treatment would more closely conform to ideal PDT than ideal CBT (especially with regard to therapist behaviors). We also expected that greater adherence to the psychodynamic prototype would predict therapeutic progress toward targeted outcomes.

Method

Participants

Client. The client, codenamed Maria, was a 50 year old, unmarried, health professional who was living with her unmarried younger sister. Maria had experienced much loss throughout her life. When she was just a child, her father died while in his 50's. One of her first boyfriends died in a car accident when she was 18 years old. Two of her college relationships were with married men who ultimately returned to their wives. About 10 years prior to treatment, Maria was diagnosed with a congenital heart disease and developed such anxiety that she avoided follow-up examinations and a surgery that was deemed necessary to save her life. Two years prior to treatment, her sister-in-law died of cancer. A few months later, her mother died of a heart attack in front of her, while Maria was helpless to prevent it. Her relationship with her mother had been characterized by closeness and dependence. Following her death, Maria became depressed, withdrew from her social life, and had many difficulties at work. She had been receiving Amitriptyline from a psychiatrist for more than five months before starting therapy without satisfactory clinical response.

Psychotherapist. The psychotherapist was a Brazilian female clinical psychologist (Psy.D. equivalent) with seven years of experience independently practicing psychoanalytic psychotherapy but with no prior experience participating in psychotherapy research.

Measures

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis & Spitzer, 2000). This client self-report instrument addresses a wide range of psychiatric symptoms. It consists of 90 items rated on a Likert-type scale ranging from 0 (*not at all*) to 4 (*very much*), which yield nine clinical syndrome scales and three global scales. We were primarily interested in the client's progress on the global severity index (GSI) scores, which provides an integrative summary of all symptoms assessed by the SCL-90-R. However, because anxiety and somatic symptoms were prominent in the client's history, we also tracked her progress on the somatization (*SOM*; 12 items) and anxiety (*ANX*; 10 items) subscales. We used the Brazilian Portuguese version of SCL-90-R (Laloni, 2001), which has shown internal consistency ranging from .75 and .88, one to two week test-retest reliability ranging from .40 to .82, and convergent and discriminant validity comparable to the original instrument.

Beck Depression Inventory (BDI; Beck & Steer, 1993). The BDI is a widely-used client self-report measure of depression symptoms selected for the current study because of the prominence of depression in the client's history. It consists of 21 items rated on 4-point scales with respect to the respondent's symptoms in the last week. Responses are summed to yield an overall depression score. We used the Brazilian Portuguese version of the BDI (Cunha, 2001), which has shown internal consistency ranging from .79 and .91, one week test-retest reliability ranging from .80 to .91, and convergent and discriminant validity comparable to the original instrument.

Social Adjustment Scale (SAS; Weissman, Prusoff, Thompson, Harding, & Meyers, 1978). The SAS is a 54-item client self-report instrument measuring functioning over the past two

weeks in six domains: work/school, social/leisure, relationship with extended family, marital relationship, parenting role, and functioning in the family unit (as relevant to the respondent). Each completed item is scored on a 5-point scale with higher scores indicating greater disability. Ratings are averaged together to yield an overall social adjustment score. We chose this measure to capture Maria's broader social and occupational difficulties. We used the Brazilian Portuguese version (Gorenstein et al., 2000) of the SAS, which has shown adequate discriminant validity and other psychometric properties that are similar to the original instrument (i.e., internal consistency of .74 and test-retest reliability of .80).

Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 2000). Independent observers used the PQS to evaluate the therapy process in each session. The PQS is formed by a set of 100 items describing three categories of therapy process: (1) therapist actions and attitudes (e.g., PQS 67; "therapist interprets warded-off wishes, feelings or ideas"), (2) client actions and attitudes (e.g., PQS 71; "the patient is self-accusatory; expresses shame, or guilt"), and (3) therapist-patient interactions (e.g., PQS 69; "patient's current life situation is emphasized"). The items are printed on individual cards. After watching a therapy session, raters order the cards into nine piles, with each pile describing the session on a *continuum* from the least characteristic items (pile 1) to the most characteristic items (pile 9). The number of cards in each pile is predetermined in order to achieve a normal distribution. Five cards are placed in the first and last piles (piles 1 and 9). Eighteen cards are placed in the middle pile (pile 5). The number of cards in each pile increases between piles 1 and 5 and then decreases between piles 5 and 9. Items are evaluated in relation to each other (ipsatively) rather than to an objective standard (normatively) (Jones, Hall, & Parke, 1991). This approach reduces the halo effects that could occur if each item were rated independently. The final pile number to which each card is assigned is recorded and reflects how well that item characterizes the therapy process relative to the other items. The PQS has shown good inter-rater reliability (Jones, 2000; Jones,

Cumming, & Horowitz, 1988; Jones & Pulos, 1993), construct validity (Jones et al., 1988), and discriminant validity (Jones & Pulos, 1993) in prior research. We used the Brazilian Portuguese version of PQS (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007), which has shown semantic equivalence with the original PQS and comparable inter-rater reliability between trained evaluators (ranging from .53 to .72).

Procedure

Initial assessment. After all study procedures were explained to the client and informed consent was obtained, the client was interviewed to determine whether she met our study protocol inclusion criteria: age between 40 and 60 years; at least average intelligence and insight; motivation for treatment; depressive symptoms of at least moderate intensity; a clear focus for treatment; no psychotherapeutic treatment during the previous four months; no use of psychotropic medication or stable dosage for at least four months; no history of suicide attempts or significant risk of suicide; no history of psychiatric hospitalization; no psychotic, manic, or hypomanic symptoms; and no drug abuse. The research protocol (protocol number: 03129) was reviewed and approved by the Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ethical Research Board of Federal University of Rio Grande do Sul). All international ethical guidelines for research with human subjects were followed.

Case Formulation. The therapist's psychodynamic formulation of Maria's case included the hypothesis that the onset of middle age and the loss of her mother and sister-in-law triggered unconscious grief and conflicts from her past regarding her father's and boyfriend's deaths. Maria's depressive symptoms and difficulties in carrying out her professional and personal interests were viewed as stemming from unconscious guilt and beliefs that her heart disease is punishment for past imagined crimes. It was believed that the application of standard psychodynamic techniques and process would be helpful in bringing unconscious mental contents into consciousness and thereby relieve Maria's mood, anxiety, and behavioral

problems. In particular, the therapist planned to help Maria to become aware that her unconscious belief that she did not deserve to be alive contributed to her reluctance to seek medical attention for her heart problems.

The Therapy. The treatment was not manualized. The only restrictions placed on the treatment were its length (32 weekly sessions of 50 minutes each) and the requirement that it should be planned to address a focal problem. The main goal of the treatment was to psychologically prepare the patient for heart surgery. Otherwise, the therapist was free to deliver interventions as she would in her typical private practice. It was expected (but not required) that the treatment would be psychodynamic in nature. All sessions were audio recorded with the therapist's and client's consent. Maria canceled her 12th therapy session.

Assessment of Psychotherapy Process. Maria's recorded treatment sessions were randomized and assigned to two independent judges. The pool of trained judges was composed of three clinical psychologists with between 3 and 14 years of psychoanalytic psychotherapy experience and two masters students (one of whom was also a psychiatrist). The judges were blind as to: (a) the number of the session, (b) the result of treatment, and (c) the identity and ratings of the other judges. When the reliability between any pair of judges was below $r = .50$, an additional judge rated the session. The inter-rater reliability across all sessions ranged from .52 to .85 (average .61). PQS ratings from pairs of judges whose inter-rater reliability was greater than .50 were averaged together to form the composite scores used in all subsequent analyses.

Assessment of Psychotherapy Progress and Outcomes. Following the first session and every eight sessions thereafter (8th, 16th, 24th and 32nd session), the client received a sealed envelope with the self-report instruments (SCL-90-R, BDI, SAS). She was instructed to answer the questionnaires with respect to her psychological state in that same week. The same

instruments were also completed eight weeks after the end of the treatment prior to a follow up interview.

Data Reduction and Preparation

Adherence Scores. The prototypes of psychodynamic therapy (PDT) and cognitive behavioral therapy (CBT) used in this research were originally developed by Ablon and Jones (1998). Internationally recognized experts in psychodynamic ($n = 11$) and cognitive-behavioral ($n = 10$) therapy rated each of the 100 PQS items with regard to how well it characterized a hypothetical ideal session of either psychodynamic or cognitive behavioral therapy (depending on their expertise). All experts were from the United States and selected on the basis of demonstrated mastery of their school of therapy, usually through numerous publications and decades of experience training novice therapists. Experts reported that the PQS items adequately captured their respective brands of therapy with no important omissions. The level of agreement within groups of experts was high for both psychodynamic ($\alpha = .94$) and cognitive behavioral ($\alpha = .95$) experts. A Q-type principal components factor analysis was performed on the transposed database of expert ratings (in which the 21 evaluators were treated as variables and the 100 PQS items were treated as cases) followed by varimax rotation. Experts sharing the same orientation primarily loaded on the same factor, indicating that the two therapeutic approaches have distinct prototypes of ideal psychotherapy process. Factor scores were assigned to each PQS item reflecting their relative importance to each prototype. Some of the most characteristic items comprising the psychodynamic therapy (PDT) prototype emphasize: (a) discussion of dreams or fantasies, (b) therapist neutrality, (c) defense interpretations, (d) transference interpretations, and (e) therapist empathy. Some of the most characteristic items comprising the cognitive behavioral therapy (CBT) prototype cover: (a) homework, (b) discussion of belief systems, (c) focus on treatment goals, (d) encouraging the client to try new behaviors, and (e) the therapist exerting active control over

the interaction. See Pole et al. (2008) for a complete listing of the most and least characteristic PDT and CBT items.

Adherence scores representing the extent to which each session conformed to the ideal PDT and CBT prototypes were calculated. Factor scores for each PQS item within both the PDT and CBT prototypes were correlated with the mean PQS ratings given to each actual 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 (as outlined in Ablon & Jones, 1998). Component adherence scores separating therapist behaviors, client behaviors, and the therapist-client interaction and reflecting the partial match between ideal and actual process were calculated using the 41 therapist items, 40 patient items, and 19 therapist-patient interaction items (as outlined in Pole et al., 2008). Thus, eight adherence scores were calculated for each session (four for each theoretical orientation comprising one full adherence score and three component scores). All adherence scores were transformed from Pearson r scores into z scores to increase the normality of the data prior to statistical analysis.

Preparation for the Time Series Analysis. Certain data transformations were required in order to meet the assumptions of the bivariate time series analyses. First, the analysis assumes that each process observation will correspond with a contemporaneously measured progress observation. In the present study, process observations (PQS adherence scores) were obtained for every completed session ($n = 31$). Progress observations (SCL-90-R, BDI, SAS) were made every eighth session ($n = 5$). To obtain a progress observation for every process observation, we followed the linear interpolation procedure described in prior literature (Jones et al., 1993; Pole & Jones, 1998; Pole et al., 2008). The average of two consecutive observed symptom scores was used to estimate the missing midpoint between them. The estimated midpoint was then averaged with the observed score before and after it to estimate additional

missing data points between them. It is unknown how well these estimated data points represent what the patient's symptom scores would have been if they were directly assessed (see Pole et al., 2008 for evidence of the potential validity of this procedure). Consequently, we refer to these as "estimated" scores. The other assumption of the time series analysis is that the two series are *stationary* (i.e., show the same mean and variability over time) or can be made stationary through transformation. Because the original data were not stationary (e.g., the psychiatric symptoms diminished over time), we transformed each series by subtracting each data point from the point that followed it resulting in a new, slightly shorter, time series (n=30).

Data Analysis

The data analysis involved: (a) characterizing the extent of change that occurred during the therapy, (b) quantitatively summarizing the therapy process, (c) determining the extent to which the therapy conformed to prototypes of ideal psychodynamic and cognitive behavioral therapy, and (d) determining whether adherence to the prototypes predicted estimated psychotherapy progress.

We used Jacobson and Truax's (1991) criteria to determine whether clinically significant and reliable change had occurred with respect to the SCL-90-R, BDI, and SAS scores. By these criteria, clinically significant change was defined as a post-treatment score that was either: (a) closer to the mean of the non-clinical population than the clinical population or (b) two standard deviations below the mean of the clinical population (when no non-clinical normative data were available). Reliable change (RCI) was indexed by dividing the difference between the post-treatment and pre-treatment scores by the standard error of the difference between the two scores. RCI scores greater than 1.96 suggest changes of greater magnitude than would be expected by chance alone. We accomplished these analyses using psychometric data on the Brazilian Portuguese measures when available (i.e., BDI) or the American

versions of the measures when relevant Brazilian data were unavailable (i.e., SCL-90-R and SAS).

To obtain a quantitative summary of the psychotherapy process, we sorted the mean PQS item ratings across the 31 sessions in order of most to least characteristic items and examined the ten most and least characteristic items. To determine whether the actual therapy process conformed most closely to the psychodynamic (PDT) or cognitive behavioral (CBT) prototypes both in terms of the full process and at the component level, we conducted a series of paired-tests comparing analogous PDT and CBT adherence scores within each session. These analyses were accomplished using SPSS 14.0 software.

To examine whether adherence to these prototypes was predictive of estimated psychotherapy progress, we applied Gottman and Ringland's (1981) bivariate time series analysis (as outlined in Jones et al., 1993; Pole & Jones, 1998; and Pole et al., 2008). The logic of the procedure can be thus summarized: multiple, time-ordered observations of process (e.g., adherence to PDT) and progress (e.g., estimated depression scores), supply information on when process changes in relation to progress. That information is evaluated by examining the cross-regression of process variables on progress variables (e.g., the capacity of past adherence values to predict future progress values) after accounting for auto-regression (e.g., the capacity of past progress values to predict future progress values). When such cross-regression is statistically significant, it indicates that the process variable contributes to the prediction of the progress variable over and above the natural unfolding of progress. In other words, process (e.g., adherence) influences progress (e.g., estimated depression change). The bivariate time series analysis also checks the possibility that changes in the progress scores may be influencing changes in the process. Thus, the analysis yields four possible outcomes: (a) process influences progress, (b) progress influences process, (c) process influences progress and progress influences process, or (d) process neither influences nor is influenced

by progress. The Gottman and Ringland (1981) procedure does not possess the same power of the causal inference afforded by randomization to experimental conditions. However, it offers more causal information than mere correlation because it accounts for the order of observations in two different variables over time.

Though the procedure has many complex steps (see Gottman & Ringland, 1981 and Pole et al., 2008 for further details including a step-by-step example), the heart of the analysis is the comparison of the amount of variance explained by two regression models. One model attempts to explain the target time series using cross-regression of the other time series while controlling for autoregression in the target time series. The other model attempts to explain the target time series with autoregression only. A significant difference between these models indicates that the inclusion of the other series explains more variance than the target series can explain by itself and thus implies that the target series is being influenced by the other series. Comparisons of the variance left unexplained by each model are made using likelihood ratio tests, each yielding a Q statistic. This statistic has a chi-square distribution and is evaluated at the $p = .05$ significance level (two-tailed). The analysis also yields a z -score, which can be used as an indicator of effect size. These procedures were executed using BIVAR software (Williams & Gottman, 1982).

Results

Therapy Outcome and Follow-Up

According to results presented in Table 1, by the end of treatment, Maria showed clinically significant and reliable pre-to-post therapy reductions in all of the targeted measures (i.e., general distress, anxiety, depression, somatization and social adjustment). Moreover, these gains were largely maintained at the eight-week follow up assessment. She also completed her required surgery shortly after the end of psychotherapy, which was a key goal not captured by the quantitative measures. In fact, it is possible that the slight increase in her social adjustment

(SAS) and depression (BDI) scores at the follow-up assessment (Table 1) reflected psychological and behavioral difficulties arising from the restrictions imposed by her post-surgery convalescence.

[INSERT TABLE 1 HERE]

Description of the Therapy Process

Table 2 shows the ten items that were, on average, rated most characteristic (in descending order) and least characteristic (in ascending order) of Maria's entire therapy. The table also shows the minimum and maximum ratings given to these items to convey the variability in process that occurred over the treatment. In the following narrative, the items are grouped to convey clinical meaning rather than to highlight their relative salience. The relevant item numbers are given in parentheses. The symbol r indicates that the item content was reversed in the narrative description. According to the judges' evaluation, the treatment sessions had a specific focus (PQS 23), predominantly on the client's health (PQS 16) and current life situation (PQS 69). The client conveyed ideas in a clear and organized manner (PQS 54), was committed to the therapeutic work (PQS 73), cooperated with the therapist (PQS 87 r), and brought up significant issues in her sessions (PQS 88). The client had no difficulties beginning the hour (PQS 25 r), and, in fact, tended to actively initiate topics (PQS 15). She did not resist examining her thoughts, reactions, or motivations (PQS 58 r). Silences frequently occurred (PQS 12), perhaps reflecting the tendency of the patient toward introspective exploration (PQS 97). For her part, the therapist communicated in a clear and coherent style (PQS 46) and was easily understood by the client (PQS 5 r). The therapist was also sensitive and tactful (PQS 77 r), emotionally involved in the process (PQS 9 r), and accepting of the client without being critical (PQS 18). The client in turn, felt understood (PQS 14 r), confident in the interaction (PQS 44 r), and generally accepting of the therapist's comments (PQS 5 r).

[INSERT TABLE 2 HERE]

Because relatively few of the most and least characteristic PQS items addressed therapist behaviors, we conducted an unplanned additional examination of the five most and least characteristic therapist behavior items. These analyses revealed that the therapist communicated clearly and coherently (PQS 16, $M = 7.19$), was empathic (PQS 6, $M = 6.85$) and tactful (PQS 77r, $M = 2.31$), and appeared to be emotionally involved in the process (PQS 9 r = 1.89). She accepted the client without judgment (PQS 18, $M = 7.15$) and adopted a supportive attitude (PQS 45, $M = 6.92$) without patronizing or underestimating the client (PQS 51 r, $M = 3.66$). The therapist also tended to exert control over the therapy interaction (PQS 17, $M = 6.84$) without calling attention to the client's non-verbal behavior (PQS 2r, $M = 3.48$) or behaviors that the client might find difficult to accept (PQS 50 r, $M = 3.74$).

Adherence to Prototypes

Results in Table 3 show that, contrary to expectation, Maria's psychotherapy was characterized by greater adherence to the cognitive-behavioral prototype than to the psychodynamic prototype. This was true at the levels of the full prototypes, $t(30) = -8.33$, $p < .0001$, and at the level of the prototype components: therapist, $t(30) = -5.59$, $p < .001$, client, $t(30) = -17.20$, $p < .001$, and therapist-client interaction, $t(30) = -6.44$, $p < .001$.

[INSERT TABLE 3 HERE]

Time Series Analyses of the Relationships Between Prototype Adherence and Estimated Therapy Progress

Psychodynamic Prototype. Table 4 shows that neither adherence to the full psychodynamic prototype nor adherence to its therapist and client behavior components predicted subsequent changes in any of the targeted progress measures. On the other hand, greater adherence to therapist-client interaction component of the psychodynamic prototype (e.g., items such as "silences occur during the hour") predicted progress in reducing estimated

general distress, $Q(5) = 29.1$, $p < .001$, $z = 7.64$ and estimated anxiety, $Q(2) = 20.1$, $p < .001$, $z = 9.07$. In addition, the analyses revealed a few unexpected effects of estimated symptoms on adherence. Namely, the client's estimated depression marginally influenced adherence to the full psychodynamic prototype, $Q(2) = 7.15$, $p = .06$, $z = 2.57$. Once decomposed, this effect continued to be marginal for therapist behaviors (e.g., items such as "therapist communicates in a clear and coherent style"), $Q(3) = 9.27$, $p = .05$, $z = 2.56$, but significant for client behaviors (e.g., items such as "patient is introspective"), $Q(2) = 7.42$, $p < .05$, $z = 2.71$. Finally, there were no significant relationships between adherence to the psychodynamic prototype (or its components) and either estimated somatization symptoms or estimated social adjustment.

Cognitive-behavioral prototype. Table 4 also shows that adherence to the full cognitive behavioral prototype had no significant influence on any of the estimated progress measures. However, greater adherence to CBT components addressing both client behaviors (e.g., items such as "the client brings up significant issues") and therapist-client interaction (e.g., items such as "the client's current life situation is emphasized in discussion") significantly reduced Maria's estimated general distress, $Q(1) = 7.49$, $p = .01$, $z = 4.59$, $Q(2) = 7.98$, $p = .04$, $z = 2.99$ (respectively), and marginally reduced her estimated anxiety, $Q(1) = 4.67$, $p = .06$, $z = 2.59$ and $Q(2) = 7.22$, $p = .05$, $z = 2.61$ (respectively). These two estimated symptoms (distress and anxiety) significantly influenced the therapist's adherence to prototypical CBT behaviors (e.g., items such as "the therapist actively exerts control over the interaction"), $Q(2) = 11.64$, $p < .01$, $z = 4.82$ and $Q(2) = 11.56$, $p < .01$, $z = 4.78$ (respectively). In addition, greater adherence to prototypical CBT client behaviors significantly predicted progress in estimated social adjustment, $Q(1) = 6.28$, $p < .05$, $z = 3.73$. The therapist's adherence to ideal CBT behaviors marginally reduced estimated depression symptoms, $Q(5) = 12.70$, $p = .06$, $z = 2.43$. Estimated depression symptoms showed a

marginal bidirectional relationship with adherence to the CBT client component. That is, estimated depression symptoms marginally increased the client's adherence to ideal CBT behaviors, $Q(2) = 7.25$, $p = .05$, $z = 2.63$, which in turn marginally reduced the client's subsequent estimated depression symptoms, $Q(5) = 12.70$, $p = .06$, $z = 2.43$.

[INSERT TABLE 4 HERE]

Discussion

Following 31 weeks of “psychodynamic” therapy that ultimately conformed more closely to prototypical cognitive behavioral therapy (CBT) than prototypical psychodynamic therapy (PDT), Maria showed clinically significant and lasting improvement. She emerged from a treatment that focused on her health and current life situation able to face a potentially life-saving surgery that she had avoided for ten years. In seeking to understand how her therapy contributed to these gains, we found that while neither the full PDT nor CBT prototypes predicted Maria's progress, her progress was influenced by the CBT client component and both the CBT and PDT therapist-client interaction components. This suggests that Maria's behavior and the nature of the collaboration between Maria and her therapist were the key active ingredients in this treatment. In addition, one trend-level finding suggested that one aspect of the therapist's behavior (i.e., adherence to ideal CBT behaviors) also contributed to reducing Maria's depression symptoms. Otherwise, the therapist's adherence to behaviors prescribed by the PDT and CBT prototypes did not influence the progress measures that we assessed. On the other hand, Maria's symptoms seemed to influence her therapist's behavior in distinct ways. Whereas Maria's anxiety and general distress influenced the therapist to adhere more closely to ideal CBT behaviors, her depression influenced her therapist to adhere more closely to ideal PDT behaviors. In fact, Maria's depression also brought her own behavior into closer proximity to ideal PDT client behavior.

In clinical terms, during her successful therapy, Maria was very collaborative with her supportive and non-interpretative therapist. The behaviors of both client and therapist were influenced by the intensity and quality of the client's symptoms. When Maria was anxious and generally distressed, the therapist moved toward prototypical CBT behaviors. When Maria was in a more depressive state, both therapist and client were able to work in a more prototypically psychodynamic fashion. Such flexibility is consistent with Brazilian brief psychodynamic psychotherapy practicing standards (Yoshida & Enéas, 2004). Interestingly, their collaboration on both ideal CBT and PDT process contributed to the reduction of her general distress and her symptoms of anxiety but had no direct impact on her depression. Instead, the therapist's CBT behavior and the client's CBT behavior acted independently to reduce depression.

These findings are in some ways consistent with prior research. For example, it is well known that depressed adults can benefit greatly from several varieties of brief psychotherapy (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008) including those in which the therapist and client adhere to cognitive behavioral principles (Ablon & Jones, 2002; DeRubies & Feeley, 1990). Also, though it is counterintuitive that an ostensibly psychodynamic treatment would be dominated by cognitive behavioral therapy process, prior studies following this methodology have yielded similar results (Ablon & Jones, 2002; Ablon, Levy, and Katzenstein, 2006; Pole et al., 2008). Moreover, though one might have expected that, in a purportedly psychodynamic treatment, the full PDT prototype would predict progress in at least one target outcome, our conclusion that it did not has also been echoed in prior research (e.g., Ablon & Jones, 1998). In addition, other studies have agreed with us in finding that clients can influence their therapists' technical approach (Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1996). Finally, the finding that the therapist-client interaction components of the

PDT and CBT prototypes can be more robust predictors of progress than the therapist behavior components was also shown in the Pole et al. (2008) study.

At first glance, our failure to find a relationship between the therapist's adherence to her ascribed therapy model and therapeutic progress would seem to suggest that the therapist's application of psychodynamic techniques played little role in this treatment. However, one must remember that the shared psychodynamic process between client and therapist did contribute to Maria's progress. Interestingly, and seemingly paradoxically, the shared cognitive behavioral process between client and therapist also contributed to Maria's progress. Other findings from our study might resolve this apparent paradox. Recall that Maria's distress significantly influenced her therapy process, most notably her therapist's behavior. It is possible that the therapist responded to the imminent danger posed by Maria's heart condition (and the time limited nature of the treatment) by becoming more active and less interpretative than she might be in her typical psychodynamic practice. A picture emerges of a therapist who is very responsive to changes in the client's predominant affect. Such flexibility has been theorized to be an important factor in successful psychotherapy (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes, 1996; Gabbard, & Westen, 2003; Katzenstein et al., 2009). Thus, it is not surprising that the collaborative elements of the therapy process were more mutative than techniques emerging directly from the therapist. One might speculate that the major role of the therapist's behavior here was to elicit either collaborative PDT process or collaborative CBT process, which in turn played major roles in reducing the client's anxiety and general distress. It would be fair to say then that although CBT process dominated PDT process, PDT process was not necessarily inert. This is another reminder that rare or infrequent therapy events can have high clinical impact (Ablon & Jones, 1998, 2002; Ablon et al., 2006; Pole et al., 2008).

The interpretation outlined above can be further enriched by closely examining the most and least characteristic items comprising the PDT and CBT prototypes and comparing these with the most salient descriptors of Maria's treatment. First, it is important to note that items describing some of the most prominent techniques typically associated with psychodynamic (e.g., "Therapist is neutral") and cognitive-behavioral (e.g., "Discussion centers on cognitive themes") therapy were absent from the most characteristic descriptors of Maria's treatment. Instead, Maria's treatment seemed to be characterized by process that was more strongly endorsed by CBT experts than by PDT experts but also consistent with many other types of therapy. For example, the item "therapist adopts a supportive stance" was embraced by the CBT prototype experts and was among the most characteristic therapist behaviors in Maria's treatment. Yet, supportive techniques have also been described as common to a variety of therapies (Barber, Stratt, Halperin, & Connolly, 2001). Similarly, the items "Dialogue has a specific focus" and "Therapist actively exerts control over the interaction" were characteristic of both the CBT prototype and Maria's purportedly psychodynamic treatment but uncharacteristic of the PDT prototype. Yet, focusing on a core issue and intervening actively are characteristic of many brief therapies including brief psychodynamic therapies (Parry, Roth, & Kerr, 2007). We speculate that these items were de-emphasized in the psychodynamic prototype because most of the PDT experts were psychoanalysts who likely conjured long-term analytic treatment as their hypothetical "ideal." Therefore, even though Maria's treatment was judged as more cognitive-behavioral than psychodynamic from the perspective of the prototypes, it is possible that the PDT prototype was an inappropriate standard with which to judge supportive brief psychodynamic psychotherapies that share key elements with ideal CBT (Dewald, 1994; Gabbard, 2000; Wallerstein, 1989). If so, this raises an alternative explanation for other studies in which brief psychodynamic psychotherapies adhered closely to the CBT prototype (Ablon & Jones, 1998; Ablon et al., 2006; Katzenstein

et al., 2009) and suggests that a separate brief psychodynamic therapy prototype should be created.

Limitations and Strengths

Beyond the limitation of the fit between the PDT prototype and Maria's brief therapy, this study has many of the same limitations as its predecessors. The most obvious being that a single case study cannot yield generalizations about other cases. Thus, we cannot, for example, conclude that brief psychodynamic therapies generally contain high degrees of prototypical cognitive behavioral process. Another important limitation shared with prior studies (Jones et al., 1993; Pole & Jones, 1998; Pole et al., 2008) is that a large proportion of the progress scores included in the time series analyses were estimates rather than observed scores. Maria was not asked to complete measures every session because it was believed that such assessments would have been burdensome, disruptive of the therapy process, and/or likely to yield reactive data. Thus, in order to meet the requirements of the time series analysis, we chose to estimate the missing values using the same procedures that were used in earlier work (Jones et al., 1993; Pole et al., 2008). Though findings from Pole et al. (2008) suggest that such a procedure can yield valid results, it would have been preferable to have actual progress observations for every process observation. We strongly recommend that future investigators obtain such measures for every session that they wish to relate to process measures. Concerns about burden, disruption, and reactivity should be addressed empirically rather than simply assumed. One unique limitation to arise from this study is the possibility that the prototypes may not have captured transcultural notions of ideal psychotherapy process. The prototypes were developed by experts from the United States. Brazilian models of brief psychodynamic psychotherapy are generally less restrictive and eclectic than their North American counterparts (Yoshida & Enéas, 2004; Yoshida, Santeiro, Santeiro, & Rocha,

2005). It would be interesting to know whether a locally derived prototype would yield greater predictive validity than its North American counterpart.

Limitations aside, this study has several strengths that should not be overlooked. Some of these are common to the other studies that came before it. For example, this study provides an intensive, systematic look at psychotherapy as it exists in the real world (i.e., unmanualized and conducted by an experienced psychodynamic psychotherapist). By quantifying the extent to which the treatment adhered to theoretically prescribed models of ideal therapy, it addresses treatment fidelity without artificially manipulating the therapy process. The study also applied sophisticated statistical approaches to establishing plausible evidence of causality without resorting to experimental manipulation. Though experimental designs permit the strongest causal inference, they do so at the cost of fundamentally changing the therapy process in a variety of ways (e.g., randomly assigning clients to treatments that they might not otherwise choose). Time series analyses cannot eliminate threats to internal validity nearly as well as experimental designs but they can make stronger causal inferences than mere correlation. In addition, the present study replicated several findings from prior single case studies. This is important because single case studies are highly dependent upon replications to establish their generalizability and scientific value (Hilliard, 1993). The study also made several new contributions. It is the first study to apply the prototype methodology to a single brief psychotherapy case, the first to include psychotherapy process assessments for all sessions, and the first to involve multiple outcome measures. These innovations: (a) extend this paradigm for studying the process of change in psychotherapy to the brief therapies that are more widely practiced than their long-term counterparts, (b) provide more detail about the therapy process than can be permitted from merely sampling the sessions, and (c) offer a much more nuanced understanding of how different clinical syndromes respond (and influence) different components of therapy process. This study also marks the first effort to

apply this paradigm in a cross-cultural setting. Research on psychotherapy is poorly developed in Brazil and thus it is noteworthy that this study was not only conducted in Brazil but also incorporated translated and psychometrically sound measures. We hope that this inspires further growth of such research in Brazil.

Conclusion

In sum, this intensive, systematic, and quantitative study of a single case served as another reminder that in the realm of psychotherapy brand names can be deceiving. This was both true at the level of the therapist's ascribed orientation and at the level of the quantitative prototypes. The study also showed that psychotherapy progress in a successful case can be empirically linked to elements of therapy process approximating ideals set forth by expert clinicians. The most effective parts of these ideals were the aspects capturing activities shared between therapist and client rather than activities conducted only by the therapist. The study also illustrated the important potential influence of client symptoms on the therapist's selection of intervention. These findings document the importance of therapist-client collaboration, the influence of processes belonging to other brands of therapy, and the role of client symptoms in directing therapist behavior. It remains to be seen in future single case studies how well these principles generalize.

References

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8*(1), 71-83.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry, 159*, 775–783.
- Ablon, J. S., 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.
- Ablon, J. S., & Marci, C. S. (2004). Psychotherapy process: The missing link: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner. *Psychological Bulletin, 130*, 664–668.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 619–622.
- Barber, J. P., Stratt, R., Halperin, G., & Conolly, M. B. (2001, July). Supportive techniques: Are they found in different therapies? *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 165-172.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neal, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based times-series analysis. *American Psychologist, 63*(2), 77-95.

- Bucci, W. (2007). Pesquisa sobre processo [Process research]. In E. S. Pearson, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Orgs.), *Compêndio de Psicanálise* [Textbook of Psychoanalysis] (pp. 320-336). Porto Alegre: Artmed.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual versão em Português das Escalas Beck* [Manual of the Portuguese version of Beck scales]. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings* (pp. 297-334). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- DeRubeis, R.J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- Dewald, P. A. (1994). Principles of supportive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 505-518
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12, 219-245.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Repensando a ação terapêutica [Rethinking therapeutic action]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 257-273.

Gorenstein, C., Andrade, L., Moreno, R. A., Bernick, M., Nicastrì, S. et al. (2000). Escala de auto-avaliação de adequação social. Validação da Versão em Língua Portuguesa [Social adjustment self-report scale. Validation of Portuguese version]. In C. Gorenstein, L. Andrade, & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* [Clinical Rating Scales in Psychiatry and Psychopharmacology] (pp. 401-414). São Paulo: Lemos.

Gottman, J. M., & Ringland, J. (1981). The analysis of dominance and bidirectionality in social development. *Child Development*, 52, 393-412.

Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373-380.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic therapy*. New Jersey: Aronson.

Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.

Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J. T., & Dyer, J. F. P. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394.

Jones, E. E., Hall, S., & Parke, L. A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. In L. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 98-106). Washington, DC: American Psychological Association.

- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 306-316.
- Kächele, H., & Thomä, H. (2007). The significance of the case history in clinical psychoanalytic research. In H. Kächele, J. Schachter, & H. Thomä, *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research: Implications for Psychoanalytic Practice* (pp.108-151). New York: Ulm Retrieved January 22, 2007, from http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher/PDF/psych_anal_2007.pdf
- Katzenstein, T., Ablon, J. S., & Levy, R. A. (2009). A naturalistic treatment for panic disorder: The importance of emotion-focused process. In R.A. Levy & J.S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 45-65). New York: Humana Press.
- Kazdin, A. E. (2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(1), 59-67.
- Laloni, D. T. (2001). Escala de avaliação de sintomas-90-R. SCL-90-R: adaptação, precisão e validade [Symptom Check-List-90-Revised . SCL-90-R: adaptation, precision and validation] (Doctoral dissertation, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP). Retrieved 20 March, 2004, from http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2007-08-17T045523Z-1364/Publico/Diana%20Laloni.pdf
- Levy, R., & Ablon, J. S. (2000). Psychoanalytic research: Progress and process. *Psychoanalyst Psychologist, 19*, 23-25.
- Parry, G., Roth, A. D., & Kerr, I. B. (2007). Psicoterapia breve e de tempo limitado [Brief and short-term psychotherapy]. In G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Orgs.), *Compêndio de Psicoterapia de Oxford* [Oxford Textbook of Psychotherapy] (pp.679-700). Porto Alegre: Artmed.

- Pole, N. (2001). Making the case for single case research. *Psychologist Psychoanalyst*, 10(5), 19-21.
- Pole, N., Ablon, J. S., & O'Connor, L. E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (2), 221-232.
- Pole, N., Ablon, J. S., O'Connor, L. E., & Weiss, J. (2002). Ideal control mastery technique correlates with change in a single case. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 88-96.
- Pole, N. & Jones, E.E. (1998). The talking cure revisited: Content analysis of a two-year psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 8, 171-189.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set [Development of a Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 44-55.
- Siefert, C. J., Defife, J. A., & Baity, M. R. (2009). Process measures for psychodynamic psychotherapy. In R. A. Levy & J. S. Ablon, *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 157-178). New York: Humana Press.
- Wallerstein, R. S. (2007). Pesquisa sobre resultados [Outcome research]. In E. Pearson, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard, *Compêndio de Psicanálise* [Textbook of Psychoanalysis] (pp. 305-319). Porto Alegre: Artmed.
- Wallerstein, R. S. (2002). The generations of psychotherapy research: An overview. In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target, *Outcomes of Psychoanalytic Treatment: Perspectives for Therapists and Researchers* (pp. 30-52). London: Whure Publishers.
- Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 195-205.

Weissman, M., Prusoff, B., Thompson, W., Harding, P., & Meyers, J. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(5), 317-326.

Williams, E. A., & Gottman, J. M. (1982). *A user's guide to the Gottman-Williams time-series analysis computer programs for social scientists*. New York: Cambridge University Press.

Yoshida, E. M. P. & Enéas, M. L. E. (2004). A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve para Adultos [The proposal of the Center for Studies and Research in Brief Psychotherapy for Adults]. In E. M. P. Yoshida & M. L. E. Enéas (Eds.), *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais [Brief psychodynamic psychotherapies: current proposals]* (pp. 222-257). Campinas: Alínea.

Yoshida, E. M. P., Santeiro, T.V., Santeiro, F. R. M., & Rocha, G. M. A. (2005). Psicoterapias breves psicodinâmicas: características da produção científica nacional e estrangeira (1980/2003) [Brief psychodynamic psychotherapies: characteristics of national and foreign scientific production] . *PsicoUSF*, 10 (1), 51-59.

Table 1

Progress Measures: Pre treatment, Termination and Follow-up Scores

Measure	Pre-Treatment Score	Termination Score	Follow-up Score
General Distress	1.06	.22*	.22*
Anxiety	.90	.50*	.20*
Depression	19	1*	3*
Somatization	1.92	1*	.75*
Social Adjustment	2.46	1.50*	1.88*

Note. The client participated in 31 sessions once per week. The follow-up assessment occurred eight weeks post-therapy. General distress was assessed with the Symptom Checklist-90 Revised Generalized Severity Index (SCL-90-R GSI). Anxiety was assessed with the Symptom Checklist-90 Revised Anxiety Scale (SCL-90-R ANX). Depression was assessed with the Beck Depression Inventory (BDI). Somatization was assessed with the Symptom Checklist-90 Revised Somatization Scale (SCL-90-R SOM). Social Adjustment was assessed with the Social Adjustment Scale (SAS).

* Clinically significant and reliable change (relative to pre-treatment scores) according to Jacobson and Truax's (1991) criteria.

Table 2

Most and Least Characteristic Psychotherapy Process Q-set (PQS) Items Over The Entire Treatment

PQS-Item	Most Characteristic Item Content	Mean	Min	Max
16	Discussion of body functions/physical symptoms/health	8.39	6.00	9.00
69	Ps current life situation is emphasized	8.21	6.50	9.00
88	P brings up significant issues and material	8.19	7.00	9.00
23	Dialogue has a specific focus	7.63	3.50	9.00
46	T communicates in clear coherent style	7.19	5.50	9.00
18	T conveys non-judgemental acceptance	7.15	5.00	8.50
12	Silences occur during the hour	7.13	1.50	9.00
97	P introspective, explores inner thoughts/feelings	7.10	4.50	8.50
54	P is clear and organized in self-expression	7.08	4.00	8.50
73	P is committed to the work of therapy	7.00	5.50	9.00
Least Characteristic Item Content				
9	T distant/alooof (vs. responsive/affectively involved)	1.89	1.00	4.50
5	P has difficulty understanding Ts comments	2.27	1.00	5.50
77	T is tactless	2.31	1.00	5.50
42	P rejects (vs. accepts) Ts comments/observations	2.34	1.00	6.00
58	P resists examining thoughts/reactions/motivations	2.37	1.00	6.50
14	P does not feel understood by T	2.47	1.00	6.00
15	P does not initiate topics; is passive	2.53	1.00	5.00
87	P is controlling	2.73	1.50	4.50
25	P has difficulty beginning the hour	2.90	1.00	8.50
44	P wary/suspicious (vs. trusting/secure)	3.44	1.50	6.00

Note. PQS-Item = Psychotherapy Q-Set Item number. Ratings were on a scale of 1 (extremely uncharacteristic or negatively salient) to 9 (extremely characteristic or salient). Mean = The mean score across the 31 sessions of treatment. Min = The minimum rating given to the item over the 31 sessions. Max = The maximum rating given to the item over the 31 sessions. T = Therapist. P = Patient.

Table 3.

Comparison of Adherence to Psychodynamic Therapy Versus Cognitive-Behavior Therapy Prototypes

	N	Mean (SD)		t	p
		PDT	CBT		
Full Adherence	31	.12 (.23)	.44 (.09)	-8.330	.000
Therapist Adherence	31	.09 (.34)	.41 (.12)	-5.585	.000
Client Adherence	31	.39 (.15)	.68 (.11)	-17.202	.000
Interaction Adherence	31	-.25 (.19)	.16 (.19)	-6.438	.000

Note. PDT = Psychodynamic Therapy Prototype; CBT = Cognitive-Behavior Therapy

Prototype. All comparison with paired samples t-test, two-tailed.

Table 4

Summary of Bivariate Time Series Analysis Results

Progress Measure	Psychodynamic				Cognitive-behavioral			
	F	T	C	I	F	T	C	I
General Distress	X	X	X	→	X	←	→	→
Anxiety	X	X	X	→	X	←	→ ^a	→ ^a
Depression	← ^a	← ^a	←	X	X	→ ^a	↔ ^a	X
Somatization	X	X	X	X	X	X	X	X
Social Adjustment	X	X	X	X	X	X	→	X

Note. F = Full prototype; T = Therapist component; C = Client component; I = Therapist-client interaction component. General distress was assessed with the Symptom Checklist-90 Revised Generalized Severity Index (SCL-90-R GSI). Anxiety was assessed with the Symptom Checklist-90 Revised Anxiety Scale (SCL-90-R ANX). Depression was assessed with the Beck Depression Inventory (BDI). Somatization was assessed with the Symptom Checklist-90 Revised Somatization Scale (SCL-90-R SOM). Social Adjustment was assessed with the Social Adjustment Scale (SAS).

→ = prototype adherence predicts progress; ← = progress predicts prototype adherence ;

↔ = prototype adherence predicts progress and progress predicts prototype adherence; X = no relationship between prototype adherence and progress.

^aIndicates a marginally significant relationship ($0.05 \leq p < .10$), two-tailed.

4.5 O PROCESSO DE MUDANÇA NA PSICOTERAPIA BREVE: EFEITOS DOS PROTÓTIPOS PSICODINÂMICO E COGNITIVO-COMPORTAMENTAL¹ (Versão em Português)

O PROCESSO DE MUDANÇA NA PSICOTERAPIA BREVE: EFEITOS DOS PROTÓTIPOS PSICODINÂMICO E COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Fernanda Barcellos Serralta - Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Nnamdi Pole – Department of Psychology, Smith College, Northampton, MA.

Maria Lúcia Tiellet Nunes – Programa de Pós Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Cláudio Laks Eizirik - Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Carrie Olsen - Department of Psychology, Smith College, Northampton, MA.

¹ O artigo original em Inglês foi aceito para publicação na *Psychotherapy Research* (vide Anexo C). Nesta tese, a apresentação do artigo segue as normas de publicação daquela revista.

Resumo

Uma psicoterapia breve foi avaliada através da versão em Português do Brasil do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). Cada sessão foi mensurada quanto à adesão aos protótipos de Psicoterapia Psicodinâmica (PPD) e de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), ambos derivados do PQS por *experts* nestas abordagens. Os resultados revelaram que o processo terapêutico aderiu mais proximamente ao protótipo TCC do que ao PPD. Análises de series temporais bivariadas mostraram que os componentes dos protótipos que medem a adesão da paciente aos comportamentos ideais da TCC e a colaboração entre terapeuta e paciente aos comportamentos esperados na PPD e na TCC ideal foram preditores do progresso terapêutico. Também, sintomas específicos da paciente influenciaram a adesão da terapeuta aos protótipos PPD e TCC.

Palavras-Chave: Psicoterapia Breve; Investigação de Processos; Psicoterapia Psicanalítica/Psicodinâmica; Terapia Cognitivo-Comportamental; Protótipos; Estudo de Caso

O Processo de Mudança na Psicoterapia Breve: Efeitos dos Protótipos Psicodinâmico e Cognitivo-Comportamental

Nas últimas décadas, diversos instrumentos e métodos foram desenvolvidos para explicar a efetividade da psicoterapia (Bucci, 2007; Siefert, Defife, & Baity, 2009; Kächele & Thomä, 2007; Wallerstein, 2002; 2007). O *Psychotherapy Process Q-set* (PQS; Jones, 2000) avalia comportamentos e atitudes do terapeuta, comportamentos e atitudes do paciente, e interações terapeuta-paciente que são características das diversas abordagens de psicoterapia, inclusive as escolas psicodinâmica (por exemplo, foco no inconsciente), cognitivo-comportamental (por exemplo, foco nos sistemas de crenças), e interpessoal (por exemplo, foco nos relacionamentos). O instrumento também inclui itens que contemplam processos que são comuns a todas, ou à maioria, das abordagens terapêuticas (por exemplo, empatia). Além disso, o PQS tem sido utilizado para a obtenção de protótipos quantitativos do processo ideal de terapia na perspectiva dos especialistas daquela abordagem em particular (por exemplo, psicodinâmica *versus* cognitivo-comportamental). Esses protótipos foram aplicados a várias gravações de psicoterapia para determinar em que medida grupos de psicoterapias que alegam seguir uma determinada orientação teórica encontram-se, realmente, em conformidade com o seu respectivo protótipo ideal (Ablon & Jones, 1998, 2002, Katzenstein, Ablon & Levy, 2009; Pole, Ablon & O'Connor, 2008). Esses estudos também examinaram se (e em que medida) a adesão ao protótipo prediz os resultados do tratamento.

Ablon e Jones (1998, 2002) encontraram evidências de validade convergente e divergente dos seus protótipos para psicoterapia psicodinâmica (PPD), terapia cognitivo-comportamental (TCC) e psicoterapia interpessoal (PI) em estudos envolvendo arquivos contendo gravações de tratamentos em PPD, TCC e PI. Por exemplo, as amostras de terapia cognitivo-comportamental do *National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Research Program* (NIMH-TDCRP) mostraram uma correlação de $r = 0,64$

com o modelo TCC e apenas um $r = 0,18$ de correlação com o protótipo do PI (Ablon & Jones, 2002). As evidências de validade preditiva incluíram a constatação de que a adesão ao protótipo psicodinâmico previu vários resultados em uma amostra de psicoterapias psicodinâmicas (coeficientes de correlação entre 0,37 e 0,44; Ablon & Jones, 1998). Por outro lado, esses estudos também produziram alguns resultados inesperados. Por exemplo, as terapias interpessoais manualizadas do NIMH-TDCRP foram tão suscetíveis de corresponder ao protótipo de TCC como de corresponder ao protótipo de PI (Ablon & Jones, 2002). Em outro estudo, foi reiteradamente encontrado que a adesão ao protótipo de PPD foi preditiva dos resultados em terapias cognitivo-comportamentais (Ablon & Jones, 1998). Em conjunto, estes resultados mostram que: a) mesmo terapias manualizadas podem conter substancialmente processos típicos de outro tipo de terapia e b) tais processos inesperados podem ser ingredientes ativos na promoção da mudança terapêutica. Estes resultados também oferecem uma explicação parcial de como as diferentes psicoterapias podem produzir resultados semelhantes em estudos comparativos, ou seja, diferentes terapias podem não ser tão diferentes como parecem (Ablon & Marci, 2004).

Embora os delineamentos grupais sejam geralmente preferidos para determinar como um tipo de terapia difere da outra (Borckardt et al. 2008), estes delineamentos podem ser bastante limitantes quando se trata de estudar intensivamente a relação entre os processos específicos e os progressos obtidos nas psicoterapias (Levy & Ablon, 2000). A utilização de delineamentos quantitativos de caso único é uma alternativa subutilizada para atingir esse fim (Hilliard, 1993; Pole, 2001). Tais delineamentos são vantajosos porque são: a) menos onerosos do que os ensaios clínicos randomizados (Pole et al. 2008), b) adequados para o estudo de processos que se revelam ao longo do tempo (Hilliard, 1993; Levy & Ablon, 2000; Kazdin, 2001), c) capazes de identificar diferenças sutis que são difíceis de detectar em

delineamentos grupais (Flyvbjerg, 2006), e d) mais facilmente conduzidos por psicoterapeutas na clínica privada (Pole, 2001; Pole, Ablon, O'Connor, & Weiss, 2002).

Jones, Ghannam, Nigg, e Dyer (1993) desenvolveram um paradigma para o estudo do processo de mudança em casos individuais de psicoterapia de longo prazo, utilizando a análise fatorial exploratória para identificar *clusters* de itens do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) que definem os elementos do processo recorrentes ao longo do tempo de tratamento. Escores fatoriais que representam a relativa presença ou ausência destes elementos foram examinados em relação a medidas repetidas do progresso da psicoterapia por meio de análises bivariadas de séries temporais (Gottman & Ringland, 1981). Este procedimento foi capaz de identificar os processos repetidos que prediziam a mudança. Pole et al. (2008) modificaram este procedimento, substituindo os escores fatoriais para casos individuais por escores de adesão a um protótipo geral. Assim, ao invés de depender de escores de fatores que mudam de caso para caso, os investigadores futuros podem analisar os mesmos escores prototípicos em cada novo caso. Este método produziu resultados que foram compatíveis com os resultados de outros estudos com protótipos. Ou seja, os protótipos mostraram adequada validade convergente, divergente, e preditiva e também resultaram em evidências de que as técnicas que pertencem a outras formas de terapia podem ser ingredientes ativos no processo terapêutico em curso. Além disso, Pole et al. (2008) demonstraram que avaliar separadamente a adesão aos componentes dos protótipos que referem aos comportamentos do paciente, aos comportamentos do terapeuta, e às interações terapeuta-paciente, pode esclarecer os resultados da avaliação do protótipo completo. Por exemplo, enquanto a avaliação do protótipo completo indicou que o tratamento aproximou-se mais de um modelo de terapia que não estava em conformidade com a intenção do terapeuta, a avaliação dos componentes dos protótipos mostrou que esse resultado foi impulsionado pelo comportamento do paciente, e

que os componentes do comportamento do terapeuta e da interação paciente-terapeuta estavam fortemente em conformidade com o modelo professado pelo terapeuta.

O Presente Estudo

O presente artigo aplica o método de Pole et al. (2008) para examinar o processo de mudança em uma psicoterapia de curta duração conduzida no Brasil por uma terapeuta de orientação psicodinâmica. O estudo foi realizado em três fases. Na primeira, utilizamos os escores do PQS obtidos em cada uma das sessões para obter uma descrição quantitativa do processo terapêutico. Na segunda, determinamos o quanto o processo geral e seus componentes foram mais consistentes com o modelo ideal da psicoterapia psicodinâmica (PPD) ou com os protótipos de terapia cognitivo-comportamental (TCC). Na terceira, testamos se a adesão aos protótipos completos de PPD ou TCC ou a adesão aos seus componentes predizia o progresso terapêutico numa variedade de supostos resultados. Esta proposta foi além dos estudos predecessores por: a) estudar uma psicoterapia relativamente breve (ao invés das terapias de longo prazo que haviam sido estudadas anteriormente), b) avaliar cada sessão do processo terapêutico (e não somente amostrar uma a cada duas ou a cada quatro sessões), e c) examinar cinco medidas de resultados (e não um único desfecho como nos estudos anteriores). Nossa hipótese era que o processo terapêutico apresentaria elementos de ambas PPD e TCC, mas que o tratamento ocorreria em maior conformidade com modelo ideal de PPD do que com o de TCC (especialmente no que diz respeito aos comportamentos da terapeuta). Nossa expectativa era também de que uma maior adesão ao modelo psicodinâmico seria capaz de prever o progresso terapêutico nas medidas de resultado utilizadas.

Método

Participantes

Paciente. A paciente, cujo nome fictício é Maria, possuía 50 anos de idade, trabalhava na área da saúde e morava com sua irmã caçula, solteira como ela. Maria sofreu diversas

perdas ao longo da vida. Quando ela era apenas uma criança, seu pai faleceu com a idade aproximada de 50 anos. Um dos seus primeiros namorados faleceu em um acidente de automóvel quando ela tinha em torno de 18 anos. Dois dos seus parceiros amorosos durante a faculdade eram homens casados que acabaram reatando com suas esposas. Cerca de 10 anos antes do tratamento, Maria foi diagnosticada com uma doença cardíaca congênita e ficou tão ansiosa que passou a evitar os exames subseqüentes e a cirurgia que era supostamente necessária para salvar sua vida. Dois anos antes do tratamento, sua cunhada, e amiga, morreu de câncer. Alguns meses depois, sua mãe teve uma parada cardíaca fulminante na sua frente, sem que Maria pudesse fazer nada para evitar. Sua relação com sua mãe foi caracterizada como de proximidade e dependência. Após a morte da mãe, Maria ficou deprimida, afastou-se da sua vida social e passou a enfrentar diversas dificuldades no trabalho. Ela vinha utilizando dose estável de Amitriptilina há mais de cinco meses sob a orientação de um médico psiquiatra, sem apresentar resposta clínica satisfatória.

Psicoterapeuta. A psicoterapeuta era uma psicóloga Brasileira especialista em Psicologia Clínica com sete anos de experiência de prática independente de psicoterápica psicanalítica, porém sem nenhuma experiência anterior como participante de pesquisa em psicoterapia.

Instrumentos

Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R; Derogatis & Savitz, 2000). Este instrumento auto-administrável avalia uma ampla variedade de sintomas psiquiátricos. O instrumento é constituído por 90 itens mensurados numa escala tipo Likert que varia entre 0 (*nenhum pouco*) e 4 (*muito*) que são agrupados em nove síndromes clínicas e três escalas globais. Nós estávamos principalmente interessados no progresso da paciente nos escores do Índice Global de Severidade (IGS), que fornece uma síntese geral de todos os sintomas avaliados pela SCL-90-R, constituindo assim uma medida do sofrimento geral. Entretanto, uma vez que sintomas de ansiedade e de somatização eram proeminentes na história da paciente, também avaliamos o seu progresso através das subescalas de somatização (*SOM*; 12 itens) e ansiedade (*ANS*; 10 itens). Nós utilizamos a versão em Português do Brasil da SCL-90-R (Laloni, 2001), que havia apresentado consistência interna entre 0,75 e 0,88, precisão

teste-reteste entre uma e duas semanas variando entre 0,40 e 0,82, e validade convergente e discriminante comparável com as obtidas com o instrumento original.

Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck & Steer, 1993). O BDI é uma medida auto-administrável amplamente utilizada para avaliar sintomas de depressão que foi selecionada para utilização neste estudo devido à proeminência da depressão na história da paciente. O instrumento consiste em 21 itens mensurados numa escala de 4 pontos com relação aos sintomas apresentados pelo respondente na última semana. As respostas são somadas para gerar um escore de depressão. Nós utilizamos a versão em Português de Brasil do BDI (Cunha, 2001) que havia apresentado consistência interna entre 0,79 e 0,91, precisão teste-reteste de uma semana entre 0,80 e 0,91, e validade convergente e discriminante comparáveis com as do instrumento original.

Escala de Adequação Social (EAS; Weissman, Prusoff, Thompson, Harding, & Meyers, 1978). A EAS é um instrumento auto-administrável que possui 54 itens que medem o funcionamento do respondente nas duas últimas semanas em seis áreas: trabalho/escola, social/lazer, relação com a família ampliada, relação conjugal, função parental, e funcionamento na família nuclear. Cada item respondido é mensurado uma escala de 5 pontos em que os escores mais altos indicam maior disfunção. As pontuações são somadas e divididas pelo número de itens respondidos, gerando um escore global de ajustamento ou adequação social. Nós escolhemos esta medida para avaliar as várias dificuldades enfrentadas por Maria na sua vida social e ocupacional. Nós utilizamos a versão em Português do Brasil (Gorenstein et al., 2000) da EAS, que havia apresentado adequada validade discriminante e outras propriedades psicométricas similares às da versão original do instrumento (isto é, consistência interna de 0,74 e precisão teste-reteste de 0,80).

Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 2000). Juízes independentes utilizaram o PQS para avaliar o processo terapêutico em cada sessão. O PQS é formado por um conjunto

de 100 itens que contemplam três categorias do processo de uma psicoterapia: 1) ações e atitudes do terapeuta (por exemplo, PQS item 67; “o terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou idéias, rejeitadas ou inconscientes”); 2) atitudes, comportamentos e experiências do paciente (por exemplo, PQS item 71; “o paciente é auto-acusatório; expressa vergonha ou culpa”); e 3) interação paciente-terapeuta (por exemplo, PQS item 69; “a situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão”). Os itens são impressos em cartões individuais. Após estudar a sessão terapêutica, os avaliadores ordenam os cartões (itens) em nove pilhas dispostas num *continuum* que vai desde os itens menos característicos (categoria 1) até os mais característicos (categoria 9). O número de cartões em cada pilha é predeterminado a fim de se obter uma distribuição normal. Cinco cartões são colocados nas categorias 1 e 9. Dezoito cartões são colocados na categoria do meio (categoria 5). O número de cartões aumenta entre as categorias 1 e 5 e diminui entre as categorias 5 e 9. O ordenamento Q utiliza escala ipsativa, isto é, os itens são avaliados uns em relação aos outros ao invés de comparados a algum parâmetro objetivo, como é o caso das escalas normativas (Jones, Hall, & Parke, 1991). Este procedimento minimiza vieses de avaliação, tais como os efeitos halo positivo e negativo que poderiam ocorrer se cada item fosse avaliado de forma independente. O número da pilha em que ao final do ordenamento cada cartão foi colocado é registrado e reflete o quanto esse item caracteriza o processo terapêutico em comparação com os outros itens. Em estudos anteriores o PQS apresentou boa fidedignidade interavaliadores (Jones, 2000; Jones, Cumming, & Horowitz, 1988; Jones & Pulos, 1993), validade de constructo (Jones et al., 1988) e validade discriminante (Jones e Pulos, 1993). Nós utilizamos a versão em Português do Brasil do PQS (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007), que apresentou equivalência semântica com o instrumento original em inglês e coeficientes de fidedignidade entre avaliadores previamente treinados (entre 0,53 e 0,72) comparáveis com os obtidos com o instrumento original.

Procedimentos

Avaliação inicial. Após a explicação de todos os procedimentos de pesquisa e obtenção do consentimento livre e esclarecido, Maria foi entrevistada para determinar se ela preenchia os critérios para inclusão do protocolo desta investigação: idade entre 40 e 60 anos, capacidade razoável de inteligência e *insight*; motivação para o tratamento; sintomatologia depressiva de intensidade no mínimo moderada; possibilidade de estabelecimento de um foco para o tratamento; ausência de tratamento psicoterápico nos últimos quatro meses; sem uso de medicação psicotrópica ou utilizando dose estável há pelo menos quatro meses; sem risco significativo de suicídio; sem história de tentativa de suicídio; sem história de internação psiquiátrica; ausência de sintomatologia psicótica; ausência de sintomatologia maníaca ou hipomaníaca; e sem abuso de substâncias químicas. O projeto de pesquisa (protocolo número 03129) foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Todas as normativas internacionais para pesquisa com seres humanos foram observadas.

Formulação psicodinâmica do caso. A formulação psicodinâmica do caso realizada pela terapeuta de Maria incluiu a hipótese de que a entrada na meia-idade, juntamente com a perda da mãe e da cunhada, reavivou lutos e conflitos do passado referentes às mortes de seu pai e namorado. Os sintomas depressivos de Maria e a sua dificuldade em levar adiante seus interesses pessoais e profissionais foram compreendidos como efeitos da culpa e da fantasia inconsciente da doença cardíaca como castigo por crimes imaginários do passado. Foi considerado que a aplicação de técnicas e processos psicodinâmicos iria auxiliar a trazer os conteúdos mentais inconscientes de Maria à sua consciência e então aliviar os seus sintomas de depressão e de ansiedade, bem como seus problemas comportamentais. Em especial, a terapeuta planejou ajudar Maria a examinar a sua fantasia inconsciente de que não era

merecedora de estar viva e sua relação com a sua relutância em buscar atendimento médico para os seus problemas cardiológicos.

A Psicoterapia. O tratamento não seguiu nenhum manual. As únicas restrições colocadas sobre a psicoterapia foram a sua duração (32 sessões semanais de 50 minutos cada) e a exigência de que ela fosse planejada para solucionar uma problemática focal. O principal objetivo do tratamento foi o preparo psicológico da paciente para a cirurgia cardíaca. No mais, a terapeuta estava livre para empregar intervenções da mesma forma como o faria usualmente em sua prática clínica privada. Era esperado (mas não foi requerido) que o tratamento fosse de natureza psicodinâmica. Todas as sessões foram gravadas em áudio com o consentimento da paciente e da terapeuta. Maria desmarcou sua 12^a sessão de terapia.

Avaliação do Processo Psicoterapêutico. As 31 sessões gravadas do tratamento de Maria foram randomizadas e designadas a dois juízes independentes. O grupo de avaliadores treinados foi composto por três psicólogas clínicas que tinham entre 3 e 14 anos de experiência em psicoterapia psicanalítica e duas estudantes de mestrado (uma psicóloga e uma psiquiatra). Os juízes eram cegos quanto a: a) o número da sessão, b) o resultado do tratamento, e c) a identidade e as avaliações dos outros juízes. Sempre quando a confiança entre qualquer um dos pares de juízes ficou abaixo de $r = 0,50$, um juiz adicional classificou a sessão. A confiabilidade interavaliadores em todas as sessões variou entre 0,52 e 0,85 (média 0,61). As médias das avaliações do PQS feitas por pares de juízes cuja confiabilidade interavaliadores foi maior do que 0,50 foram calculadas para gerar o escore composto que foi utilizado em todas as análises subseqüentes.

Avaliação do Progresso e Resultados da Psicoterapia. Após a primeira sessão, a cada oito sessões (8, 16, 24 e 32 a sessão), a paciente recebeu um envelope lacrado com os instrumentos de auto-relato (SCL-90-R, BDI, EAS). Ela foi instruída a responder aos questionários no que diz respeito ao seu estado psicológico na mesma semana. Os mesmos

instrumentos foram respondidos oito semanas após o término do tratamento, antes de uma entrevista de seguimento.

Redução e Preparação de Dados

Escores de Adesão. Os protótipos de psicoterapia psicodinâmica (PPD) e de terapia cognitivo-comportamental (TCC) utilizados neste estudo foram originalmente desenvolvidos por Ablon e Jones (1998). Especialistas internacionalmente reconhecidos nas psicoterapias psicodinâmica (n = 11) e cognitivo-comportamental (n = 10) avaliaram cada um dos 100 itens do PQS no que diz respeito à quão bem ele caracteriza uma sessão hipotética de uma terapia ideal, psicodinâmica ou cognitivo-comportamental (dependendo da sua experiência). Todos os *experts* eram provenientes dos Estados Unidos e selecionados com base no domínio da sua escola de psicoterapia, geralmente demonstrado através de numerosas publicações e décadas de experiência no treinamento de terapeutas iniciantes. Os especialistas informaram que os itens PQS devidamente capturaram as suas respectivas formas de terapia sem omissões importantes. O nível de concordância dos grupos de *experts* foi alta, tanto entre os especialistas em psicoterapia psicodinâmica ($\alpha = 0,95$) como entre os especialistas em terapia cognitivo-comportamental ($\alpha = 0,94$). A análise fatorial tipo-Q de componentes principais foi realizada na base de dados transposta que continha as classificações dos *experts* (os 21 avaliadores foram tratados como variáveis e os 100 itens do PQS foram tratados como casos), seguido pela rotação varimax. Especialistas que compartilham da mesma orientação carregaram principalmente no mesmo fator, indicando que as duas abordagens terapêuticas têm protótipos distintos do processo de psicoterapia. Para cada item do PQS foram gerados escores fatoriais que refletem a sua importância relativa para cada protótipo. Alguns dos itens mais característicos do protótipo de psicoterapia psicodinâmica (PPD) enfatizam: a) a discussão de sonhos ou fantasias, b) a neutralidade do terapeuta, c) as interpretações de defesa, d) as interpretações de transferência, e e) a empatia do terapeuta. Alguns dos itens

mais característicos da terapia cognitivo-comportamental compreendem: a) a tarefa de casa, b) a discussão dos sistemas de crença, c) o foco em objetivos de tratamento, d) incentivar o paciente a experimentar novos comportamentos, e e) o terapeuta exerce controle ativo durante a interação. Veja Pole et al. (2008) para uma lista completa dos itens mais e menos característicos para PPD e para TCC.

Foram calculados os escores de adesão que representam a medida em que cada sessão ocorreu em conformidade aos protótipos de PPD e TCC ideais. Os escores fatoriais obtidos em cada item do PQS para os protótipos de PPD e TCC foram correlacionados com as médias obtidas nos itens do PQS em cada uma das sessões. Escores de adesão total, que combinam os comportamentos da paciente, os comportamentos da terapeuta, e a interação terapeuta-paciente, e que refletem a total correspondência entre o processo ideal e o processo real, foram calculados utilizando todos os 100 itens do PQS (como planejado por Ablon & Jones, 1998). Escores de adesão parcial, obtidos separando-se os comportamentos da terapeuta, os comportamentos da paciente e a interação terapeuta-paciente, refletem a combinação entre componentes do processo real e ideal. Esses escores foram calculados utilizando-se os 41 itens do terapeuta, os 40 itens do paciente, e os 19 itens da interação terapeuta-paciente (como planejado por Pole et al., 2008). Desse modo, oito índices de adesão foram calculados para cada sessão (quatro para cada orientação teórica, sendo um escore de adesão total e três escores de adesão parcial). Para aumentar a normalidade dos dados, antes da análise estatística todos os escores de adesão foram transformados a partir dos valores r de Pearson em escores z .

Preparação para a Análise das Séries Temporais. Para atender os pressupostos da análise de séries temporais bivariadas, foram necessárias algumas transformações de dados. Primeiro, a análise pressupõe que para cada observação do processo corresponda uma medida concomitante do progresso. No presente estudo, as observações do processo (escores adesão

aos protótipos do PQS) foram obtidas em cada sessão completa (n = 31). As observações do progresso (SCL-90-R, BDI, EAS) foram feitas a cada oitava sessão (n = 5). Para obtermos observações de progresso para cada medida do processo, seguimos o procedimento de interpolação linear já descrito anteriormente na literatura (Jones et al., 1993; Pole & Jones, 1998; Pole et al., 2008). A média de dois escores consecutivos de sintomas observados foi utilizada para estimar o ponto intermediário que faltava. Então, a média entre cada ponto intermediário e os escores observados antes e depois dele foi utilizada para estimar os pontos adicionais que faltavam entre eles. Não se pode afirmar o quanto esses pontos representam os escores dos sintomas que a paciente apresentaria se eles fossem diretamente avaliados (ver Pole et al., 2008 para obter evidências da validade potencial deste procedimento). Consequentemente, nós nos referimos a eles como "escores estimados". O outro pressuposto da análise de séries temporais é que as duas séries sejam *estacionárias* (isto é, mostrem a mesma média e variabilidade ao longo do tempo) ou possam se tornar estacionárias através de transformação. Como os dados originais não eram estacionários (por exemplo, os sintomas psiquiátricos diminuíram ao longo do tempo), transformamos cada série subtraindo a diferença. Cada ponto de dados foi subtraído do ponto seguinte, resultando em uma nova série temporal, ligeiramente mais curta (n = 30).

Análise de Dados

A análise dos dados envolveu: a) caracterizar a extensão das mudanças que ocorreram durante a terapia, b) obter um resumo quantitativo do processo de terapia, c) determinar em que medida a psicoterapia ocorreu em conformidade com os protótipos ideais de psicoterapia psicodinâmica e terapia cognitivo-comportamental, e d) determinar se a adesão aos protótipos foi preditora do progresso estimado da psicoterapia.

Usamos os critérios de Jacobson e Truax (1991) para determinar se as alterações nos escores da SCL-90-R, do BDI e da EAS foram clinicamente significativas e confiáveis. Com

base nesses critérios, uma mudança clinicamente significativa foi definida como um escore de pós-tratamento: a) que ficou mais próximo da média da população não-clínica do que da população clínica ou b) que ficou a dois desvios-padrão abaixo da média da população clínica (quando os dados normativos para populações não-clínicas não estavam disponíveis). O Índice de Mudança Confiável (*Reliable Change Index*, RCI) foi obtido dividindo-se a diferença entre os escores pós-tratamento e os escores pré-tratamento pelo erro padrão da diferença entre as duas pontuações. Uma pontuação superior a 1,96 no RCI sugere mudanças de maior magnitude do que seria esperado ao acaso. Realizamos as análises com base em dados psicométricos das medidas em Português do Brasil, quando estes estavam disponíveis (isto é, no caso do BDI) ou com base nos dados psicométricos da versão americana, quando não haviam dados suficientes no Brasil (isto é, no caso da SCL-90-R e da EAS).

Para obter um resumo quantitativo do processo terapêutico, nós calculamos e ordenamos a média dos itens do PQS nas 31 sessões, examinando os dez itens mais e menos característicos. Para determinar se o processo real de terapia ocorreu mais estreitamente em conformidade com aos protótipos de psicoterapia psicodinâmica (PPD) ou cognitivo-comportamental (TCC), tanto em termos do processo total e como no nível dos seus componentes parciais, realizamos uma série de testes *t* para amostras pareadas comparando os escores de adesão a PPD e TCC em cada sessão. Estas análises foram realizadas utilizando o software SPSS 14.0.

Para verificar se a adesão a estes protótipos foi preditora do progresso estimado da psicoterapia, foi aplicado o procedimento de análise de séries temporais bivariadas de Gottman e Ringland (1981) (tal como descrito em Jones et al., 1993; Pole & Jones, 1998; e Pole et al. 2008). A lógica do processo pode ser assim resumida: múltiplas observações sequencialmente ordenadas do processo (por exemplo, a adesão ao protótipo de PPD) e do progresso (por exemplo, escores estimados de depressão), fornecem informações sobre

quando o progresso ocorre em relação ao processo. Essa informação é avaliada através da análise de regressão cruzada das variáveis de processo sobre as variáveis de progresso (por exemplo, a capacidade dos escores de adesão, no passado, prever os escores futuros das medidas do progresso), após levar em conta a auto-regressão (por exemplo, a capacidade de escores do progresso, no passado, prever os escores futuros do progresso). Quando tal regressão cruzada é estatisticamente significativa, indica que a variável do processo contribuiu para a predição da variável de progresso, para além do desdobramento natural do progresso. Em outras palavras, o processo (por exemplo, a adesão) influencia o progresso (por exemplo, mudança na depressão estimada). A análise de séries temporais bivariadas também verifica a possibilidade de que mudanças nos escores de progresso possam estar influenciando as mudanças no processo. Assim, a análise produz quatro resultados possíveis: a) o processo influencia o progresso, b) o progresso influencia o processo, c) o processo influencia o progresso e o progresso influencia o processo, ou d) o processo não influencia nem é influenciado pelo progresso. O procedimento de Gottman e Ringland (1981) não possui o mesmo poder de inferência causal oferecido pela randomização às condições experimentais. No entanto, ele oferece mais informações causais do que uma mera correlação, pois leva em consideração a seqüência temporal das observações de duas variáveis diferentes.

Embora o procedimento tenha muitas etapas complexas (ver Gottman & Ringland, 1981 e Pole et al. 2008 para mais detalhes e um exemplo passo-a-passo), o centro da análise é a comparação da quantidade de variância explicada por dois modelos de regressão. Um modelo tenta explicar a série temporal em questão por meio de regressão cruzada com a outra série temporal, enquanto controlando a auto-regressão da série em questão. O outro modelo tenta explicar a série em questão com base apenas na auto-regressão. Uma diferença significativa entre estes modelos indica que a inclusão da outra série explica mais variância que a série em questão pode explicar por si mesma, o que indica que a série em questão está

sendo influenciada pela outra série. As comparações das variâncias não explicadas por cada modelo são feitas por meio de testes de razão de verossimilhança, cada um produzindo uma estatística Q. Esta estatística tem distribuição qui-quadrada e é avaliada no nível de significância $p = 0,05$ (bicaudal). A análise também gera um escore z, que pode ser usado como um indicador do tamanho do efeito. Estes procedimentos foram executados usando o software BIVAR (Williams & Gottman, 1982).

Resultados

Resultados da Psicoterapia e Follow-Up

Segundo os resultados apresentados na Tabela 1, ao final do tratamento Maria mostrou reduções clinicamente significativas e confiáveis entre os escores pré e pós-tratamento de todas as medidas avaliadas (ou seja, sofrimento geral, ansiedade, depressão, somatização e ajustamento social). Além disso, esses ganhos foram em grande parte mantidos na avaliação de seguimento (*follow up*) realizada oito semanas após. Pouco depois do término da psicoterapia, Maria também se submeteu à cirurgia que era indicada e que constituía um objetivo central do tratamento, resultado não capturado pelas medidas quantitativas utilizadas. De fato, é possível que o ligeiro aumento observado, na avaliação de seguimento, nos escores de (des)adaptação social (EAS) e depressão (BDI) na avaliação de seguimento (Tabela 1) reflita as dificuldades psicológicas e comportamentais decorrentes das restrições impostas por sua convalescença pós-cirúrgica.

[INSERIR TABELA 1 AQUI]

Descrição do Processo Terapêutico

A Tabela 2 mostra os dez itens que foram, em média, avaliados como os mais característicos (em ordem decrescente) e como os menos característicos (em ordem crescente) da psicoterapia como um todo. A tabela também mostra as pontuações mínimas e máximas dadas a esses itens para demonstrar a variabilidade no processo ocorrida durante o tratamento.

Na narrativa a seguir, os itens são agrupados de modo a fornecer um significado clínico ao invés de destacar as sua relativa importância estatística. Os números dos itens relevantes são apresentados entre parênteses. O símbolo r indica que o conteúdo do item foi revertido na descrição narrativa. De acordo com a avaliação dos juízes, as sessões de tratamento tiveram um foco específico (PQS 23), sendo os temas predominantes a saúde (PQS 16) e a situação de vida atual da paciente (PQS 69). A paciente expressava idéias de maneira clara e organizada (PQS 54), estava comprometida com o trabalho terapêutico (PQS 73), colaborava com a terapeuta (PQS 87 r), e trazia temas e material significativos às sessões (PQS 88). A paciente não apresentava dificuldades para iniciar as sessões (PQS 25 r), e, de fato, tendia a iniciar os assuntos de forma ativa (PQS 15). Ela não resistiu à análise de seus pensamentos, reações e motivações (PQS 58 r). Silêncios ocorreram com frequência (PQS 12), talvez refletindo a tendência do paciente para a exploração introspectiva (PQS 97). A terapeuta se comunicava com estilo claro e coerente (PQS 46) e era facilmente compreendida pela paciente (PQS 5 r). A terapeuta demonstrava sensibilidade e tato no trato com a paciente (PQS 77 r), e parecia estar emocionalmente envolvida no processo (PQS 9 r), e aceitar a paciente sem ser crítica (PQS 18). A paciente, por sua vez, sentia-se compreendida (PQS 14 r), confiante e segura na interação (PQS 44 r), tendendo a aceitar os comentários e observações da terapeuta (PQS 5 r).

[INSERIR TABELA 2 AQUI]

Uma vez que poucos dos itens do PQS mais e menos característicos do processo representavam comportamentos e atitudes da terapeuta, conduzimos uma análise adicional, não planejada, dos cinco itens mais e menos característicos da terapeuta. Essa análise revelou que a terapeuta apresentava um estilo claro e coerente de comunicação (PQS 16, M = 7.19), era empática (PQS 6, M = 6.85) e habilidosa no trato com a paciente (PQS 77r, M = 2.31), aparentando estar emocionalmente envolvida no processo (PQS 9 r = 1.89). Ela aceitava a paciente sem julgá-la (PQS 18, M = 7.15) e adotava uma atitude de apoio (PQS 45, M = 6.92)

sem, entretanto, superproteger ou menosprezar a paciente (PQS 51 r, M = 3.66). A terapeuta também tendeu a exercer controle sobre a interação com a paciente (PQS 17, M = 6.84), sem contudo chamar a atenção para aspectos do comportamento não-verbal (PQS 2r, M = 3.48) ou para comportamentos que a paciente considerava difíceis de aceitar (PQS 50 r, M = 3.74).

Adesão aos Protótipos

Os resultados da Tabela 3 mostram que, contrariamente à expectativa, a psicoterapia Maria foi caracterizada por uma maior adesão ao modelo cognitivo-comportamental do que ao modelo psicodinâmico. Isto ocorreu tanto no nível dos protótipos completos, $t(30) = -8,33$, $p < 0,0001$, como no nível dos componentes dos protótipos: terapeuta, $t(30) = -5,59$, $p < 0,001$, paciente $t(30) = -17,20$, $p < 0,001$, e interação terapeuta-paciente, $t(30) = -6,44$, $p < 0,001$.

[INSERIR TABELA 3 AQUI]

Análises de Séries Temporais das Relações entre a Adesão aos Protótipos e o Progresso Estimado na Psicoterapia

Protótipo Psicodinâmico. A Tabela 4 mostra que nem a adesão total ao protótipo psicodinâmico, nem a adesão parcial da terapeuta e da paciente prevê alterações posteriores em qualquer das medidas específicas de progresso. Por outro lado, a maior adesão do componente interação paciente-terapeuta ao protótipo psicodinâmico (por exemplo, itens como "ocorrem silêncios durante a sessão") previu progressos na redução do sofrimento geral estimado, $Q(5) = 29,1$, $p < 0,001$, $z = 7,64$ e ansiedade estimada, $Q(2) = 20,1$, $p < 0,001$, $z = 9,07$. Além disso, as análises revelaram alguns efeitos inesperados dos sintomas estimados sobre a adesão. Ou seja, a depressão estimada da paciente quase significativamente influenciou a adesão ao protótipo psicodinâmico total, $Q(2) = 7,15$, $p = 0,06$, $z = 2,57$. Uma vez decomposto o protótipo, o efeito continuou a ser quase significativo para os comportamentos da terapeuta (por exemplo, itens como "o terapeuta se comunica com um

estilo claro e coerente"), $Q(3) = 9,27$, $p = 0,05$, $z = 2,56$, mas significativo para os comportamentos da paciente (por exemplo, itens como "o paciente é introspectivo"), $Q(2) = 7,42$, $p < 0,05$, $z = 2,71$. Finalmente, não houve relação significativa entre a adesão ao protótipo psicodinâmico (ou seus componentes) e os sintomas estimados de somatização ou ajustamento social.

Protótipo cognitivo-comportamental. A Tabela 4 também mostra que a adesão total ao protótipo cognitivo-comportamental não teve influência significativa sobre qualquer das medidas de progresso estimado. Entretanto, maior adesão aos componentes da TCC que abordam os comportamentos da paciente (por exemplo, os itens como "o paciente traz temas significativos") e a interação terapeuta-paciente (por exemplo, os itens como "a situação de vida atual do paciente é enfatizada na discussão") reduziu significativamente o sofrimento geral estimada de Maria, $Q(1) = 7,49$, $p = 0,01$, $z = 4,59$, $Q(2) = 7,98$, $p = 0,04$, $z = 2,99$ (respectivamente), e quase significativamente reduziu a sua ansiedade estimada, $Q(1) = 4,67$, $p = 0,06$, $z = 2,59$ e $Q(2) = 7,22$, $p = 0,05$, $z = 2,61$ (respectivamente). Estes dois sintomas estimados (sofrimento e ansiedade) influenciaram significativamente a adesão da terapeuta aos comportamentos do protótipo TCC (por exemplo, itens como "o terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação"), $Q(2) = 11,64$, $p < 0,01$, $z = 4,82$ e $Q(2) = 11,56$, $p < 0,01$, $z = 4,78$ (respectivamente). Além disso, a maior adesão ao comportamento prototípico do paciente na TCC previu significativamente o progresso terapêutico em termos do ajustamento social estimado, $Q(1) = 6,28$, $p < 0,05$, $z = 3,73$. A adesão da terapeuta aos comportamentos ideais da TCC quase significativamente reduziu os sintomas de depressão estimados, $Q(5) = 12,70$, $p = 0,06$, $z = 2,43$. Os sintomas estimados de depressão mostraram uma relação bidirecional quase significativa com a adesão ao componente paciente da TCC. Isto é, os sintomas estimados de depressão quase significativamente aumentaram a adesão da paciente aos comportamentos da TCC ideal, $Q(2) = 7,25$, $p = 0,05$, $z = 2,63$, o que, por sua

vez, quase significativamente reduziu os seus sintomas estimados de depressão , $Q(5) = 12,70$, $p = 0,06$, $z = 2,43$.

[INSERIR TABELA 4 AQUI]

Discussão

Após 31 semanas de uma psicoterapia psicodinâmica que, em última análise, ocorreu mais estreitamente em conformidade com o protótipo de terapia cognitivo-comportamental (TCC) do que de psicoterapia psicodinâmica (PPD), Maria apresentou melhora clinicamente significativa e duradoura. A partir de um tratamento que incidiu sobre a sua saúde e situação de vida atual, ela se tornou capaz de enfrentar uma cirurgia que potencialmente lhe salvou a vida, e que vinha evitando por dez anos. Na tentativa de compreender como a terapia contribuiu para estes ganhos, descobrimos que, embora nenhum dos protótipos completos, PPD ou TCC, tenha previsto os progressos de Maria, sua evolução foi influenciada pela adesão da paciente à TCC e pela adesão da interação paciente-terapeuta tanto ao modelo PPD como ao modelo TCC. Isto sugere que o comportamento de Maria e a natureza da colaboração entre Maria e sua terapeuta foram os principais ingredientes ativos neste tratamento. Além disso, encontramos uma tendência que sugeriu que um dos aspectos do comportamento da terapeuta (ie, a adesão a comportamentos da TCC ideal) também contribuiu para reduzir os sintomas de depressão de Maria. Caso contrário, a adesão da terapeuta aos comportamentos prescritos pelos protótipos PPD e TCC não influenciou as medidas de progresso que nós avaliamos. Por outro lado, os sintomas Maria pareceram influenciar o comportamento da terapeuta de maneiras distintas. Considerando que a ansiedade e o sofrimento geral de Maria influenciaram a terapeuta a seguir mais de perto os comportamentos da TCC ideal, sua depressão influenciou sua terapeuta a aderir mais ao comportamento da PPD ideal. Na verdade, a depressão de Maria também favoreceu que o seu próprio comportamento se aproximasse mais do comportamento ideal do paciente de PPD.

Em termos clínicos, observamos que durante a sua bem sucedida terapia, Maria foi muito colaboradora com a sua terapeuta não-interpretativa e apoiadora. Os comportamentos da paciente e da terapeuta foram influenciados pela qualidade e intensidade dos sintomas da paciente. Quando Maria estava mais ansiosa e com mais sofrimento, a terapeuta adotou comportamentos do protótipo TCC. Quando Maria estava em um estado mais depressivo, ambas, terapeuta e paciente, foram capazes de trabalhar de uma forma mais prototipicamente psicodinâmica. Tal flexibilidade é compatível com os modelos brasileiros de prática em psicoterapia psicodinâmica breve (Yoshida & Enéas, 2004). Curiosamente, a interação paciente-terapeuta em ambos os processos, TCC e PPD ideal, contribuiu para a redução de seu sofrimento em geral e de sua ansiedade, mas não teve impacto direto sobre sua depressão. Em vez disso, o comportamento TCC da terapeuta e o comportamento TCC da paciente agiram de forma independente na redução da depressão.

De certa forma, estes resultados são consistentes com as pesquisas anteriores. Por exemplo, é sabido que os adultos deprimidos podem se beneficiar de diversas variedades de psicoterapia breve (Cuijpers, van Straten, Andersson, e Van Oppen, 2008), incluindo aquelas em que o terapeuta e paciente aderem aos princípios da terapia cognitivo-comportamental (Ablon & Jones, 2002; DeRubies & Feeley, 1990). Além disso, embora seja contra a nossa intuição que um tratamento pretensamente psicodinâmico seja dominado pelo processo de terapia cognitivo-comportamental, estudos prévios que utilizaram esta metodologia tiveram resultados semelhantes (Ablon & Jones, 2002; Ablon, Levy e Katzenstein, 2006; Pole et al. 2008). E ainda, embora se possa esperar que em um tratamento supostamente psicodinâmico, o protótipo total PPD iria prever o progresso em pelo menos um dos desfechos avaliados, a nossa conclusão negativa também encontra eco em pesquisas anteriores (por exemplo, Ablon & Jones, 1998). Também, outros estudos concordam conosco ao encontrar que os pacientes podem influenciar a abordagem técnica de seus terapeutas (Barber, Crits-Christoph &

Luborsky, 1996). Finalmente, a constatação de que os componentes da interação paciente-terapeuta dos protótipos PPD e TCC podem ser preditores mais consistentes de progresso que os componentes do comportamento do terapeuta também foi demonstrado no estudo feito por Pole et al. (2008).

À primeira vista, a nossa incapacidade de encontrar uma relação entre a adesão da terapeuta ao seu próprio modelo de psicoterapia e o progresso terapêutico parece sugerir que a aplicação, por parte da terapeuta, das técnicas psicodinâmicas desempenhou um papel muito pequeno neste tratamento. No entanto, é preciso lembrar que o processo psicodinâmico compartilhado entre paciente e terapeuta contribuiu para o progresso de Maria. É interessante, e aparentemente paradoxal, que o processo cognitivo-comportamental compartilhado entre a paciente e a terapeuta também tenha contribuído para o progresso terapêutico de Maria. Outros resultados de nosso estudo poderiam resolver esse aparente paradoxo. Lembre-se que o sofrimento geral de Maria influenciou significativamente seu processo de terapia, mais notavelmente o comportamento de sua terapeuta. É possível que a terapeuta tenha respondido ao perigo iminente representado pela condição do coração de Maria (e à limitação do tempo do tratamento), tornando-se mais ativa e menos interpretativa do que ela poderia ser em sua prática psicodinâmica usual. A imagem que emerge é a de uma terapeuta que é muito sensível às alterações na predominância dos estados afetivos da paciente. Esta flexibilidade tem sido apontada como um fator importante no sucesso de uma psicoterapia (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue & Hayes, 1996; Gabbard e Westen, 2003; Katzenstein et al., 2009). Assim, não é de estranhar que os elementos do processo que evidenciam a colaboração tenham sido mais promotores de mudança que as técnicas que emergem diretamente da terapeuta. Pode-se especular que, aqui, o principal papel dos comportamentos da terapeuta foi o de eliciar um processo colaborativo, quer PPD, quer TCC, que por sua vez desempenhou papel importante na redução da ansiedade e do sofrimento geral

da paciente. Seria justo dizer então que, embora o processo TCC tenha predominado sobre o processo PPD, o processo PPD não foi necessariamente inerte. Este é um outro lembrete de que, numa psicoterapia, eventos raros ou pouco freqüentes podem ter alto impacto clínico (Ablon & Jones, 1998, 2002; Ablon et al., 2006; Pole et al., 2008).

A interpretação acima delineada pode ser enriquecida através do exame atento dos elementos mais e menos característicos que compõem os protótipos PPD e TCC comparando-os com os indicadores mais relevantes do tratamento de Maria. Primeiramente, é importante notar que os itens que descrevem algumas das técnicas mais importantes tipicamente associadas com as abordagens psicodinâmica (por exemplo, "o terapeuta é neutro") e cognitivo-comportamental (por exemplo, "a discussão se concentra em temas cognitivos") estavam ausentes da maioria descritores característicos do tratamento de Maria. Em vez disso, o tratamento de Maria parecia ser caracterizada por um processo que foi mais fortemente endossado por *experts* da TCC do que por especialistas da PPD, mas que também é consistente com muitos outros tipos de terapia. Por exemplo, o item "o terapeuta adota uma postura de apoio" foi endossado pelos especialistas do protótipo TCC e foi um dos comportamentos mais característicos da terapeuta no tratamento de Maria. No entanto, técnicas de apoio também têm sido descritas como elementos comuns em uma variedade de terapias (Barber, Stratt, Halperin & Connolly, 2001). Da mesma forma, os itens "o diálogo tem um foco específico" e "o terapeuta ativamente exerce controle sobre a interação" foram característicos tanto do protótipo TCC como do tratamento supostamente psicodinâmico de Maria, mas não-característico do protótipo PPD. No entanto, focar uma questão central e intervir ativamente são características de muitas terapias breves, incluindo as psicoterapias psicodinâmicas breves (Parry, Roth & Kerr, 2007). Nós especulamos que estes itens foram desconsiderados no protótipo psicodinâmico porque a maioria dos especialistas em PPD era de psicanalistas, que provavelmente consideram o tratamento analítico de longo prazo como

"ideal." Portanto, embora o tratamento de Maria tenha sido julgado como mais cognitivo-comportamental que psicodinâmico a partir da perspectiva dos protótipos, é possível que o protótipo PPD seja um padrão inadequado para se avaliar psicoterapias psicodinâmicas breves que adotam o *continuum* insight-apoio, e que compartilham elementos-chave com a TCC ideal (Dewald, 1994, Gabbard, 2000; Wallerstein, 1989). Se assim for, isto produz uma explicação alternativa para outros estudos nos quais as psicoterapias breves psicodinâmicas aderiram ao protótipo de TCC (Ablon & Jones, 1998; Ablon et al. 2006, Katzenstein et al., 2009) e sugere que um protótipo separado de psicoterapia psicodinâmica breve deve ser criado.

Limitações e Contribuições

Além da limitação do ajuste entre o protótipo de PDT e a psicoterapia breve de Maria, este estudo possui muitas das mesmas limitações que os seus antecessores. A mais óbvia é que um estudo de caso único não pode produzir generalizações sobre os outros casos. Assim, não podemos, por exemplo, concluir que a psicoterapia psicodinâmica breve geralmente contém altos níveis de processos do protótipo cognitivo comportamental. Outra limitação importante, compartilhada com estudos anteriores (Jones et al., 1993; Pole & Jones, 1998; Pole et al., 2008), é que uma grande proporção dos escores de progresso incluídos nas análises de séries temporais eram valores estimados, e não valores observados. Maria não foi solicitada a completar as medidas de progresso em cada sessão, pois se acreditava que esta avaliação seria onerosa, perturbaria o processo de tratamento e / ou poderia produzir dados reativos. Assim, a fim de satisfazer as exigências da análise de séries temporais, optou-se por estimar os valores que faltavam utilizando os mesmos procedimentos que foram usados em trabalhos anteriores (Jones et al., 1993; Pole et al., 2008). Embora os resultados de Pole et al. (2008) sugiram que a interpolação pode produzir resultados válidos, seria preferível que tivéssemos feito observações do progresso real para cada observação do processo. Portanto,

recomendamos fortemente que os futuros pesquisadores obtenham medidas de progresso para cada sessão que desejem relacionar com as medidas do processo. Preocupações sobre a carga, a ruptura e a reatividade devem ser abordadas empiricamente, ao invés de simplesmente presumidas. Uma limitação exclusiva que surge deste estudo é a possibilidade de que os protótipos podem não ter captado as noções transculturais do processo de psicoterapia ideal. Os protótipos foram desenvolvidos por especialistas dos Estados Unidos. Os modelos brasileiros de psicoterapia psicodinâmica breve são geralmente menos restritivos e ecléticos do que os seus homólogos norte-americanos (Yoshida & Enéas, 2004; Yoshida, Santeiro, Santeiro, & Rocha, 2005). Seria interessante saber se um protótipo desenvolvido no Brasil apresentaria maior validade preditiva do que o seu homólogo norte-americano.

Limitações à parte, este estudo tem vários pontos fortes que não devem ser negligenciados. Alguns destes são comuns a outros estudos que vieram antes dele. Por exemplo, este estudo fornece um olhar intensivo e sistemático para a psicoterapia tal como esta ocorre no mundo real (ou seja, não-manualizada e conduzida por uma psicoterapeuta psicodinâmica experiente). Ao quantificar a extensão em que o tratamento aderiu aos modelos teoricamente prescritos para uma psicoterapia ideal, o estudo aborda a questão da fidelidade ao tratamento, sem, contudo, manipular artificialmente o processo terapêutico. O estudo também aplicou sofisticadas técnicas estatísticas para estabelecer evidências plausíveis de causalidade, sem recorrer à manipulação experimental. Embora os projetos experimentais permitam inferir causalidade mais fortemente, eles o fazem à custa de alterar fundamentalmente o processo terapêutico de várias formas (por exemplo, distribuindo aleatoriamente pacientes a tratamentos que eles, de outra forma, poderiam não escolher). As análises de séries temporais não podem eliminar as ameaças à validade interna tão bem como os projetos experimentais, mas elas permitem que se façam mais inferências causais do que uma mera correlação. Além disso, o presente estudo replicou diversos achados de estudos

prévios de caso único. Isto é importante porque os estudos de caso único são altamente dependentes de replicações para definir a sua capacidade de generalização e seu valor científico (Hilliard, 1993). O estudo também fez várias contribuições inéditas. É o primeiro estudo para aplicar a metodologia do protótipo em um caso único de psicoterapia breve, o primeiro a incluir avaliações do processo terapêutico em todas as sessões, e o primeiro a envolver várias medidas de resultado. Essas inovações: a) estendem esse paradigma para o estudo do processo de mudança em psicoterapia breve, modalidade de terapia que é mais amplamente praticada do que as suas contrapartes de longa duração, b) fornecem mais detalhes sobre o processo terapêutico do que a mera amostragem de sessões permite obter, e c) oferecem uma compreensão muito mais multifacetada sobre como as diferentes síndromes clínicas respondem aos (e influenciam os) diferentes componentes do processo terapêutico. Este trabalho também demarca a primeira tentativa de aplicar esse paradigma em um ambiente transcultural. A investigação sobre a psicoterapia é pouco desenvolvida no Brasil e, portanto, é importante salientar que este estudo não somente foi realizado no Brasil, mas também incorporou medidas traduzidas válidas e fidedignas do ponto de vista psicométrico. Desejamos que isto inspire o crescimento deste tipo de investigação no Brasil.

Conclusão

Em suma, este estudo intensivo, sistemático e quantitativo de um único caso serviu como um outro lembrete de que no campo das psicoterapias, os rótulos podem ser enganadores. Isso foi verdade tanto a nível da orientação presumidamente atribuída à terapeuta quanto ao nível dos protótipos quantitativos. O estudo também mostrou que o progresso da psicoterapia em um caso bem-sucedido pode ser empiricamente associado aos elementos do processo terapêutico que se aproximam dos processos ideais estabelecidos por especialistas em psicoterapia. As partes mais efetivas destes ideais foram os aspectos que capturaram atividades compartilhadas entre terapeuta e paciente, em vez de atividades

realizadas somente pela terapeuta. O estudo também ilustrou a importante influência dos sintomas da paciente sobre a seleção das intervenções da terapeuta. Estes resultados documentam a importância da colaboração paciente-terapeuta, a influência dos processos pertencentes a outros tipos de terapia, bem como o papel dos sintomas do paciente em dirigir o comportamento do terapeuta. O quanto esses princípios podem ser generalizados é uma questão a ser respondida no futuro.

Referências

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8*(1), 71-83.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry, 159*, 775–783.
- Ablon, J. S., 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.
- Ablon, J. S., & Marci, C. S. (2004). Psychotherapy process: The missing link: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner. *Psychological Bulletin, 130*, 664–668.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 619–622.
- Barber, J. P., Stratt, R., Halperin, G., & Conolly, M. B. (2001, July). Supportive techniques: Are they found in different therapies? *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 165-172.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neal, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based times-series analysis. *American Psychologist, 63*(2), 77-95.
- Bucci, W. (2007). Pesquisa sobre processo. In E. S. Pearson, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Orgs.), *Compêndio de Psicanálise* (pp. 320-336). Porto Alegre: Artmed.

- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings* (pp. 297-334). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- DeRubeis, R.J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- Dewald, P. A. (1994). Principles of supportive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 505-518
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12, 219-245.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Repensando a ação terapêutica [Rethinking therapeutic action]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 257-273.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Moreno, R. A., Bernick, M., Nicastrí, S. et al. (2000). Escala de auto-avaliação de adequação social. Validação da Versão em Língua Portuguesa. In C. Gorenstein, L. Andrade, & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 401-414). São Paulo: Lemos.

- Gottman, J. M., & Ringland, J. (1981). The analysis of dominance and bidirectionality in social development. *Child Development, 52*, 393-412.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 373-380.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic therapy*. New Jersey: Aronson.
- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(1), 48-55.
- Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J. T., & Dyer, J. F .P. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 381-394.
- Jones, E. E., Hall, S., & Parke, L. A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. In L. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 98-106). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jones, E. E., & Pulos, S .M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 306-316.
- Kächele, H., & Thomä, H. (2007). The significance of the case history in clinical psychoanalytic research. In H. Kächele, J. Schachter, & H. Thomä, *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research: Implications for*

- Psychoanalytic Practice* (pp.108-151). New York: Ulm Retrieved January 22, 2007, from http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher/PDF/psych_anal_2007.pdf
- Katzenstein, T., Ablon, J. S., & Levy, R. A. (2009). A naturalistic treatment for panic disorder: The importance of emotion-focused process. In R.A. Levy & J.S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 45-65). New York: Humana Press.
- Kazdin, A. E. (2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 59-67.
- Laloni, D. T. (2001). Escala de avaliação de sintomas-90-R. SCL-90-R: adaptação, precisão e validade. (Doctoral dissertation, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP). Retrieved 20 March, 2004, from http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2007-08-17T045523Z-1364/Publico/Diana%20Laloni.pdf
- Levy, R., & Ablon, J. S. (2000). Psychoanalytic research: Progress and process. *Psychoanalyst Psychologist*, 19, 23-25.
- Parry, G., Roth, A. D., & Kerr, I. B. (2007). Psicoterapia breve e de tempo limitado. In G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Orgs.), *Compêndio de Psicoterapia de Oxford* (pp.679-700). Porto Alegre: Artmed.
- Pole, N. (2001). Making the case for single case research. *Psychologist Psychoanalyst*, 10(5), 19-21.
- Pole, N., Ablon, J. S., & O'Connor, L. E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (2), 221-232.

- Pole, N., Ablon, J. S., O'Connor, L. E., & Weiss, J. (2002). Ideal control mastery technique correlates with change in a single case. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39*, 88-96.
- Pole, N. & Jones, E.E. (1998). The talking cure revisited: Content analysis of a two-year psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 8*, 171-189.
- 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.
- Siefert, C. J., Defife, J. A., & Baity, M. R. (2009). Process measures for psychodynamic psychotherapy. In R. A. Levy & J. S. Ablon, *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 157-178). New York: Humana Press.
- Wallerstein, R. S. (2007). Pesquisa sobre resultados. In E. Pearson, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard, *Compêndio de Psicanálise* (pp. 305-319). Porto Alegre: Artmed.
- Wallerstein, R. S. (2002). The generations of psychotherapy research: An overview. In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target, *Outcomes of Psychoanalytic Treatment: Perspectives for Therapists and Researchers* (pp. 30-52). London: Whure Publishers.
- Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 195-205.
- Weissman, M., Prusoff, B., Thompson, W., Harding, P., & Meyers, J. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 166*(5), 317-326.
- Williams, E. A., & Gottman, J. M. (1982). *A user's guide to the Gottman-Williams time-series analysis computer programs for social scientists*. New York: Cambridge University Press.

- Yoshida, E. M. P. & Enéas, M. L. E. (2004). A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve para Adultos. In E. M. P. Yoshida & M. L. E. Enéas (Eds.), *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais* (pp. 222-257). Campinas: Alínea.
- Yoshida, E. M. P., Santeiro, T.V., Santeiro, F. R. M., & Rocha, G. M. A. (2005). Psicoterapias breves psicodinâmicas: características da produção científica nacional e estrangeira (1980/2003). *PsicoUSF*, 10 (1), 51-59.

Tabela 1

Medidas de Progresso: Escores de Pré-tratamento, Término e Seguimento

Medida	Pré-Tratamento	Término	Seguimento
Sofrimento Geral	1,06	0,22*	0,22*
Ansiedade	0,90	0,50*	0,20*
Depressão	19	1*	3*
Somatização	1,92	1*	0,75*
Ajustamento Social	2,46	1,50*	1,88*

Nota. A paciente participou de 31 sessões semanais. A avaliação de seguimento ocorreu oito semanas após a terapia. Sofrimento geral foi avaliado através do Índice Global de Severidade da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R IGS). Ansiedade foi avaliada através da Subescala de Ansiedade da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R ANS). Depressão foi avaliada através do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Somatização foi avaliada através da Subescala de Somatização da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R SOM). Ajustamento social foi avaliado através da Escala de Adequação Social (EAS).

* Mudança clinicamente significativa e confiável (em relação aos escores pré-tratamento) de acordo com os critérios de Jacobson and Truax's (1991).

Tabela 2

Itens Mais e Menos Característicos do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) em Todo o Tratamento

Q-Itens	Conteúdo dos Itens Mais Característicos	Média	Min	Max
16	Discussão sobre funções corporais, sintomas físicos, ou saúde	8,39	6,00	9,00
69	Ênfase na situação de vida atual ou recente do paciente	8,21	6,50	9,00
88	P traz temas e material significativos	8,19	7,00	9,00
23	O diálogo tem um foco específico	7,63	3,50	9,00
46	T se comunica com estilo claro e coerente	7,19	5,50	9,00
18	T transmite a impressão de aceitação não crítica	7,15	5,00	8,50
12	Ocorrem silêncios durante a sessão	7,13	1,50	9,00
97	P é introspectivo, explora pensamentos/sentimentos	7,10	4,50	8,50
54	P é claro e organizado em sua expressão	7,08	4,00	8,50
73	P está comprometido com o trabalho terapêutico	7,00	5,50	9,00
Conteúdo dos Itens Menos característicos				
9	T é distante, indiferente (<i>versus</i> responsivo e envolvido)	1,89	1,00	4,50
5	P tem dificuldade para compreender os comentários do T	2,27	1,00	5,50
77	T não tem tato	2,31	1,00	5,50
42	P rejeita (<i>versus</i> aceita) os comentários do T	2,34	1,00	6,00
58	P resiste em examinar pensamentos/reações/motivações	2,37	1,00	6,50
14	P não se sente entendido pelo T	2,47	1,00	6,00
15	P não inicia assuntos; é passivo	2,53	1,00	5,00
87	P é controlador	2,73	1,50	4,50
25	P tem dificuldade em começar a sessão	2,90	1,00	8,50
44	P se sente cauteloso/desconfiado (<i>versus</i> confiante e seguro)	3,44	1,50	6,00

Nota. Q-Items = Número dos itens do *Psychotherapy Process Q-Set*. Os escores variaram numa escala de 1 (extremamente característico ou negativamente saliente) a 9 (extremamente não-característico ou saliente). Média = Escore médio obtido em cada item nas 31 sessões do tratamento. Min = Pontuação mínima do item nas 31 sessões. Max = Pontuação máxima do item nas 31 sessões.

Tabela 3.

Comparação da Adesão aos Protótipos Psicodinâmico e Cognitivo-Comportamental

	N	Média (DP)		t	p
		PPD	TCC		
Adesão Total	31	0,12 (0,23)	0,44 (0,09)	-8,330	0,000
Adesão da Terapeuta	31	0,09 (0,34)	0,41 (0,12)	-5,585	0,000
Adesão da Pacientes	31	0,39 (0,15)	0,68 (0,11)	-17,202	0,000
Adesão da Interação	31	-0,25 (0,19)	0,16 (0,19)	-6,438	0,000

Nota. PPD = Protótipo da Psicoterapia Psicodinâmica; TCC = Protótipo da Terapia

Cognitivo-Comportamental. Todas as comparações foram realizadas através de teste-t para amostras pareadas, bicaudal.

Tabela 4

Resumo dos Resultados das Análises de Séries Temporais Bivariadas

Medida de Progresso	Psicodinâmico				Cognitivo-comportamental			
	PT	T	P	I	PT	T	P	I
Sofrimento Geral	X	X	X	→	X	←	→	→
Ansiedade	X	X	X	→	X	←	→ ^a	→ ^a
Depressão	← ^a	← ^a	←	X	X	→ ^a	↔ ^a	X
Somatização	X	X	X	X	X	X	X	X
Ajustamento Social	X	X	X	X	X	X	→	X

Nota. PT = Protótipo total; T = Componente do terapeuta; P = Componente do paciente; I = Componente da interação terapeuta-paciente. Sofrimento geral foi avaliado através do Índice Global de Severidade da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R IGS). Ansiedade foi avaliada através da Subescala de Ansiedade da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R ANS). Depressão foi avaliada através do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Somatização foi avaliada através da Subescala de Somatização da Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R SOM). Ajustamento social foi avaliado através da Escala de Adequação Social (EAS).

→ = adesão ao protótipo prediz progresso; ← = progresso prediz adesão ao protótipo ;

↔ = adesão ao protótipo prediz progresso e progresso prediz adesão ao protótipo; X = nenhuma relação entre adesão ao protótipo e progresso.

^aIndica relação quase significativa ($0,05 \leq p < 0,10$), bicaudal.

5 CONCLUSÃO

No Brasil o estudo empírico das psicoterapias psicanalíticas tem sido bastante negligenciado, especialmente no que diz respeito à investigação do processo terapêutico. Ainda que nos últimos anos tenha havido um crescente interesse na validação de instrumentos compatíveis com a investigação psicanalítica em nosso meio, a escassez de estudos sistemáticos e intensivos do processo e da relação entre processo e resultados das psicoterapias psicodinâmicas torna evidente a necessidade de implementação dessa linha de investigação.

Embora existam obstáculos importantes na integração entre pesquisa e atividade clínica, nesta tese defendemos a idéia de que atualmente psicoterapeutas e pesquisadores já têm à sua disposição instrumentos e métodos de investigação capazes de avaliar e testar teorias, abordagens e situações clínicas de forma cientificamente válida sem, contudo, prescindir do sentido e da complexidade inerente à prática clínica. Em conformidade com esta idéia: a) conduzimos o estudo de elaboração da versão em português de um instrumento pan-teórico, o PQS, que tem se mostrado válido na investigação de processos de diferentes abordagens em psicoterapia; b) descrevemos as características centrais dos delineamentos de caso único e discutimos os alcances e as limitações do estudo de caso como estratégia de pesquisa em psicoterapia; c) introduzimos em nosso meio a utilização de protótipos de psicoterapias desenvolvidos a partir dos itens do PQS, um modelo de estudo valioso para a investigação da correspondência entre a clínica ideal e a prática real dos psicoterapeutas; e d) aplicamos, com sucesso e de forma original e pioneira, procedimentos de análises de séries temporais bivariadas (modelo de Gottman e Ringland, 1981) em um caso completo de psicoterapia.

Todo o processo de recrutamento, avaliação inicial e encaminhamento das pacientes participantes desta pesquisa foi feito pela autora desta tese, responsável também pela seleção das terapeutas participantes e pelo recrutamento e treinamento dos avaliadores que codificaram as sessões terapêuticas através do PQS. A autora igualmente foi responsável pelo planejamento e execução das análises estatísticas dos dois estudos empíricos realizados, sendo que, na utilização das análises de séries temporais, contou com o assessoramento do psicólogo Nnamdi Pole, co-autor do terceiro artigo aqui apresentado.

Os resultados gerais encontrados indicam que a versão em português do PQS é equivalente em termos semânticos à versão original em inglês. Demonstramos a boa fidedignidade interavaliadores do instrumento, passível de ser alcançada através de treinamento adequado. A partir desse estudo, os pesquisadores brasileiros interessados na investigação do processo terapêutico dispõem de um instrumento bastante utilizado internacionalmente e cuja capacidade de descrever facetas importantes do processo terapêutico tem se mostrado útil para comparar processos de diferentes tratamentos, para verificar a adesão da psicoterapia a diferentes abordagens teóricas e para identificar elementos específicos do processo relacionados com os resultados terapêuticos, entre outras possíveis aplicações.

Algumas limitações do instrumento devem ser mencionadas. Conforme descrito no artigo 1, o PQS requer treinamento intensivo dos avaliadores e pode levar bastante tempo para que estes se familiarizem com o manejo e compreensão dos 100 itens do instrumento. Embora o Manual de Codificação do PQS seja bastante explicativo, a sua adaptação pode ser necessária para garantir, através de vinhetas ilustrativas para todos os itens, uma maior compreensão dos seus significados. Uma vez que a avaliação de uma sessão completa através do PQS requer o estudo da sessão e o ordenamento ipsativo dos 100 itens, a codificação de uma única sessão implica em substancial investimento, em termos de tempo e energia, dos avaliadores. Avaliadores sem nenhuma experiência prévia no exame de sessões audiogravadas parecem apresentar uma dificuldade adicional, decorrente da natureza deste tipo de material, que não é transformado pelos processos secundários de pensamento, tal como ocorre quando se avaliam sessões relatadas de memória pelo terapeuta.

Já mencionamos que para compreender o processo terapêutico é necessário saber o que nele ocorre e quando ocorre. Isso pressupõe uma abordagem intensiva e seqüencial, típica dos delineamentos de caso único. Como discutido no artigo 2, estudos intensivos de caso possuem uma lógica que é diferente da dos estudos grupais. Lidar com o enorme volume de informações gerado é um desafio aos pesquisadores. A redução dos dados é necessária e trabalhosa. Neste estudo demonstramos que o PQS permite a realização de descrições detalhadas e contextualizadas do processo terapêutico que podem ser analisadas através de métodos quantitativos descritivos e inferenciais para produzir e testar hipóteses de pesquisa neste campo. No estudo de caso apresentado no artigo 3, aplicamos vários dos procedimentos

para aumentar o rigor metodológico deste tipo de investigação, que foram apresentados no artigo 2: escolhemos um caso típico de indicação para psicoterapia psicodinâmica breve e utilizamos triangulação de dados, de teorias, de avaliadores e de procedimentos de análise. Com vistas a aumentar o poder explicativo do estudo e possibilitar a generalização de dados, em grande medida replicamos a metodologia adotada em outros estudos com o PQS.

As limitações metodológicas do estudo de caso realizado foram extensivamente apresentadas no artigo 3. Embora os resultados dessa investigação devam ser interpretados com cautela, confirmam uma série de hipóteses e afirmativas encontradas na literatura sobre o processo das psicoterapias psicodinâmicas e das psicoterapias breves de diferentes orientações. Nesse sentido, nossos achados, avaliados em conjunto com os de outros estudos semelhantes, parecem indicar que: a) na realidade, não existem formas puras de psicoterapia; b) psicoterapeutas efetivos modificam suas técnicas em conformidade com as características de seus pacientes; c) em alguns casos, elementos do relacionamento terapêutico podem ser mais relevantes do que aspectos específicos da técnica do terapeuta para explicar as mudanças em psicoterapia; d) psicoterapeutas psicodinâmicos ao conduzir psicoterapias breves podem se aproximar mais do modelo cognitivo-comportamental que do psicodinâmico geral; e) os nomes das psicoterapias e a afiliação dos psicoterapeutas podem levar os pesquisadores a fazer falsas suposições sobre o processo terapêutico em questão; e f) psicoterapias breves de diferentes orientações compartilham vários elementos específicos comuns que constituem mecanismos de ação terapêutica. Sobretudo, nossos resultados confirmam o pressuposto de que a compreensão do processo de mudança em psicoterapia requer instrumentos e métodos especificamente delineados para este fim. Nesse sentido, a utilização do PQS em estudos de caso mostra-se capaz de lançar luz no universo ainda bastante inexplorado que é a relação de ajuda que se estabelece numa psicoterapia conduzida no contexto naturalístico da clínica cotidiana. O desafio dos psicoterapeutas e pesquisadores em psicoterapia é justamente o de ampliar as possibilidades terapêuticas a partir de novos conhecimentos gerados através de investigações que aproximem a clínica e a pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABLON, J.S.; JONES, E.E. On Analytic Process. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, v. 53, p. 541-568, 2005.

ABLON J.S.; JONES, E.E. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, v. 8, n. 8, p. 71-83, 1998.

ABLON, J.S.; KATZENSTEIN, T; LEVY, R.A. Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, v. 43, n.2, p.216-231, Sum. 2006.

ANCHIN, J.C. Integratively Oriented Brief Psychotherapy: Historical Perspective and Contemporary Approaches. *Journal of Psychotherapy Integration*, v. 13, n.3/4, p.219-240, 2003.

ANDERSON, E.M.; LAMBERT, M.J. Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, v.15, n.6, p. 503-514, 1995.

BARBER, J.P; FOLTZ, C. Issues in research on short-term dynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, v.19, n.6, p. 659-667, 1999.

BARBER, J.P. et al. Alliance Predicts Patients Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 68, n.6, p. 1027-1032, 2000.

BERNARDI, R. et al. Guia Clínica para la Psicoterapia. *Rev. Psiquiatr. Urug.*, v. 68, n. 2, p. 99-146, 2004.

DeRUBEIS, R.J.; BROTMAN, M.A.; GIBBONS, C.J. A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v.12, n. 2, p.174-183, 2005.

EIZIRIK, C.L. Pesquisa em Psicanálise: Possibilidades, alcances e limitações. *Jornal de Estudos Psicodinâmicos*, v. 28, n. 2, p. 297-311, 2000.

ELKIN, I. et al. NIMH treatment of depression collaborative research program: Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, v. 42, p. 305-316, 1985.

ELKIN, I. et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982, 1989.

ENÉAS, M.L.E. Considerações sobre o emprego da psicoterapia breve psicodinâmica. *Psicol. Teor. Prát.*, n.1, v. 1, p. 19-23, 1999.

ENÉAS, M.L.E.; FALEIROS, J.C.; SÁ, A.C.A. Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: caracterização dos processos com adultos. *Psicol. Teor. Prát.*, v. 2, n. 2, p. 9-30, 2000.

FERREIRA-SANTOS, E. *Psicoterapia Breve. Abordagem Sistematizada em Situações de Crise*. 4.ed. São Paulo: Agora, 1997.

FONAGY, P. Colhendo urtigas. O impacto mútuo da psicanálise e de outras disciplinas acadêmicas na universidade. *Psicanalítica*, v.5, n.1, p. 29-48, 2004.

FONAGY, P. (Ed.). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. Londres: IPA, 1999.

FRANK, J.D. Therapeutic Factors in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, v. 25, p. 350-361, 1971.

GABBARD, G.O. Introduction. In: LEVY, R. A.; ABLON, J. S. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. New York: Humana Press, 2009. P.xxv-xxxiii.

GABBARD, G.O.; WESTEN, D. Repensando a ação terapêutica. *R. Psiquiatr. RS*, v. 25, n. 2, p. 257-273, maio/ago., 2003

GILLIÉRON, E. *Introdução às Psicoterapias Breves*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

GOTTMAN, J..M. ; RINGLAND, J. (1981). The analysis of dominance and bidirectionality in social development. *Child Development*, n.52, p.393-412, 1981.

GREEN, A. What kind of research for psychoanalysis? *The Newsletter of the International Psychoanalytical Association*, n.5, p.10-14, 1996.

HILLIARD, R.B. Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 61, n. 3, p. 373-380, 1993.

HORVATH, A.O.; SYMONDS, B. D. Relations between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, v. 38, p. 139-149, 1991.

JIMÉNEZ, J.P. 15 Años de investigación en psicoterapia en el cono sur latinoamericano. *Rev. GPU.*, v. 4, n. 1, p. 51-64, 2008.

JONES, E.E. *Therapeutic Action*. A guide to psychoanalytic therapy. New Jersey: Aronson, 2000.

JONES, E.E.; WINDHOLZ, M. The Psychoanalytic Case Study: toward a method for systematic Inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 985-1015, 1990.

JONES, E.E. et al. Paradigm for Single-Case Research: The Time Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.61, n.3, p.381-394, 1993.

KAZDIN, A.E. Treatment Outcomes, Common Factors, and Continued Neglect of Mechanisms of Change. *Clinical Psychology: science and practice*, 12(2), p.184-188, 2005.

KOSS, M.; STRUPP, H.H.; BUCTCHER, J.N. Brief Psychotherapy Methods in Clinical Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 60-67, 1986.

KRUPNICK J.L. et al. The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 64, p. 532-539, 1996.

LAMBERT, M.J.; BARLEY, D.E. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, v.38, n. 4, Win, p. 357-361, 2001.

LANCELLE, G. El psicoanálisis y la investigación en escorzo desde una perspectiva clínica. *Psicoanálisis APdeBA*, v. 19, n.1/2, p. 119-155, 1997.

LEICHSENRING, F. Psychodynamic Psychotherapy: a Review of Efficacy and Effectiveness Studies. In: LEVY, R.A.; ABLON, J.S. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. New York: Humana Press, 2009. P.3-27.

LEICHSENRING, F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, v. 21, n. 3, p. 401-419, 2001.

LEICHSENRING, F.; RABUNG, S.; LEIBING, E. The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, v. 61, p. 1208-1216, 2004.

LEMGRUBER, V. *Terapia breve integrada*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LOWENKRON, T.S. Questão de pesquisa em psicanálise: “Prova-se do pudim comendo-o?”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.34, n.4, p.749-766, 2000.

LUBORSKY, L. et al. The researcher’s own therapeutic allegiances: a “wild card” in comparisons of treatment efficacy. *Clin. Psychol. Sci. Prac.*, v. 6, p. 95-132, 1999.

LUBORSKY, L.; SINGER, B.; LUBORSKY, L. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “Everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, v. 32, p. 995-1008, 1975.

MARTIN, J.D.; GARSKE, J.P.; DAVIS, K. Relation of The Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3):438-50, Jun. 2000.

MESSER, S.B. What makes brief psychodynamic therapy time efficient. *Clin Psychol.*, v. 8, p. 5-22, 2001.

MESSER, S.B.; WARREN, C.S. *Models of Brief Psychodynamic Therapy: A Comparative Approach*. New York, NY: Guilford Press, 1995.

MESSER, S.B.; TISHBY, O.; SPILLMAN, A. Taking context seriously in psychotherapy research: Relating therapist interventions to patient progress in brief psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 678-688, 1992.

MESSER, S.B.; WAMPOLD, B.E. Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v.9, n. 1, p.21-25, 2002.

MONDRZAK, V. Teorias da ação terapêutica. In: EIZIRIK, R.W.A.; SCHESTATSKY, S.S. *Psicoterapia de orientação analítica*. Fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 130-140.

OEI, T.S.; SHUTTLEWOOD, G.J. Specific and nonspecific factors in Psychotherapy: a case of Cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, v.16, n.2, p. 85-103, 1996.

PIPER, W.E. Implications of Psychotherapy Research for Psychotherapy Training. *Can. J. Psychiatry*, v.49, n.4, p.221-229, 2004.

POLE, N.; ABLON, J.S.; O'CONNOR, L.E. Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long-Term Single-Case Research. *Journal of Counseling Psychology*, v.55, n.2, p.221-232, 2008.

ROTH, A.; FONAGY, P. *What works for whom?* A critical review of psychotherapy research. 2.ed. New York: Guilford Press, 2005.

SERRALTA, F.B.; NUNES, M.L.T.; EIZIRIK, C.L. Elaboração da versão em português do *Psychotherapy Process Q-Set*. *Rev. Psiquiatr. RS.*, v. 29, n. 1 , p. 44-55, 2007.

SHAPIRO, D.A. et al. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, v. 62, p. 522-534, 1994.

SIEFERT, C. J.; DEFIFE, J. A.; BAITY, M. R. Process measures for psychodynamic psychotherapy. In: LEVY, R.A. ; ABLON, J.S. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. New York: Humana Press, 2009. p.157-178.

SMITH, M.L.; GLASS, G.V. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, v. 32, p. 752-760, 1977.

SMITH, M.L.; GLASS, G.V.; MILLER, T.I. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins, 1980.

STILES, W.B.; SHAPIRO, D.A.; ELLIOTT, R.E. "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist*, 41,165-180, 1986.

STRUPP, H.H. Toward the refinement of time-limited dynamic psychotherapy. In: BUDMAN, S.L. (E.). *Forms of brief therapy*. New York: Guilford Press, 1981. P. 219-240.

SVARTBERG, M.; STILES, T.C. Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 704-714, 1991.

URSANO, R.J.; URSANO, A.M. Brief individual Psychotherapy. In: GELDER, M.G.; LOPEZ-IBOR, J.J.; ANDREASEN, N. (EE.). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2000. v.2. p. 1421-32.

VAUGHAN, S.C. et al. Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. *International Journal Psychoanalysis*, n.81, p.513-527, 2000.

WALLERSTEIN, R.S. *Forty-two lives in treatment*. New York: Guilford, 1986.

_____. Psychoanalytic Research: Where do we disagree? *The newsletter of the International Psychoanalytical Association*, n.5, p.15-17, 1996.

_____. *A cura pela fala*. As psicanálises e as psicoterapias. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. The generations of psychotherapy research: an overview. In: LEUZINGER-BOHLEBER, M.; TARGET, M. *Outcomes of psychoanalytic treatment*. Perspectives for therapists and researchers. London: Whurr Publishers, 2002. p. 30-52.

_____. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: raízes históricas e situação atual. In: EIZIRIK, C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S.S. *Psicoterapia de orientação analítica*. Fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2005. P.43-57.

_____. Pesquisa sobre Resultados. In: PEARSON, E.; COOPER, A.M.; GABBARD, G. *Compêndio de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2007. P. 305-319.

WAMPOLD, B.E. Establishing Specificity in Psychotherapy Scientifically: Design and Evidence Issues. *Clinical Psychology: science and practice*, 12(2), p.194-197, 2005.

WEISS, A.P. Measuring and Enhancing the Impact of Psychodynamic Psychotherapy Research. In: LEVY, R.A.; ABLON, J.S. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. New York: Humana Press, 2009. P.389-393.

WESTEN, D. The Language of Psychoanalytic Discourse. *Psychoanalytic Dialogues*, v. 12, n. 6, p. 857-898, 2002.

WESTEN, D.; NOVOTNY, C.M.; THOMPSON-BRENNER, H. The Next Generation of Psychotherapy Research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004) and Haaga (2004). *Psychological Bulletin*, v.130, n.4, p. 677-683, 2004.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YOSHIDA, E.M.P.; ENÉAS, M.L.E. A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia para adultos. In: _____ (Orgs.). *Psicoterapias psicodinâmicas breves*. Propostas atuais. Campinas: Alínea, 2004. P.223-58.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B – Ficha de Dados Complementares (Terapeuta)

APÊNDICE C – Ficha de Codificação do PQS

APÊNDICE D – Manual de Codificação do PQS

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INTRODUÇÃO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa A relação entre processo e resultado na Psicoterapia Psicodinâmica Breve. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria (UFRGS) e faz parte da tese de doutoramento da psicóloga Fernanda Barcellos Serralta, orientada pelo Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik, pesquisador responsável por este projeto. O estudo tem como objetivo conhecer melhor os elementos do próprio tratamento que contribuem para o resultado da psicoterapia em mulheres com depressão. Você foi selecionada por apresentar sintomas de depressão e possuir indicação para o tipo de tratamento avaliado.

Solicitamos que você leia atentamente este documento antes de tomar qualquer tipo de decisão sobre a sua participação.

A pesquisa envolve a gravação em áudio de todas as sessões da psicoterapia. A modalidade de tratamento oferecido é a psicoterapia psicodinâmica breve com tempo limitado em 32 sessões com duração de 50 minutos e frequência semanal. O tratamento será gratuito e conduzido por psicóloga experiente, em seu consultório particular. Também serão respondidos três questionários que buscam verificar o estado psicológico das participantes da pesquisa. O tempo gasto para responder a essa série de perguntas é de aproximadamente 30 minutos. Esses questionários deverão ser respondidos antes do início tratamento, a cada 8 semanas de tratamento e 8 semanas após o término da psicoterapia. Uma entrevista, também gravada em áudio, deverá ser realizada por ocasião da última avaliação, isto é, 8 semanas após o término do tratamento. O objetivo será o de obter um relato acerca dos resultados alcançados no tratamento.

Estudos que buscam identificar como o tratamento produz resultados favoráveis ou não ao paciente são possíveis graças ao uso do gravador, que permite observar melhor o que acontece em cada sessão de tratamento. Com a transcrição das sessões e análise realizada por pesquisadores experientes, é possível detectar os mecanismos que promovem a mudança nas psicoterapias. Há vários anos a gravação de psicoterapias é realizada em pesquisa. A

experiência até agora não mostrou qualquer efeito negativo deste procedimento. Não há, portanto, nenhum risco conhecido no uso do gravador nessas circunstâncias.

Na transcrição das gravações serão utilizados nomes fictícios e alterados dados que possam facilmente identificá-la (tais como nomes próprios, por exemplo) As sessões relatadas do seu tratamento serão examinadas juntamente com sessões de outros tratamentos por profissionais (psicólogos e psiquiatras) treinados que não terão qualquer informação prévia sobre o tratamento em questão. Apenas a pesquisadora autora do projeto e seu orientador terão acesso total às informações completas do seu atendimento. Serão também responsáveis pela guarda do material (fitas e relatos transcritos) até o final da análise dos dados da pesquisa, quando então o material será incinerado.

A publicação dos dados será realizada em revistas e eventos científicos, com a devida alteração de dados de identificação.

NOME DA PACIENTE: _____

IDADE: _____

SEXO: _____

Ao assinar este documento, estou consentindo em participar da pesquisa A relação entre processo e resultado na Psicoterapia Psicodinâmica Breve, realizada pela psicóloga Fernanda Barcellos Serralta e coordenada pelo Dr. Cláudio Laks Eizirik, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do rio Grande do Sul.

Declaro ter recebido uma explicação clara e completa sobre a pesquisa acima mencionada e ter decidido participar de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

- 1º Foram explicadas as justificativas e objetivos da pesquisa.
- 2º Foram explicados os procedimentos que serão utilizados: 32 sessões de psicoterapia psicodinâmica; questionários periódicos para avaliação psicológica e uma entrevista para avaliar os resultados do tratamento.
- 3º Fui informada e concordo que todas as sessões de psicoterapia, bem como a entrevista realizada após o término do tratamento sejam gravadas em áudio.
- 4º Estou ciente de que poderei interromper minha participação no estudo em qualquer etapa do mesmo, assim como não sou obrigada a responder a todas as questões formuladas nos

questionários ou entrevista, se não o desejar. Fui informada que em caso de interrupção da minha participação na pesquisa será garantida a continuidade do meu tratamento, se assim eu desejar.

5º Fui informada de que participarei desta pesquisa sem qualquer ônus financeiro para mim.

6º Foi explicado que o tratamento oferecido não é experimental e não apresenta qualquer risco adicional aos riscos inerentes a qualquer tratamento psicoterápico. Fui informada também que o tratamento será conduzido em consultório privado por psicóloga com experiência e formação em psicoterapia: _____(nome)
_____(endereço).

7º Estou ciente de que a minha assinatura neste documento dará autorização aos pesquisadores para utilizarem os dados obtidos para fins científicos, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

8º Caso necessite de algum esclarecimento sobre minha participação na pesquisa, poderei entrar em contato com a pesquisadora Fernanda Barcellos Serralta pelos telefones: 33334453 e 91156303.

9º Assino o presente documento, em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

Assinatura

Data

Fernanda Barcellos Serralta

APÊNDICE B – Ficha de Dados Complementares (Terapeuta)

DADOS DO TERAPEUTA

1. NOME DO TERAPEUTA:
2. ANO DE FORMATURA:
3. LOCAL DE FORMAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
4. ANO DO TÉRMINO DA FORMAÇÃO EM PSICOTERAPIA:
5. EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM PPDB.:

Natureza da experiência:

Tempo de experiência em PPDB:

DADOS DA PACIENTE:

1. NOME DA PACIENTE:
2. IDADE:
3. MOTIVO DA CONSULTA (situação – problema)
4. DADOS BIOGRÁFICOS DE INTERESSE (sumário)

DADOS DO TRATAMENTO:

1. HIPÓTESE PSICODINÂMICA INICIAL:
2. FOCO DO TRATAMENTO:
3. INTERCORRÊNCIAS NA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO (situações especiais, mudança de foco, abandono, etc.):

CONTROLE DAS SESSÕES (modelo):

SESSÕES	DATA	OBSERVAÇÕES
01		
...		
...		
...		
...		
32		

APÊNDICE D – 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

Maria de Lourdes Figueiredo Leal

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 influência 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)

OBS: Pontue o item considerando a intenção do terapeuta, independentemente do efeito real sobre a facilitação da fala do paciente.

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 freqüentes 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 ao 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 versão 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 reformulado deve ser identificado.

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 história, 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 “heim?”. 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.

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R)

ANEXO B – Escala de Adequação Social

ANEXO C – Carta de Aceitação da *Psychotherapy Research*

ANEXO A – Escala de Avaliação de Sintomas-90-R (SCL-90-R)

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____

Sexo: M F

Estado civil: solteiro casado ou amigado separado viúvo

Grau de escolaridade: analfabeto 1.^a a 4.^a 5.^a a 8.^a 2.º grau 3.º grau

Data: ____/____/____

Orientações:

- 1- Preencha os dados da identificação na parte superior da folha.
- 2- Use um lápis preto para marcar a resposta.
- 3- Se você desejar alterar sua resposta, apague com cuidado a primeira marca e marque a nova resposta.
- 4- Não faça outras anotações fora dos círculos.

INSTRUÇÕES:

Informe ao cliente que será apresentada uma lista de problemas que as pessoas algumas vezes têm. Por favor, leia-os cuidadosamente para o cliente e pinte **o círculo que melhor descreve o quanto aquele problema o tem preocupado ou angustiado durante os últimos sete dias, incluindo hoje**. Pinte o círculo em apenas um número para cada problema e não pule nenhum item. Se o cliente mudar de idéia, apague sua primeira marca e remarque o outro círculo. Leia o exemplo antes de começar e dê explicações extras, se necessário.

Nenhum pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	<p style="text-align: center;">EXEMPLO</p> <p>O quanto você está preocupado com:</p>
①	②	③	④	Dores no corpo	

	Nenhum pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	EXEMPLO O quanto você está preocupado com:
1	①	②	③	④	⑤	Dores de cabeça
2	①	②	③	④	⑤	Nervosismo ou tremores internos
3	①	②	③	④	⑤	Pensamentos ruins repetidos que não saem de sua mente (cabeça)
4	①	②	③	④	⑤	Fraqueza ou tonturas
5	①	②	③	④	⑤	Perda de interesse ou de prazer sexual
6	①	②	③	④	⑤	Sentir-se crítico em relação a outras pessoas
7	①	②	③	④	⑤	A idéia de que outra pessoa pode controlar seus pensamentos
8	①	②	③	④	⑤	Sentir que os outros são culpados de muitos dos seus problemas
9	①	②	③	④	⑤	Dificuldade para se lembrar das coisas
10	①	②	③	④	⑤	Preocupado com o desleixo ou falta de cuidado
11	①	②	③	④	⑤	Sentir-se facilmente incomodado ou irritado
12	①	②	③	④	⑤	Dores na cabeça ou no peito
13	①	②	③	④	⑤	Sentir medo em espaços abertos ou nas ruas
14	①	②	③	④	⑤	Sentir-se com pouca energia ou para baixo
15	①	②	③	④	⑤	Pensamentos de acabar com a própria vida
16	①	②	③	④	⑤	Escutar vozes que outras pessoas não escutam
17	①	②	③	④	⑤	Estar trêmulo (com tremedeira)
18	①	②	③	④	⑤	Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas
19	①	②	③	④	⑤	Ter pouco apetite
20	①	②	③	④	⑤	Chorar facilmente
21	①	②	③	④	⑤	Sentir-se envergonhado ou desconfortável em relação ao sexo oposto
22	①	②	③	④	⑤	Sentir-se trapaceado ou encurralado (sem saída)
23	①	②	③	④	⑤	Repentinamente sentir medo sem razão
24	①	②	③	④	⑤	Explosões que você não pode controlar (explosões de raiva)
25	①	②	③	④	⑤	Ter medo de sair de casa sozinho
26	①	②	③	④	⑤	Sentir-se culpado
27	①	②	③	④	⑤	Dores nas costas e quadris
28	①	②	③	④	⑤	Sentir-se bloqueado (com dificuldade) para terminar as coisas
29	①	②	③	④	⑤	Sentir-se sozinho
30	①	②	③	④	⑤	Sentir-se sem importância

	Nenhum pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	EXEMPLO O quanto você está preocupado com:
31	①	②	③	④	⑤	Preocupar-se demais com as coisas
32	①	②	③	④	⑤	Sentir-se desinteressada pelas coisas
33	①	②	③	④	⑤	Sentir medo
34	①	②	③	④	⑤	Sentir-se facilmente ferido em seus sentimentos
35	①	②	③	④	⑤	Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos
36	①	②	③	④	⑤	Sentir-se que os outros não o entendem ou são antipáticos
37	①	②	③	④	⑤	Sentir que os outros não são amigos ou não gostam de você
38	①	②	③	④	⑤	Ter que fazer as coisas muito devagar para ter certeza de que estão corretas
39	①	②	③	④	⑤	Coração palpitando ou disparando
40	①	②	③	④	⑤	Náuseas, enjôos ou estômago ruins
41	①	②	③	④	⑤	Sentir-se inferior aos outros
42	①	②	③	④	⑤	Dores musculares (dor no corpo)
43	①	②	③	④	⑤	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros
44	①	②	③	④	⑤	Problemas para conciliar o sono
45	①	②	③	④	⑤	Ter que conferir e reconferir o que faz
46	①	②	③	④	⑤	Dificuldade para tomar decisões
47	①	②	③	④	⑤	Sentir medo de andar de ônibus, metrô ou trens
48	①	②	③	④	⑤	Problemas para respirar
49	①	②	③	④	⑤	Ondas de calor ou frio
50	①	②	③	④	⑤	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam (dão medo)
51	①	②	③	④	⑤	Um “branco” na cabeça (ter uma incapacidade momentânea de raciocinar ou lembrar-se de algo)
52	①	②	③	④	⑤	Dormência ou formigamento em partes do corpo
53	①	②	③	④	⑤	Um nó na garganta
54	①	②	③	④	⑤	Sentir-se sem esperança sobre o futuro
55	①	②	③	④	⑤	Dificuldade de concentração
56	①	②	③	④	⑤	Sentir fraqueza em partes do corpo
57	①	②	③	④	⑤	Sentir-se tenso ou travado
58	①	②	③	④	⑤	Sentir peso nos braços e pernas
59	①	②	③	④	⑤	Pensar sobre morte ou sobre estar morrendo
60	①	②	③	④	⑤	Comer demais

	Nenhum pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	EXEMPLO O quanto você está preocupado com:
61	0	1	2	3	4	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o observam ou falam de você
62	0	1	2	3	4	Ter pensamentos que não são seus
63	0	1	2	3	4	Ter desejos de bater, machucar ou ameaçar alguma pessoa
64	0	1	2	3	4	Acordar de madrugada
65	0	1	2	3	4	Ter que repetir as mesmas ações como tocar, contar ou lavar
66	0	1	2	3	4	Sono sem descanso ou perturbado
67	0	1	2	3	4	Ter desejos de quebrar ou destruir coisas
68	0	1	2	3	4	Ter idéias ou crenças que os outros não aceitam
69	0	1	2	3	4	Sentir-se muito acanhado ou preocupado com os outros
70	0	1	2	3	4	Sentir-se inquieto numa multidão, fazendo compras ou no cinema
71	0	1	2	3	4	Sentir que tudo é um esforço
72	0	1	2	3	4	Ondas de terror ou pânico
73	0	1	2	3	4	Sentir-se desconfortável por comer ou beber em público
74	0	1	2	3	4	Envolver-se freqüentemente em discussões
75	0	1	2	3	4	Sentir nervosismo quando é deixado sozinho
76	0	1	2	3	4	Os outros não dão o devido crédito (valor) às suas conquistas
77	0	1	2	3	4	Sentir-se solitário mesmo quando está acompanhado
78	0	1	2	3	4	Sentir-se tão agitado que não é capaz de parar quieto (de movimentar-se)
79	0	1	2	3	4	Sentimentos de inutilidade
80	0	1	2	3	4	O sentimento de que algo ruim está para acontecer com você
81	0	1	2	3	4	Gritar ou atirar coisas
82	0	1	2	3	4	Com medo de desmaiar em público
83	0	1	2	3	4	Sentir que as pessoas trarão vantagens de você, caso permita
84	0	1	2	3	4	Ter pensamentos sobre sexo que o incomodam muito
85	0	1	2	3	4	A idéia de que você deveria ser punido pelos seus pecados
86	0	1	2	3	4	Pensamentos e imagens de natureza assustadora
87	0	1	2	3	4	A idéia de que algo sério está errado com seu corpo
88	0	1	2	3	4	Nunca se sentir próximo a outra pessoa
89	0	1	2	3	4	Sentimento de culpa
90	0	1	2	3	4	A idéia de que há algo errado com sua mente

ANEXO B – Escala de Adequação Social

Gostaríamos de saber como você se sentiu no seu trabalho, lazer e vida familiar nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

Não existem respostas certas ou erradas neste questionário.

Escolha as respostas que melhor descrevam como você esteve nas duas últimas semanas.

TRABALHO FORA DE CASA

Assinale a resposta que melhor se adapte à sua condição.

Eu:

- 1 sou um trabalhador assalariado e/ou autônomo
- 2 trabalho em casa sem remuneração (prendas domésticas)
- 3 sou estudante
- 4 sou aposentado
- 5 estou desempregado.

Você geralmente trabalha mais de 15 horas por semana com remuneração?

- 1 sim 2 não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

- 1 sim 2 não

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.

1. Quantos dias de trabalho remunerado você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 não perdi nenhum dia
- 2 perdi um dia
- 3 perdi cerca de metade do tempo de trabalho
- 4 perdi mais da metade do tempo de trabalho, mas trabalhei pelo menos um dia
- 5 não trabalhei nenhum dia
- 8 estive em férias nesse período

Se você não trabalhou com remuneração em nenhum dia das duas últimas semanas, pule para a questão 7.

2. Você foi capaz de realizar seu trabalho nas duas últimas semanas?
- 1 fiz meu trabalho muito bem
 - 2 fiz meu trabalho bem, porém tive algumas pequenas dificuldades
 - 3 necessitei de auxílio no trabalho e cerca de metade do tempo não o fiz adequadamente
 - 4 fiz meu trabalho de maneira inadequada na maior parte do tempo
 - 5 fiz meu trabalho de maneira inadequada durante o tempo todo
3. Você se sentiu envergonhado de seu desempenho no trabalho nas duas últimas semanas?
- 1 sim 2 não
 - 1 em nenhum momento me senti envergonhado
 - 2 uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado
 - 3 cerca de metade do tempo me senti envergonhado
 - 4 senti-me envergonhado a maior parte do tempo
 - 5 senti-me envergonhado o tempo todo
4. Você teve algum tipo de discussão com as pessoas com quem você trabalha nas duas últimas semanas?
- 1 não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
 - 2 no geral, me relatei bem, mas tive pequenas discussões
 - 3 tive mais de uma discussão
 - 4 tive várias discussões
 - 5 tive discussões constantemente
5. Você se sentiu chateado, preocupado ou desconfortável enquanto realizava seu trabalho nas duas últimas semanas?
- 1 em nenhum momento me senti assim
 - 2 senti-me assim uma ou duas vezes
 - 3 senti-me assim cerca de metade do tempo
 - 4 senti-me assim a maior parte do tempo
 - 5 senti-me assim o tempo todo
6. Você achou seu trabalho interessante nas duas últimas semanas?
- 1 meu trabalho foi interessante praticamente o tempo todo
 - 2 uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
 - 3 cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
 - 4 meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
 - 5 meu trabalho não foi interessante o tempo todo

TRABALHO EM CASA

As donas de casa devem responder às questões 7 a 12 – os demais sigam para a questão 13.

7. Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas?

- 1 diariamente
- 2 realizei tarefas domésticas quase todos os dias
- 3 realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo
- 4 no geral não realizei tarefas domésticas
- 5 fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
- 8 estive ausente de casa nas duas últimas semanas

8. Nas duas últimas semanas, você foi capaz de realizar suas tarefas domésticas, tais como cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, consertos caseiros etc.?

- 1 realizei as tarefas muito bem
- 2 realizei as tarefas bem, porém tive pequenas dificuldades
- 3 necessitei de auxílio nas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

9. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho nas tarefas domésticas, nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado(a)
- 3 cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me envergonhado(a) o tempo todo

10. Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos, nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 no geral, me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente

11. Você se sentiu incomodado(a) com o seu trabalho doméstico, nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti incomodado(a)

- 2 senti-me incomodado(a) uma ou duas vezes
- 3 senti-me incomodado(a) cerca de metade do tempo
- 4 senti-me incomodado(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me incomodado(a) o tempo todo

12. Você achou seu trabalho doméstico interessante, nas duas últimas semanas?

- 1 meu trabalho foi interessante na maior parte do tempo
- 2 uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 meu trabalho não foi interessante o tempo todo

ESTUDANTES

Responda às questões de 13 a 18 se você frequenta escola por meio período ou mais. Caso contrário, pule para a questão 19.

Quanto tempo você permanece na escola?

- 1 período integral
- 2 mais que meio período
- 3 meio período

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

13. Quantos dias de aula você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 não perdi nenhum dia
- 2 perdi poucos dias de aula
- 3 perdi cerca de metade do tempo de aula
- 4 perdi mais da metade do tempo de aula
- 5 não fui à escola nenhum dia
- 8 estive de férias nesse período

14. Você foi capaz de realizar suas tarefas escolares nas duas últimas semanas?

- 1 fiz minhas tarefas muito bem
- 2 fiz minhas tarefas, porém tive pequenas dificuldades
- 3 necessitei de auxílio nas minhas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 fiz minhas tarefas de maneira inadequada a maior parte do tempo
- 5 fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

15. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho escolar nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 uma ou duas vezes me senti envergonhado(a)
- 3 cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me envergonhado(a) o tempo todo

16. Você teve algum tipo de discussão com pessoas ligadas à escola nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 no geral, me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente
- 8 não se aplica, não freqüentei a escola nesse período

17. Você teve algum aborrecimento na escola nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento senti-me aborrecido(a)
- 2 senti-me aborrecido(a) uma ou duas vezes
- 3 senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 senti-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me aborrecido(a) o tempo todo
- 8 não se aplica, não freqüentei a escola nesse período

18. Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?

- 1 minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
- 2 uma ou duas vezes minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 3 cerca de metade do tempo minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 4 no geral, minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
- 5 minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

LAZER

Todos devem responder às questões de 19 a 27

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.

19. Quantos amigos você viu ou conversou ao telefone nas duas últimas semanas?

- 1 nove ou mais amigos

- 2 cinco a oito amigos
- 3 dois a quatro amigos
- 4 um amigo
- 5 nenhum amigo

20. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um amigo nas duas últimas semanas?

- 1 posso sempre falar sobre meus sentimentos
- 2 no geral, posso falar sobre meus sentimentos
- 3 consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos
- 8 não se aplica, não tenho amigos

21. Nas duas últimas semanas, quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas? Por exemplo, foi ao cinema, a restaurantes, à igreja, convidou amigos para sua casa?

- 1 mais de três vezes
- 2 três vezes
- 3 duas vezes
- 4 uma vez
- 5 nenhuma vez

22. Quanto tempo você dedicou a suas atividades de lazer, nas duas últimas semanas? Por exemplo, esportes, ouvir música etc.?

- 1 dediquei a maior parte do tempo ao lazer praticamente todos os dias
- 2 dediquei parte do tempo livre ao lazer em alguns dias
- 3 dediquei pouco tempo livre ao lazer
- 4 no geral, não dediquei nenhum tempo ao lazer, mas assisti à televisão
- 5 não dediquei nenhum tempo ao lazer, nem assisti à televisão

23. Você teve algum tipo de discussão com seus amigos nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 no geral, me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente
- 8 não se aplica, não tenho amigos

24. Se seus sentimentos foram feridos ou se você foi ofendido por um amigo durante as duas últimas semanas, quanto isso o afetou?

- 1 isso não me afetou ou não aconteceu
- 2 superei em poucas horas
- 3 superei em poucos dias
- 4 superei em uma semana
- 5 vai levar meses até que me recupere
- 8 não se aplica, não tenho amigos

25. Você se sentiu tímido(a) ou desconfortável quando em companhia de outras pessoas nas duas últimas semanas?

- 1 sempre me senti confortável
- 2 algumas vezes me senti desconfortável, mas relaxei depois de pouco tempo
- 3 senti-me desconfortável cerca de metade do tempo
- 4 no geral me senti desconfortável
- 5 senti-me desconfortável o tempo todo
- 8 não se aplica, não tenho amigos

26. Você se sentiu solitário(a) e desejando ter mais amigos durante as duas últimas semanas?

- 1 não me senti solitário(a)
- 2 senti-me solitário(a) algumas vezes
- 3 senti-me solitário(a) cerca de metade do tempo
- 4 no geral me senti solitário(a)
- 5 o tempo todo me senti solitário(a) e desejando ter mais amigos

27. Você se sentiu aborrecido(a) em seu tempo livre durante as duas últimas semanas?

- 1 nunca me senti aborrecido(a)
- 2 no geral não me senti aborrecido(a)
- 3 senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 no geral me senti aborrecido(a)
- 5 senti-me aborrecido(a) o tempo todo

Você é solteiro, separado ou divorciado e não mora com um parceiro sexual?

- 1 SIM, responda às questões 28 e 29
- 2 NÃO, pule para a questão 30

28. Quantas vezes você teve um encontro com intenções amorosas nas duas últimas semanas?

- 1 mais de três vezes

- 2 três vezes
- 3 duas vezes
- 4 uma vez
- 5 nenhuma vez

29. Você se interessou por ter encontros amorosos nas duas últimas semanas? Se você não os teve, gostaria de tê-los tido?

- 1 interessei-me por encontros o tempo todo
- 2 a maior parte do tempo me interessei por encontros
- 3 cerca de metade do tempo me interessei por encontros
- 4 não me interessei por encontros a maior parte do tempo
- 5 estive totalmente desinteressado por encontros

FAMÍLIA

Responda às questões de 30 a 37 sobre seus pais, irmãos, irmãs, cunhados, sogros e crianças que não moram em sua casa. Você teve contato com algum deles nas duas últimas semanas?

- 1 SIM, responda às questões de 30 a 37
- 2 NÃO, pule para a questão 38

30. Você teve algum tipo de discussão com seus parentes nas duas últimas semanas?

- 1 relacionamo-nos bem o tempo todo
- 2 no geral nos relacionamos bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão com pelo menos um parente
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente

31. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um parente nas duas últimas semanas?

- 1 posso sempre falar sobre meus sentimentos com pelo menos um parente
- 2 no geral, posso falar sobre meus sentimentos
- 3 consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 nunca consegui falar sobre meus sentimentos

32. Você evitou contato com seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 procurei meus familiares regularmente
- 2 procurei algum familiar pelo menos uma vez
- 3 esperei que meus familiares me procurassem

- 4 evitei meus familiares, mas eles me procuraram
- 5 não tenho contato com nenhum familiar

33. Você dependeu de seus familiares para obter ajuda, conselhos, dinheiro ou afeto nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento preciso ou dependo deles
- 2 no geral não dependi deles
- 3 dependi deles cerca de metade do tempo
- 4 dependo deles a maior parte do tempo
- 5 dependo completamente de meus familiares

34. Você quis contrariar seus familiares a fim de provocá-los nas duas últimas semanas?

- 1 não quis contrariá-los
- 2 uma ou duas vezes quis contrariá-los
- 3 quis contrariá-los cerca de metade do tempo
- 4 quis contrariá-los a maior parte do tempo
- 5 eu os contrariei o tempo todo

35. Você se preocupou, sem nenhuma razão, com coisas que pudessem acontecer a seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 não me preocupei sem razão
- 2 preocupei-me uma ou duas vezes
- 3 preocupei-me cerca de metade do tempo
- 4 preocupei-me a maior parte do tempo
- 5 preocupei-me o tempo todo
- 8 não se aplica, não tenho familiares

TODOS respondem às questões 36 e 37, mesmo que não tenham familiares.

36. Nas duas últimas semanas, você achou que decepcionou ou foi injusto(a) com seus familiares?

- 1 não achei que os decepcionei em nada
- 2 no geral, não achei que os decepcionei
- 3 cerca de metade do tempo achei que os decepcionei
- 4 a maior parte do tempo achei que os decepcionei
- 5 o tempo todo achei que os decepcionei

37. Em algum momento nas últimas duas semanas você achou que seus familiares o decepcionaram ou foram injustos com você?

- 1 em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
- 2 no geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 a maior parte do tempo achei que eles me decepcionaram
- 5 o tempo todo achei que eles me decepcionaram

Você mora com seu cônjuge ou está morando com um parceiro sexual?

- 1 SIM, responda às questões de 38 a 46
- 2 NÃO, pule para a questão 47

38. Você teve algum tipo de discussão com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 não tivemos nenhuma discussão e relacionamo-nos muito bem
- 2 no geral nos relacionamos bem, mas tivemos pequenas discussões
- 3 tivemos mais de uma discussão
- 4 tivemos várias discussões
- 5 tivemos discussões constantemente

39. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 pude sempre falar sobre meus sentimentos livremente
- 2 no geral, pude falar sobre meus sentimentos
- 3 consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 nunca consegui falar sobre meus sentimentos

40. Você exigiu que as coisas em casa fossem feitas do seu jeito nas últimas duas semanas?

- 1 eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 2 no geral eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 3 cerca de metade do tempo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 4 no geral eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 5 o tempo todo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

41. Você sentiu que seu companheiro(a) foi autoritário com você ou ficou “pegando no seu pé” nas duas últimas semanas?

- 1 quase nunca
- 2 de vez em quando

- 3 cerca de metade do tempo
- 4 a maior parte do tempo
- 5 o tempo todo

42. Você se sentiu dependente de seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 senti-me independente
- 2 no geral me senti independente
- 3 senti-me um tanto dependente
- 4 no geral me senti dependente
- 5 dependi do meu companheiro(a) para tudo

43. Como você se sentiu em relação a seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 senti afeto o tempo todo
- 2 no geral senti afeto
- 3 cerca de metade do tempo senti afeto e cerca de metade do tempo senti desagradado
- 4 no geral senti desagradado
- 5 senti desagradado o tempo todo

44. Quantas vezes você e seu companheiro(a) tiveram relações sexuais?

- 1 mais de duas vezes por semana
- 2 uma ou duas vezes por semana
- 3 uma vez a cada duas semanas
- 4 menos de uma vez a cada duas semanas, mas pelo menos uma vez no último mês
- 5 nenhuma vez no último mês ou mais

45. Você teve algum problema durante relações sexuais, tal como dor, nas duas últimas semanas?

- 1 nenhum
- 2 uma ou duas vezes
- 3 cerca de metade das vezes
- 4 a maior parte das vezes
- 5 todas as vezes
- 8 não se aplica, não tive relações sexuais nas duas últimas semanas

46. Como você se sentiu quanto às relações sexuais nas duas últimas semanas?

- 1 senti prazer todas as vezes
- 2 no geral senti prazer
- 3 senti prazer cerca de metade das vezes

- 4 no geral não senti prazer
- 5 não senti prazer nenhuma das vezes

FILHOS

Nas duas últimas semanas, estiveram morando com você filhos solteiros, adotivos ou enteados?

- 1 SIM, responda às questões de 47 a 50
- 2 NÃO, pule para a questão 51

47. Você tem se interessado(a) pelas atividades de seus filhos, escola, lazer, durante as duas últimas semanas?

- 1 interessei-me e estive ativamente envolvido(a) durante o tempo todo
- 2 no geral me interessei e estive envolvido(a)
- 3 cerca de metade do tempo interessei-me
- 4 no geral não me interessei
- 5 estive desinteressado(a) o tempo todo

48. Você foi capaz de conversar e ouvir seus filhos nas duas últimas semanas? (crianças maiores de dois anos)

- 1 sempre consegui comunicar-me com eles
- 2 no geral, consegui comunicar-me com eles
- 3 cerca de metade das vezes consegui comunicar-me com eles
- 4 no geral não consegui comunicar-me com eles
- 5 não consegui comunicar-me com eles
- 8 não se aplica, não tenho filhos maiores de dois anos

49. Como você se relacionou com seus filhos nas últimas duas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente

50. Como você se sentiu em relação a seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 senti afeto o tempo todo
- 2 no geral senti afeto
- 3 cerca de metade do tempo senti afeto
- 4 no geral não senti afeto

5 em nenhum momento senti afeto

VIDA FAMILIAR

Você já foi casado, viveu com um parceiro sexual ou teve filhos?

1 SIM, responda às questões de 51 a 53

2 NÃO, pule para a questão 54

51. Você se preocupou com seu companheiro(a) ou com algum de seus filhos sem nenhuma razão nas duas últimas semanas?

1 não me preocupei

2 preocupei-me uma ou duas vezes

3 preocupei-me cerca de metade do tempo

4 preocupei-me a maior parte do tempo

5 preocupei-me o tempo todo

8 não se aplica, não tenho companheiro ou filhos vivos

52. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que decepcionou o seu parceiro ou algum de seus filhos?

1 não achei que os decepcionei em nada

2 no geral não senti que os decepcionei

3 cerca de metade do tempo achei que os decepcionei

4 a maior parte do tempo achei que os decepcionei

5 eu os decepcionei completamente

53. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que seu companheiro ou algum de seus filhos o decepcionou?

1 em nenhum momento achei que me decepcionaram

2 no geral achei que eles não me decepcionaram

3 cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram

4 no geral achei que eles me decepcionaram

5 tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

SITUAÇÃO FINANCEIRA

Todos respondem à questão 54

54. Você teve dinheiro suficiente para suprir suas necessidades e as de sua família nas duas últimas semanas?

1 tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas

- 2 no geral tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades
- 3 cerca de metade do tempo tive dificuldades financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado
- 4 no geral não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado
- 5 tive sérias dificuldades financeiras

ANEXO C – Carta de Aceitação da *Psychotherapy Research*

07-May-2010

Dear Ms. Fernanda Serralta

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "The Process of Change in Brief Psychotherapy: Effects of Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Prototypes" in its current form for publication in *Psychotherapy Research*. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Please note that any copies of this manuscript currently available on the internet should now be removed.

If you are required by a funding body or institution to post a copy of your paper onto an open archive site or into an institutional repository, you may do so a year after publication with a link back to the journal and a full acknowledgment of the original source of publication.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of *Psychotherapy Research*, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Prof. Wolfgang Lutz
Psychotherapy Research
wolfgang.lutz@uni-trier.de

Reviewer(s)' Comments to Author:

Reviewer: 1

Comments to the Author

Comment on Manuscript # TPSR-2009-0129.R1 "The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes" submitted for publication in *Psychotherapy Research*.

The revised manuscript has been profoundly revised and issues raised in the review have been addressed consistently. For brevity's sake I refrain from reiterating the main findings at this point.

The values of the contribution made by the manuscript to psychotherapy research has been

stated in the first review already. The revision is even more clear-cut now. The paper is clearly structured and states the important findings and conclusions straightforward and clear. The manuscript now concentrates on this single study. It reviews the case lively and evokes a tangible picture about the therapy and patients process. At the same time it applies well used as well as modern scientific methodology to combine the subjective and idiosyncratic processes in psychotherapy with objective and scientific methods.

This inspiring paper takes psychotherapy research a step forward and may be used as prototype for modern psychotherapy research that successfully narrows the gap between subjectivity and objectivity, between idiographic and nomothetic approaches.

I wish to congratulate the authors to their outstanding work.

Reviewer: 2

Comments to the Author

This manuscript has undergone significant revision and, as a whole, reads more fluidly and logically. The writing is significantly improved, and the added information in the methods and results sections clarifies several aspects of the study. I address each of the comments from the authors below.

1. Editing for clarity, typos and grammar. We apologize for the deviations from standard English that characterized our prior submission. The first author is not a native English speaker and thus the writing was not always as polished as it should have been. The revised version of the manuscript was reworked line by line by the second author and fifth author, both native English speakers, to ensure compliance with standard written English.

-- The writing is much better! The paper flows well and is easily digested. One more quick edit for typos and it should be ready for publication.

2. Brazilian vs. Portuguese consistency. We now consistently refer to the translated measures as Brazilian Portuguese measures.

-- Thank you. This clears things up nicely.

3. Elaborate on master psychotherapists. All of the master (expert) psychotherapists were from the United States. They were selected on the basis of having an international reputation for expertise in their particular school of therapy. Typically, this expertise was demonstrated by numerous publications and decades of experience training novice therapists. This is now

noted on pg. 10. The reviewer is correct that the use of experts from the United States could have created cross-cultural incompatibilities of the resulting prototypes. This point is now acknowledged on pg. 21.

-- This was very helpful on the second reading, and couched the discussion and limitations in a clearer light. Nicely done .

4. Development of prototypes. We have provided the requested information about how the prototypes were developed (pgs.10-11). Specifically, we indicate how many expert therapists were involved for each prototype and the inter-rater reliability between therapists.

-- Also very helpful. I know that this information is available via the provided references, but this brief discussion helps to give the reader enough context to evaluate the procedure without following up the citation immediately.

5. Reliable Change Index (RCI). We now explain how the RCI was calculated (pg. 12).

--Thank you. Clearly presented and very helpful.

6. Discussion of Bivariate Time Series Analysis. The description of the bivariate time series analysis (and presentation of results) has been entirely reworked to make the procedure more accessible to readers of *Psychotherapy Research* (pgs. 13-14). Readers interested in a more advanced treatment of the topic are referred to other publications.

-- This was, without a doubt, the single most helpful change to the manuscript. This section read clearly and was succinct enough to avoid overwhelming the reader. This dramatically improves the quality of the results section, as findings follow from clearly presented methodologies. Well done!

7. TAO measure. We agree that the unvalidated TAO instrument detracts from the paper. It has been removed.

-- Nice.

8. We thank the reviewer for the suggestion to add the citation of Castonguay et al. (1996). This is now cited on pg. 19.

-- Well done on all fronts. The revisions listed above have all been addressed effectively and

I recommend that this paper be accepted for publication with no reservations. Excellent work!

This journal is participating in the PEER project (<http://www.peerproject.eu/>), which aims to monitor the effects of systematic self-archiving (author deposit in repositories) over time.

PEER is supported by the ECeContentplus programme

(http://ec.europa.eu/information_society/activities/econtentplus/index_en.htm).

As your manuscript has been accepted for publication by Psychotherapy Research, you may be eligible to participate in the PEER project. If you are based in the European Union, you are hereby invited to deposit your accepted manuscript in one of the participating PEER repositories. You may also choose to deposit in a non-PEER, institutional or subject repository in addition to, or as an alternative to deposit in a PEER designated repository. If depositing your accepted manuscript in a non-PEER repository, please set an embargo period of 18 months from the date of publication of the journal article for the public release of your accepted manuscript. For further information on PEER deposit, non-PEER deposit and embargo periods please visit the PEER Helpdesk: <http://peer.mpd.l.mpg.de/helpdesk>.