

# COMO OCORRE A MUDANÇA EM PSICOTERAPIA? UM ESTUDO EMPÍRICO DO PROCESSO DE UMA PSICOTERAPIA BREVE

*HOW CHANGE OCCURS IN PSYCHOTHERAPY? AN  
EMPIRICAL STUDY OF A BRIEF PSYCHOTHERAPY PROCESS*

*¿COMO OCURRE EL CAMBIO EN LA PSICOTERAPIA? UN  
ESTUDIO EMPÍRICO DEL PROCESO DE UNA PSICOTERAPIA BREVE*

*Fernanda Barcellos Serralta\**  
*Silvia Pereira da Cruz Benetti\*\**  
*Pricilla Braga\*\*\**  
*Livia Fração Sanchez\*\*\*\**  
*Clarice Kern Ruaro\*\*\*\*\**  
*Marina Ortolan Araldi\*\*\*\*\**  
*Elisa Médiçi Pizão Yoshida\*\*\*\*\**

## RESUMO

Este estudo visa descrever o processo psicoterapêutico de um caso de Psicoterapia Psicodinâmica Breve (PPB) e examinar a relação entre as variáveis do processo com o curso do tratamento. O caso era de uma paciente com queixas depressivas e sintomas somáticos, atendida por psicoterapeuta experiente. Para avaliação do processo terapêutico, todas as sessões do tratamento (n=11) foram classificadas com o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). As médias dos 100 itens do PQS em todo o tratamento foram ordenadas para identificar os itens mais e menos característicos do processo. Para examinar quais as variáveis da terapeuta, da paciente e da interação se modificaram no transcorrer do tratamento, os itens do PQS foram correlacionados com o número da sessão. As características gerais são

\* Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Rio Grande do Sul, Brasil.

\*\* Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Rio Grande do Sul, Brasil.

\*\*\* Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Rio Grande do Sul, Brasil.

\*\*\*\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Rio Grande do Sul, Brasil.

\*\*\*\*\* Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia – IEPP, Rio Grande do Sul, Brasil.

\*\*\*\*\* Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Rio Grande do Sul, Brasil.

\*\*\*\*\* Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Rio Grande do Sul, Brasil.

consistentes com o pressuposto da existência de um *continuum* expressivo-superativo nas psicoterapias psicodinâmicas. Conforme o processo evoluiu, constatou-se uma tendência crescente da terapeuta em adotar uma postura mais apoiadora e menos expressiva, enquanto observou-se autonomia crescente da paciente. O movimento complementar da díade associado à flexibilidade da técnica parecem ter contribuído para a mudança observada.

Palavras-chave: Psicoterapia Psicodinâmica Breve; Processo psicoterápico; *Psychotherapy Process Q-Set*; Estudo de Caso Sistemático.

#### ABSTRACT

This study aims at describing the psychotherapeutic process of a Brief Psychodynamic Psychotherapy case and to examine the relationship between process variables and treatment course. The case is of a patient with depressive symptoms and somatic complaints treated by an experienced psychotherapist. For the therapeutic process evaluation, all treatment sessions (n=11) were rated with the Psychotherapy Process Q-Set (PQS). The means of PQS in the entire treatment were sorted to identify the most and the least characteristic items of the process. To examine which variables of the therapist, of the patient, and of the interaction have changed over the course of treatment, the PQS items were correlated with the session number. The process' general characteristics are consistent with the assumption of a supportive-expressive continuum in psychodynamic psychotherapies. As the process progressed, it was noticed that the therapist adopted a more supportive and less expressive attitude, and that patient became more autonomous. The complementary roles of the dyad associated with technical flexibility seem to contribute to the observed changes.

Keywords: Brief Psychodynamic Psychotherapy; Psychotherapeutic process; Psychotherapy Process Q-Set; Systematic Case Study.

#### RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo describir el proceso psicoterapéutico de un caso de Psicoterapia Psicodinámica Breve y examinar la relación entre las variables del proceso y el curso del tratamiento. El caso es de una paciente con síntomas de depresión y quejas somáticas atendida por una experimentada psicoterapeuta. Para la evaluación del proceso terapéutico, todas las sesiones de tratamiento (n=11) fueron clasificadas con el Psychotherapy Process Q-Set (PQS). Las medias del PQS durante todo el tratamiento fueron ordenadas para identificar ítems más

y menos característicos del proceso. Para analizar las variables de la terapeuta, de la paciente y de la interacción que cambiaron en el curso del tratamiento, los ítems del PQS fueron correlacionados con el número de la sesión. Las características generales del proceso son consistentes con la hipótesis de la existencia de un continuo de apoyo y expresión en las psicoterapias psicodinámicas. A medida que el proceso se desarrolló, hubo una tendencia cada vez mayor de la terapeuta a adoptar una postura más apoyadora y menos expresiva, mientras había una creciente autonomía del paciente. El movimiento complementario de la díada, asociado a la flexibilidad técnica parecen haber contribuido para el cambio observado.

Palabras clave: Psicoterapia Psicodinámica Breve; Proceso psicoterapéutico; *Psychotherapy Process Q-Set*; Estudio Sistemático de Caso.

## Introdução

Embora ainda pouco difundida entre psicoterapeutas brasileiros, a pesquisa empírica em psicoterapia e em psicanálise possui longa história (Bucci, 2007; Wallerstein, 2007). A eficácia e a efetividade geral das psicoterapias psicanalíticas para diversos grupos estão bem estabelecidas, como atestam meta-análises e revisões sistemáticas realizadas com psicoterapias breves e de longo-prazo (Fonagy, 2015; Leichsenring, 2009; Leichsenring & Rabung, 2011). Paralelamente aos estudos de avaliação de resultados, a pesquisa de processos tem se desenvolvido, em parte, graças ao desenvolvimento de novos instrumentos e metodologias que permitem a investigação sistemática da experiência interpessoal que caracteriza o encontro terapêutico (Bucci, 2007). Entre estes, destacamos o *Psychotherapy Process Q-set* (Jones, 2000), instrumento do tipo *Q-sort*, aplicável às sessões de psicoterapia gravadas em áudio e/ou vídeo, que permite uma descrição abrangente do processo terapêutico, compatível com a análise quantitativa. Mais de vinte e cinco anos de estudos com o PQS atestam sua ampla aplicabilidade para o exame do processo de mudança e da relação entre processos e resultados em psicoterapias de diferentes orientações, tanto em delineamentos grupais como em estudos sistemáticos de caso (Smith-Hanse et al., 2012).

A investigação de processos busca compreender como ocorrem as mudanças no contexto da psicoterapia (Hardy & Llewelyn, 2015). Uma vez que isso implica em estudar o que ocorre durante o transcorrer do tratamento, o estudo sistemático de caso é, muitas vezes, o delineamento de escolha. Esse tipo de estudo possui algumas semelhanças com os estudos de casos clínicos realizados por psicoterapeutas, mas possuem maior rigor metodológico. Desse modo, o estudo

sistemático de caso alia a subjetividade que é inerente à clínica com as exigências de objetividade, validade e replicabilidade das ciências empíricas, favorecendo uma maior aproximação entre prática da psicoterapia e a investigação científica (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011). Nesse contexto, a combinação de avaliações qualitativas e quantitativas mostra-se bastante útil, uma vez que permite contemplar, simultaneamente, a exploração das características idiossincráticas de cada caso e a magnitude da mudança (Franklin, Allison, & Gorman, 2014).

Baseada nos princípios teóricos da psicanálise, a psicoterapia psicodinâmica breve (PPB) é uma psicoterapia plurifocal ou focal, com objetivos terapêuticos limitados, na qual a restrição do tempo surge como instrumento técnico (Yoshida, 2012). Sendo assim, na PPB as metas são mais reduzidas do que em um tratamento psicanalítico sistemático ou de tempo indeterminado. Há uma ampla variedade de modelos de PPB, porém, independentemente do modelo adotado, o princípio da limitação adotado nessa modalidade de intervenção terapêutica inclui não apenas a sua duração e a focalização, mas também outros limites, como da regressão, da liberdade de associações e dos objetivos terapêuticos (Gillieron, 1993). As PPBs caracterizam-se por uma maior atividade do terapeuta. Essa atividade inclui esforços para estabelecer aliança terapêutica e transferências positivas, identificar padrões de funcionamento mal adaptativos que irão circunscrever o foco (conflitos ou temas específicos), e a utilização sistemática desse foco para guiar as intervenções e orientar os objetivos do tratamento (Yoshida, 2012).

Um estudo naturalístico sobre a prática cotidiana em psicoterapia psicodinâmica breve, realizado por Town, McCullough e Hardy (2010), analisou as verbalizações dos terapeutas em 115 segmentos de seis psicoterapias psicodinâmicas breves e encontrou três características centrais: postura ativa do terapeuta, manutenção do foco através de confrontações e de explicitação do “triângulo do conflito” (defesa, ansiedade e sentimento encoberto) e utilização de uma combinação de intervenções expressivas e de apoio, escolhidas em acordo com o funcionamento do paciente. Como e o quanto essas características são associadas à mudança e aos resultados do tratamento são questões que ainda permanecem sem respostas.

De modo geral, as psicoterapias psicodinâmicas operam com intervenções diversas que variam em um *continuum* expressivo-suportivo (Gabbard, 2009; Luborsky, 2000). O polo expressivo inclui as intervenções que focalizam aspectos mais inconscientes do funcionamento do paciente e visam produção de *insight* ou autoconhecimento (como a interpretação e confrontação, por exemplo) e o polo suportivo contempla intervenções (como validação empática e conselhos, por exemplo) que são usadas para diminuir a ansiedade, regular a autoestima e

manter os recursos adaptativos da pessoa (Gabbard, 2009; Luborsky, 2000), bem como reparar rupturas na aliança terapêutica (Teyber & Teyber, 2014).

Ainda que tradicionalmente as intervenções psicanalíticas se assentem sobre a premissa de que, para produzir mudança, é necessário tornar conscientes os processos inconscientes, quando se adota a perspectiva de um modelo dimensional expressivo-suportivo para nortear as psicoterapias psicodinâmicas não há, propriamente, como hierarquizar as intervenções terapêuticas. Apesar das divergências entre psicoterapeutas que adotam o modelo clássico (estrutural-pulsional) e psicoterapeutas que adotam o modelo relacional sobre o que produz a mudança na psicoterapia, muitos consideram que há múltiplos modos de ação terapêutica e que existe uma sinergia entre *insight* e relacionamento terapêutico na produção dos resultados terapêuticos (Lacewing, 2014; Jones, 2000). Uma revisão de estudos sobre técnica, indicações e evidência empírica sobre as psicoterapias psicodinâmicas (Leichsenring & Leibing, 2007) revela que a aliança terapêutica é um mediador modesto de resultados e que estes dependem fundamentalmente de uma combinação de técnicas e habilidades do terapeuta, assim como da combinação entre o tipo de intervenção e variáveis do paciente. Um exemplo disso é a interpretação da transferência na PPB, que está associada com piores resultados em pacientes com patologias mais severas (Ryum, Stiles, Svartberg, & McCullough, 2010).

O objetivo do presente estudo é descrever o processo terapêutico de um caso bem sucedido de psicoterapia psicodinâmica breve de uma paciente com queixas depressivas e examinar a relação entre as variáveis do processo com o curso do tratamento (número da sessão) visando levantar algumas hipóteses exploratórias sobre como os as variáveis da terapeuta, da paciente e da interação se associam à progressão do tratamento.

## Metodologia

### *Delineamento*

Este é um estudo de processo-resultados com delineamento de estudo sistemático de caso. Esse tipo de estudo se caracteriza por combinar os paradigmas qualitativo e quantitativo e constituir uma extensão da prática clínica na qual diversos procedimentos são adotados para melhorar a qualidade do estudo e aumentar o poder das evidências (Dattilio, Edwards, & Fishman, 2010).

### *O caso em estudo*

O caso analisado é oriundo de um estudo anterior mais amplo cujo objetivo foi a avaliação de processo e dos resultados de psicoterapias psicodinâmicas breves (Yoshida, 2008a).

*Paciente:* mulher, 48 anos, desquitada, ensino médio completo, afastada do serviço por doença, três filhos casados (29, 28 e 25 anos), diabética e com medicação antidepressiva, encaminhada à clínica-escola por psiquiatra.

*Terapeuta:* mulher, doutora em psicologia, 33 anos de prática clínica.

*Psicoterapia:* onze sessões individuais e duas sessões de *follow-up* (seguimento), três e nove meses após o término. As sessões foram gravadas em áudio e vídeo e posteriormente transcritas.

*Queixa:* sentia-se prisioneira de suas obrigações. Pensava que não podia viver a sua vida, pois devia cuidar do ex-marido que havia sofrido um derrame, cerca de oito meses antes da procura da terapia. O ex-marido encontrava-se semi-paralisado e com dificuldade para falar. A paciente sentia-se “revoltada por nunca ter tido tempo para curtir sua vida” (sic). Apresentava também queixas de insônia.

*Foco terapêutico:* a psicoterapeuta estabeleceu como foco o conflito da paciente entre querer viver sua vida e o sentimento de dever para com o ex-marido, a quem achava que não podia “abandonar” por este se encontrar inválido.

*Objetivo do processo terapêutico:* a terapia teve como objetivo equacionar o conflito entre o sentimento de dever e a ânsia por viver sua vida, com um abrandamento do sentimento de culpa e de “revolta” (volta da agressão contra si mesma).

*Resultados do tratamento:* a avaliação dos resultados da psicoterapia foi realizada no contexto de estudos anteriores realizados com este caso (Yoshida, 2008a; Yoshida et al., 2009) e contou com a aplicação repetida de medidas de autorrelato no início, na fase medial, final e em entrevistas de seguimento, entre três e seis meses após o término da psicoterapia. As medidas utilizadas foram o Inventário de Depressão Beck (BDI) (Cunha, 2001), a Versão em Português da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) (Yoshida, 2000), a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/ Neuroticismo (EFN) (Hutz & Nunes, 2001) e a Escala de Avaliação de Sintomas-40 (EAS-40) (Laloni, 2001).

Os escores obtidos em cada uma das medidas no término da psicoterapia e nas entrevistas de seguimento foram comparados com os do início do processo. Foi utilizado o critério de “mudança clinicamente significativa”, proposto por Jacobson e Truax (1991). Conforme esse critério, ao final da psicoterapia o paciente deve apresentar desempenho equivalente ao de população funcional em relação à

variável medida, além da magnitude da mudança ter sido suficientemente grande para ser atribuída a uma mudança “real” e não a erros de medida. Para um detalhamento deste método, vide Yoshida (2008b).

Após a terapia, a paciente apresentou melhora clinicamente significativa nos sintomas depressivos, ainda que não tenha, no término e no primeiro seguimento, atingido nível não clínico. Já no segundo seguimento, realizado 6 meses após a terapia, a paciente havia retornado ao nível funcional. Os sintomas alexitímicos e a sintomatologia geral apresentaram melhora significativa e confiável, tanto no término como nos dois seguimentos. Considerando as subescalas da EAS-40, observa-se que a paciente iniciou o tratamento com escores compatíveis aos de população funcional em psicoticismo e obsessividade/compulsividade, mas com escores em nível considerado disfuncional nas dimensões somatização e ansiedade. Ao final do processo, demonstrou melhora clinicamente significativa em todas as dimensões, com exceção da somatização. Por fim, quanto ao ajustamento emocional/neuroticismo, a paciente iniciou a terapia com escores acima dos pontos de corte nas dimensões vulnerabilidade, instabilidade/ansiedade e depressão, tendo ao término passado para o nível funcional nas dimensões, vulnerabilidade e depressão, mas mantinha índice elevado de instabilidade/ansiedade ao final do processo. Quanto à dimensão desajustamento/emocional, já estava dentro do esperado para populações não clínicas no início e se manteve nessa faixa até o final da terapia e dos dois seguimentos realizados. De modo geral, portanto, a psicoterapia pode ser considerada bem-sucedida, ainda que não tenha havido mudança para um nível funcional nas dimensões depressão (BDI), somatização (EAS-40) e instabilidade/ansiedade (EFN).

### *Avaliação de processos*

Para este estudo, o processo terapêutico foi avaliado através do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS: Jones, 2000), em sua versão em Português do Brasil (Serralta, Nunes & Elzirik, 2007). O PQS possui 100 itens apresentados em cartões individuais que contemplam atitudes, comportamentos ou experiências do paciente (por exemplo, o paciente traz temas e material significativo à sessão), do terapeuta (por exemplo, o terapeuta faz interpretações de defesas) e da interação entre ambos (por exemplo, a situação atual da vida do paciente é enfatizada na discussão). Trata-se de um instrumento panteórico, passível de aplicação em psicoterapias de diferentes orientações.

Os itens são ordenados por juízes independentes, numa escala de 9 pontos, que varia do extremo característico (categoria 9) ao extremo não-característico

(categoria 1). O número de itens a serem dispostos em cada pilha é fixo, seguindo a curva normal, e varia entre cinco cartões nos extremos a 18 cartões na categoria do meio ou neutra (categoria 5). Os itens descrevem comportamentos observáveis ou marcadores linguísticos manifestos, evitando itens mais inferenciais como a descrição de atividades mentais ou estados psicológicos inconscientes. Não obstante, alguns itens envolvem algum grau de inferência, como por exemplo o item 24, que se refere aos conflitos do próprio terapeuta que invadem a relação (contratransferência). A terminologia teórica também é evitada, de modo a permitir uma avaliação “não-saturada” do processo. Um exemplo é o item 57 “O terapeuta explica as razões por trás de sua técnica ou abordagem ao tratamento”. Embora o item tenha 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, não são mencionados termos que remetam a abordagens terapêuticas específicas, como “psicoeducação”.

Um manual de instruções com exemplos operacionais dos itens acompanha o instrumento. O seu objetivo é minimizar diferenças na interpretação dos itens. Para a correta aplicação, o estudo do manual é insuficiente, sendo essencial que os codificadores ou juízes PQS recebam treinamento formal e tenham suas primeiras avaliações comparadas com as de avaliadores seniores.

O PQS tem como unidade de análise o processo de cada sessão. As sessões devem ser gravadas na íntegra em áudio e/ou vídeo. Após o estudo da sessão, procede-se ao ordenamento conforme o manual. Via de regra, utilizam-se dois juízes independentes e avalia-se a fidedignidade entre avaliadores antes das análises subsequentes. Caso a fidedignidade esteja baixa, um terceiro avaliador faz-se necessário. Na literatura, o parâmetro adotado como fidedignidade é variável: alguns autores utilizam como ponto de correlações de Pearson  $\geq 0,5$  (por exemplo, Ulvenes et al., 2012; Lable et al., 2010), enquanto outros adotam correlações intraclasse superiores a 0,65 (por exemplo, Lingiard, Colli, Gentile, & Tanzilli, 2011).

### *Juízes e treinamento*

O treinamento para correto uso do PQS foi ministrado por duas pesquisadoras experientes na administração desse instrumento. As participantes do treinamento foram seis psicoterapeutas vinculadas a diferentes instituições de formação em psicoterapia de Porto Alegre e região metropolitana e 1 mestrande em Psicologia Clínica. O treinamento inicial teve duração de 9 horas e envolveu apresentação do PQS, discussão dos itens do manual, discussão de exemplos de avaliações e

aplicação do instrumento em cinco sessões de psicoterapia (de diferentes casos de PPB), seguida da discussão dos itens em comparação com as avaliações das avaliadoras seniores. Após cada avaliação, eram calculadas as correlações (Pearson) entre os diferentes juízes. Ao constatar que o grupo sistematicamente estava atingindo altos níveis de fidedignidade entre avaliadores, foram definidos, aleatoriamente, pares de juízes para avaliar as sessões remanescentes do presente caso. Nessa etapa, foram consideradas aceitáveis correlações iguais ou superiores a 0,60 e, portanto, superiores ao critério utilizado por outros pesquisadores (Ulvenes et al., 2012; Lable et al., 2010).

### *Procedimentos de coleta e análise de dados*

Para a análise do processo terapêutico, as sessões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Duplas de juízes independentes avaliaram as 11 sessões de psicoterapia, conforme manual do PQS. Foram calculadas as correlações entre as avaliações de ambos os juízes, tendo sido constatado que em todas as sessões a fidedignidade entre avaliadores estava acima do ponto de corte adotado ( $r > 0,6$ ), com uma média de  $r = 0,68$  (variação entre 0,62 e 0,78). Nas análises subsequentes, para sumarizar cada sessão, foi utilizada a média das avaliações dos dois juízes que avaliaram cada sessão.

Para a descrição do processo da PPB, as médias de cada um dos 100 itens do PQS em todo o tratamento foram ordenadas e, a seguir, foram identificados os 10 itens (variáveis) menos e mais característicos do processo. Esses itens são transformados em narrativas que resumem o processo global observado. Após, os itens que refletem variáveis da terapeuta, da paciente e da interação entre ambas foram correlacionados (Coeficiente de Pearson) com o número da sessão, com o objetivo de examinar quais variáveis mudaram no transcorrer do tratamento. Todas as análises foram realizadas através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

### *Procedimentos éticos*

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade de origem do mesmo. Foram observadas todas as recomendações e diretrizes nacionais e internacionais de pesquisas dessa natureza.

## Resultados

Para mensurar o processo terapêutico, as sessões da PPB foram avaliadas através do PQS. A Tabela 1 apresenta os dez itens mais e menos característicos dessa terapia, considerando as médias das avaliações obtidas nos 100 itens do PQS e considerando cada uma das 11 sessões do tratamento.

**Tabela 1 – Caracterização Global do Processo Terapêutico**

*Nota:* P = Paciente; T= Terapeuta.

O processo global do caso analisado caracteriza-se por uma paciente confiante e segura, que é ativa, traz material significativo às sessões, não é resistente e compreende as intervenções da terapeuta. A terapeuta, por sua vez, se mostra bastante responsiva, amigável e empática. Suas intervenções visam, principalmente, facilitar a expressão da paciente, buscar eliciar novas informações e fornecer incentivo e apoio. O diálogo não apresenta silêncios e centra-se na vida atual e recente da paciente, em especial sobre a saúde e os relacionamentos da paciente. A paciente sente-se ajudada nesse processo.

O exame da relação entre a variável tempo (número da sessão) com as variáveis que refletem atitudes e ações da terapeuta, comportamentos e atitu-

des da paciente e características da interação entre a dupla paciente-terapeuta pode ajudar a compreender a evolução do processo e o progresso da paciente. As correlações significativas encontradas entre o número de sessão e as variáveis da terapeuta encontram-se na Tabela 2.

**Tabela 2 – Coeficientes de Correlação ( $r$ ) significativos ( $p < 0,05$ )  
entre número de sessão e variáveis da terapeuta (n=11)**

| Variáveis da Terapeuta  | Número de Sessão<br><i>R</i> | P     |
|---|------------------------------|-------|
| T dá orientações e conselhos explícitos.                                  | 0,64*                        | 0,035 |
| T interpreta desejos, sentimentos ou ideias, rejeitadas ou inconscientes. | -0,69*                       | 0,020 |

Nota: T = terapeuta; \*significância referente ao teste bicaudal

Conforme a Tabela 2, observa-se que o número da sessão apresentou correlação positiva com orientações e conselhos e negativa com interpretação do funcionamento inconsciente. Em outras palavras, isso significa que, na medida em que o tratamento progrediu, a terapeuta foi modificando sua técnica, diminuindo a atividade interpretativa e tornando-se mais diretiva.

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes às variáveis da paciente em relação ao tempo de tratamento (número da sessão). Conforme se observa, com a progressão do tratamento, a paciente diminui expressões de afetos dolorosos, de tristeza, raiva, culpa e vergonha. Ao longo do tempo, a paciente também diminuiu sua preocupação em buscar intimidade com a terapeuta e a tendência a culpar outros ou forças externas pelas suas dificuldades, assumindo maior controle sobre si mesma e suas ações. Ao longo do processo, a paciente foi, progressivamente, sentindo-se mais animada e ajudada pela terapia.

**Tabela 3 – Coeficientes de Correlação ( $r$ ) significativos ( $p < 0,05$ )  
entre número de sessão e variáveis da paciente (n=11)**

| Variáveis da Paciente                                 | Número de Sessão<br><i>r</i> | p     |
|---|------------------------------|-------|
| P busca maior intimidade com T.                       | -0,64*                       | 0,032 |
| P está animada ou excitada.                           | 0,62*                        | 0,042 |
| P experimenta afetos incômodos ou dolorosos.          | -0,68*                       | 0,021 |
| P culpa forças externas, pelas dificuldades.          | -0,75**                      | 0,008 |
| P sente-se triste ou deprimida (vs. alegre, animada). | -0,79**                      | 0,004 |
| P sente-se ajudada.                                   | 0,78**                       | 0,005 |
| P expressa sentimentos de raiva ou agressivos.        | -0,61*                       | 0,048 |
| P é autoacusatória; expressa vergonha ou culpa.       | -0,80**                      | 0,003 |

Nota: P = paciente; \* significativa ao nível de 5%, \*\* significativa ao nível de 1%

Finalmente, a Tabela 4 apresenta as correlações significativas encontradas entre a progressão da terapia (número da sessão) e a interação da díade paciente-terapeuta. Observa-se que, na medida em que o tratamento se desenrola, os objetivos da paciente no tratamento e suas expectativas futuras de vida foram sendo mais discutidas e trabalhadas.

**Tabela 4 – Coeficientes de Correlação ( $r$ ) significativos ( $p < 0,05$ ) entre número de sessão e variáveis da interação (n=11)**

| Variáveis da Interação                                     | Número de Sessão $r$ | $p$   |
|--|----------------------|-------|
| Os objetivos da P no tratamento são discutidos.            | 0,826**              | 0,002 |
| As aspirações e ambições da P são discutidas.              | 0,749**              | 0,008 |
| <i>Nota:</i> P = paciente; ** significativa ao nível de 1% |                      |       |

## Discussão

A descrição do processo (Tabela 1) sintetiza as variáveis da paciente, da terapeuta e da interação paciente-terapeuta que caracterizaram o processo como um todo, incluindo os fatores mais e menos salientes nas 11 sessões do tratamento. Essas características revelam a natureza colaborativa da interação terapêutica e parece refletir um sólido vínculo e aliança terapêutica. Por outro lado, chama a atenção a ausência de técnicas expressivas específicas da abordagem psicanalítica, especialmente do uso de interpretações e confrontações. É importante lembrar que as intervenções expressivas focalizam aspectos mais inconscientes, que precisam estar relativamente acessíveis à consciência do paciente para que venham a ser compreendidas por ele (Gabbard, 2009). Em psicoterapias breves, essa condição nem sempre se verifica em face do tempo bastante restrito para o exame das dificuldades do paciente e a elaboração de formas mais maduras para enfrentá-las. No processo examinado, a terapeuta focalizou sobretudo as defesas adaptativas da paciente, valendo-se da transferência positiva que prevaleceu ao longo do processo. A ausência de elementos mais específicos da técnica psicanalítica não indica que esta não esteve presente ou que não teve relevância, mas sim que não foi, em comparação com outras técnicas (o apoio e o encorajamento, por exemplo) proeminentes no processo global. Tal configuração é consistente com o pressuposto da existência de um *continuum* expressivo-suportivo nas psicoterapias psicodinâmicas (Gabbard, 2009; Luborsky, 2000).

Os achados apontam para uma preponderância de fatores comuns sobre fatores técnicos específicos. Uma revisão da literatura sobre fatores associados à

mudança em psicoterapia realizada por Greenberg (2012) concluiu que cerca de 40% da melhora em psicoterapia resulta de fatores comuns a diversos modelos de psicoterapia, associados a aspectos que envolvem o paciente, o terapeuta e a interação. Entre os fatores do paciente, a capacidade reflexiva, a severidade e número de sintomas, motivação e habilidade em focalizar problemas são características verificadas em tratamentos com resultados positivos. Outro aspecto é a presença de relações interpessoais de suporte no contexto de vida do paciente, que podem servir de base para o terapeuta referir como padrões interativos mais saudáveis. Finalmente, o reconhecimento das próprias dificuldades pessoais pelo paciente é um recurso fundamental para o trabalho de intervenção do terapeuta. Entretanto, cabe à capacidade do próprio terapeuta equilibrar a interpretação das situações conflitivas com o reconhecimento das situações em que o paciente apresenta maiores recursos e maior resiliência.

Um dos estudos iniciais realizados com o PQS identificou que resultados positivos em psicoterapia breve psicodinâmica associavam-se a determinadas características do paciente, como capacidade de introspecção e de discriminação de estados internos, pensamentos e afetos. Além disso, no processo terapêutico, esses pacientes indicavam experiências de *insight* frente às dificuldades e sentiam-se auxiliados pela psicoterapia (Jones, Parke & Pulos, 1992). Em outro estudo intensivo de caso de uma PPB estudada através do PQS, análises de séries temporais demonstraram que fatores do relacionamento e das atitudes do paciente (colaboração, por exemplo) foram mais relevantes do que a atividade interpretativa e o *insight* para explicar os ganhos terapêuticos (Serralta, Pole, Nunes, Eizirik & Olsen, 2010).

Ainda que as limitações da análise de dados utilizada no presente caso não permitam avaliar causalidade, as características gerais da psicoterapia avaliada indicam um processo colaborativo entre uma terapeuta responsiva e empática e uma paciente aberta à exploração dos seus estados mentais. Isso pode, ao menos em parte, explicar o desfecho favorável do tratamento.

Nota-se que a terapeuta adotou ao longo do processo uma postura ativa, não interpretativa e apoiadora. De fato, a análise das correlações entre tempo de tratamento e variáveis da terapeuta sugere que houve uma progressiva mudança da terapeuta a respeito das técnicas empregadas: a atividade mais interpretativa, presente nas sessões iniciais, foi diminuindo, enquanto a postura mais ativa e menos neutra foi se tornando mais proeminente. Explica-se esse movimento pela necessidade de limitar e promover mudança significativa em curto espaço de tempo. Isto é, cabe aos terapeutas em PPB experimentar a “dosagem” correta de intervenções eliciadoras de ansiedade (como a interpretação) e intervenções supressoras de ansiedade (como o apoio direto).

Podemos pressupor que a maior ênfase da terapeuta em intervenções exploratórias, mas não-interpretativas (como fazer perguntas e facilitar o discurso, por exemplo), aliadas às intervenções que apoiam e encorajam o funcionamento adaptativo da paciente (como dar orientações explícitas), tenham representado uma resposta à observação empática da terapeuta às condições e necessidades da paciente. A esse respeito podemos conjecturar que pacientes com funcionamento neurótico, mas com tendências à somatização e à ansiedade, podem responder melhor às intervenções de apoio, supressoras de ansiedade, do que às intervenções interpretativas, eliciadoras de ansiedade. Nesse sentido, em outro caso de PPB de uma paciente de funcionamento neurótico, porém muito ansiosa e com problemas graves de saúde, ficou evidente que a atitude empática e benevolente da terapeuta aliada à motivação e colaboração da paciente foram os principais mecanismos da ação terapêutica (Serralta et al., 2010). Essa flexibilidade no emprego das técnicas específicas tem sido apontada como associada a resultados positivos em psicoterapias psicodinâmicas com pacientes com diferentes psicopatologias (Owen & Hilsenroth, 2014).

É importante ressaltar que as variáveis da paciente que estiveram correlacionadas ao tempo do tratamento mostram uma progressiva diminuição da expressão de afetos negativos e autoacusações e aumento da sensação de bem-estar. Esses achados corroboram a melhora evidenciada, no pós-tratamento, através das diferentes medidas de resultados aplicadas.

## Considerações finais

Este estudo exploratório ilustra a possibilidade de avaliar o processo de mudança em psicoterapia através do PQS, um método empírico que descreve diferentes dimensões do processo de uma psicoterapia. Investigou o processo de mudança de um caso bem-sucedido de PPB. Os resultados gerais apontam para a relevância de fatores do paciente e da interação terapêutica na compreensão da mudança em PPB. A empatia e sensibilidade da terapeuta, aliadas a uma atitude apoiadora e encorajadora frente a uma paciente deprimida, mas motivada e não resistente, parece explicar os resultados alcançados. Destaca-se, porém, que as limitações inerentes a um estudo descritivo e correlacional não permitem verificar a exatidão dessa hipótese. A generalização nesse tipo de estudo depende da replicação em outros casos semelhantes. Sugere-se, portanto, mais estudos intensivos e sistemáticos sobre o processo terapêutico de psicoterapias psicodinâmicas breves.

Ainda que existam resistências entre psicoterapeutas sobre a aplicabilidade de pesquisas para a prática clínica e mesmo certo ceticismo sobre as possibilidades de métodos empíricos capturarem a complexidade da interação paciente-terapeuta, um volume considerável de pesquisas em psicanálise e psicoterapia psicanalítica tem mostrado que é sim possível aliar investigação científica e prática clínica. A experiência de treinamento com o PQS e os resultados de fidedignidade entre juízes mostrou que, com definições operacionais precisas, cuidado e paciência, é possível que diferentes clínicos examinem um mesmo material e cheguem a descrições altamente concordantes. O estudo do caso, por outro lado, revelou que descrições quantitativas de um processo podem proporcionar base empiricamente sustentada para a elaboração de hipóteses sobre os fatores associados à mudança numa determinada psicoterapia.

Essas hipóteses podem ser avaliadas em estudos com outros delineamentos (como séries de casos e estudos comparativos), estudos de caso único que apliquem análises causais de mudança e/ou que conjuguem metodologias quanti e qualitativas. Assim, obter respostas sobre quais os fatores associados à mudança e sobre como e em que condições a mudança opera permitirá, no futuro, que tenhamos diretrizes técnicas mais precisas para promover e potencializar os resultados em psicoterapias de orientação psicanalítica breves e não breves.

## Referências

- Bucci, W. (2007). Pesquisa sobre processo. In E. Pearson, A. M. Cooper & G. Gabbard (Orgs.), *Compêndio de psicanálise* (p. 320-336). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
- Dattilio, F. M., Edwards, D. J., & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 427.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, 14(2), 137-150.
- Franklin, R. D., Allison, D. B., & Gorman, B. S. (2014). *Design and analysis of single-case research*. New York, NY: Psychology Press.
- Gabbard, G. O. (2009). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Porto Alegre: Artmed.
- Gillieron, E. (1993). *Introdução às psicoterapias breves*. São Paulo: Martins Fontes.

- Greenberg, R. D. (2012). Essential ingredients for successful psychotherapy: effects of common factors. In M. J. Dewan, B. N. Steenbarger, & R. P. Greenberg (Orgs.), *The art and science of brief psychotherapies: an illustrated guide* (p. 231-242). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to Psychotherapy Process Research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Orgs.), *Psychotherapy Research* (p. 183-194). Vienna: Springer.
- Hutz, C. S., & Nunes, C. H. S. S. (2001). *Escala fatorial de ajustamento emocional/neuroticismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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., Parke, L. A., & Pulos, S. M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: a multivariate description of brief dynamic treatments. *Psychotherapy Research, 2*, 16-30.
- Lable, I., Kelley, J. M., Ackerman, J., Levy, R., Waldron, S., & Ablon, J. S. (2010). The role of the couch in psychoanalysis: Proposed research designs and some preliminary data. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 58*(5), 861-887.
- Lacewing, M. (2014). Psychodynamic Psychotherapy, Insight, and Therapeutic Action. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21*(2), 154-171.
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: adaptação, precisão e validade*. Tese de doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*(2), 217-228.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011) Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 199*, 15-22.
- Leichsenring, G.F. (2009). Psychodynamic Psychotherapy: a review of efficacy and effectiveness studies. In R. A. Levy, & J. S. Ablon (Orgs.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (p. 3-27). New York: Humana Press.
- Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D., & Tanzilli, A. (2011). Exploration of session process: relationship to depth and alliance. *Psychotherapy, 48*(4), 391-400.
- Luborsky, L. (2000). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York, USA: Basic Books.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: the importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of counseling psychology, 61*(2), 280.

- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). The role of transference work, the therapeutic alliance, and their interaction in reducing interpersonal problems among psychotherapy patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy (Chic.)*, 47, 442-453.
- Serralta F., Pole, N., Nunes, M. L., Eizirik, C. L., & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20(5):564-75.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501-510.
- 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.
- Smith-Hansen, L., Levy, R. A., Seybert, C., Erhardt, I., & Ablon, J. S. (2012). The contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to psychotherapy research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kaechele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research. Evidence-based practice and practice-based evidence* (p. 381-400). New York: Humana Press.
- Teyber, E., & Teyber, F. M. (2014). Working with the process dimension in relational therapies: Guidelines for clinical training. *Psychotherapy*, 51(3), 334.
- Town, J. M., McCullough, L., & Hardy, G. E. (2012). Therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy: six expert treatments. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(1), 31-42.
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49(3), 291-302.
- Wallerstein, R. S. (2007). Pesquisa sobre resultados. In E. Pearson, A. M. Cooper & G. Gabbard (Orgs.), *Compêndio de psicanálise* (p. 305-319). Porto Alegre: Artmed.
- Yoshida, E. M. P. (2000). Toronto Alexthymia Scale-TAS: precisão e validade da versão em português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(1), 59-74.
- Yoshida, E. M. P. (2008a). Mudança em psicoterapias breves: características de personalidade, conflito interpessoal e estratégia terapêutica. Relatório de Pesquisa, manuscrito não-publicado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Yoshida, E. M. P. (2008b). Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia*, 18(40), 305-316.
- Yoshida, E. M. P. (2012). Psicoterapias psicodinâmicas. In M. E. N. Lipp & E. M. P. Yoshida (Orgs.), *Psicoterapias breves: nos diferentes estágios evolutivos* (p. 1-17). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- Yoshida, E. M. P., Elyseu Jr., S., Silva, F. R. C. S., Finotelli Jr., I., Sanchez, F. M., Penteadó, E. F., Massei, A., C., Rocha, G. M. A., & Enéas, M. L. E. (2009). Psicoterapia psicodinâmica

breve: estratégia terapêutica e mudança no padrão de relacionamento conflituoso. *Psico-USF*, 14(3), 275-285.

Recebido em 18 de dezembro de 2013  
Aceito para publicação em 25 de outubro de 2015