



ARTIGO ORIGINAL

Investigação da adesão do processo terapêutico de uma paciente *borderline* a diferentes modelos prototípicos de psicoterapia

Investigation of the adherence of the therapeutic process of a borderline patient to different prototypical models of psychotherapy

Investigación de la adhesión del proceso terapéutico de una paciente *borderline* a diferentes modelos prototípicos de psicoterapia

Suzana Catanio Nardi^a

Aline Alvares Bittencourt^b

Fernanda Barcellos Serralta^c

Silvia Pereira Benetti^d

^a Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de pós graduação em Psicologia – São Leopoldo – RS – Brasil.

^b Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de pós graduação em Psicologia – São Leopoldo – RS – Brasil.

^c Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de pós graduação em Psicologia – São Leopoldo – RS – Brasil.

^d Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de pós graduação em Psicologia – São Leopoldo – RS – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20180029

Instituição: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de pós graduação em Psicologia – São Leopoldo – RS – Brasil

Resumo

O objetivo da presente investigação é descrever o processo do primeiro ano de uma psicoterapia de orientação psicanalítica de uma paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) e determinar em que medida o tratamento ocorreu de acordo com os modelos ideais de processos da Psicoterapia Psicanalítica (PP), com o protótipo da Função Reflexiva (FR) ou com o protótipo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). É um Estudo de Caso Sistemático, cujas 68 sessões gravadas em vídeo foram mensuradas quanto à adesão aos protótipos de Psicoterapia Psicanalítica (PP) e de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), desenvolvidos no Brasil e o protótipo da Terapia Baseada na Mentalização (FR) desenvolvido nos Estados Unidos. Para a verificação da adesão do tratamento aos protótipos, as sessões foram codificadas por meio do *Psychotherapy Process Q-set* (PQS), avaliadas por juízes treinados na metodologia *Q-Sort*. Os resultados revelaram que o processo terapêutico aderiu a todos os modelos, e mais proximamente ao protótipo FR do que aos demais. A investigação está em consonância com o pressuposto de que a FR é fator comum no tratamento efetivo de pacientes *borderline* e indica que, com pacientes com patologias mais regressivas o terapeuta, por vezes, se afasta da técnica clássica e prioriza intervenções que promovam a mentalização.

Palavras-chave: *Psychotherapy process Q-Set*; Protótipos; Psicoterapia psicodinâmica.

Abstract

The purpose of the present investigation is to describe the process of the first year of a psychoanalytic oriented psychotherapy of a patient with Borderline Personality Disorder (BPD) and to determine to what extent the treatment occurred according to the ideal psychoanalytic psychotherapy (PP) the Reflexive Function (FR) prototype or the prototype of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). It is a Systematic Case Study, whose 68 videotaped sessions were measured in terms of adherence to the prototypes of Psychoanalytic Psychotherapy (PP) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) developed in Brazil and the prototype of Mentalization Based Therapy (FR) developed in the United States. For the verification of treatment adherence to the prototypes, the sessions were coded using the Psychotherapy Process Q-set (PQS), evaluated by judges trained in the Q-Sort methodology. The results revealed that the therapeutic process adhered to all the models, and more closely to the RF prototype than to the others. The research is in line with the assumption that RF is a common factor in the effective treatment of borderline patients and indicates that with patients with more regressive pathologies the therapist sometimes departs from the classical technique and prioritizes interventions that promote mentalization.

keywords: Psychotherapy process Q-Set; Prototypes; Psychodynamic psychotherapy.

Resumen

El objetivo de la presente investigación es describir el proceso del primer año de una psicoterapia de orientación psicoanalítica de una paciente con Trastorno de Personalidad Borderline (TPB) y determinar en qué medida el tratamiento ocurrió de acuerdo con los modelos ideales de procesos de la Psicoterapia Psicoanalítica (PP), con el prototipo de la Función Reflexiva (FR) o con el prototipo de la Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Es un Estudio de Caso Sistemático, cuyas 68 sesiones grabadas en vídeo fueron medidas en cuanto a la adhesión a los prototipos de Psicoterapia Psicoanalítica (PP) y de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), desarrollados en Brasil y el prototipo de la Terapia Basada en la Mentalización (FR) desarrollado en los Estados Unidos. Para la verificación de la adhesión del tratamiento a los prototipos, las sesiones se codificaron a través del Psychotherapy Process Q-set (PQS) evaluadas por jueces entrenados en la metodología Q-Sort. Los resultados revelaron que el proceso terapéutico se adhirió a todos los modelos, y más cerca del prototipo FR que a los demás. La investigación está en consonancia con el supuesto de que la FR es factor común en el tratamiento efectivo de pacientes borderline e indica que con pacientes con patologías más regresivas el terapeuta a veces se aleja de la técnica clásica y prioriza intervenciones que promueven la mentalización.

Palabras clave: Psicoterapia de procesamiento; Prototipos; Psicoterapia psicodinámica.

Introdução

Pacientes com diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) têm sido muito estudados no contexto da pesquisa clínica¹. Esse é um transtorno associado à instabilidade emocional, a problemas interpessoais, a dificuldades funcionais, à impulsividade e a comportamentos suicidas². O paciente com TPB possui uma conduta explosiva, seus estados afetivos são colocados no ato (*enactment*) e se repetem sistematicamente nas sessões, mesmo que seja de forma não verbal. O comportamento rígido do paciente e a dificuldade para expressar o afeto podem penetrar nas sessões e causar efeitos sobre a relação paciente-terapeuta. Isso pode provocar intensas reações do terapeuta e desencadear impasses no tratamento. São manifestações explosivas de afeto que dominam as sessões, mas que rapidamente mudam e os afetos se atenuam³.

Diante das dificuldades que o paciente com TPB apresenta, como desregulação emocional grave e forte impulsividade⁴, o processo terapêutico tem sido identificado como complexo em função do difícil acesso a esses pacientes. Dessa forma, estudos⁵⁻⁶⁻⁷ apontam para as questões técnicas do tratamento do paciente com TPB, já que, em função das complexidades que a patologia apresenta, o tratamento necessita de adequação e ajustamentos às especificidades da sintomatologia e suas comorbidades.

Assim, modelos terapêuticos baseados em evidências foram desenvolvidos, dirigidos para o tratamento desses pacientes⁵. Entre esses modelos estão a Psicoterapia Focada na Transferência (TFT), a Terapia Baseada

na Mentalização (TBM), a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Psicodinâmica (PDT) e a Terapia comportamental Dialética (DBT)⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹².

Pesquisas utilizando-se dessas abordagens psicoterápicas têm sido realizadas tanto voltadas para os resultados quanto para o processo terapêutico. Em relação às pesquisas de processo, o foco dos estudos refere-se à identificação dos fatores comuns e específicos dos modelos próprios de determinada teoria que embasa cada abordagem, associados ao processo terapêutico¹³⁻¹⁴⁻¹⁵, visando tanto verificar a eficácia e efetividade dos atendimentos quanto os aspectos do processo terapêutico associados aos resultados.

Pesquisas de Processo em Psicoterapia: Pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*

Nas últimas décadas, as pesquisas de processo com pacientes com TPB têm sido bastante exploradas, buscando compreender o que de fato ocorre nas sessões. Tais pesquisas incluem o estudo das ações, das experiências e do grau de proximidade entre paciente e terapeuta durante as sessões¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸. Também podem ser caracterizadas por compreender as mudanças que acontecem internamente no paciente durante a psicoterapia, podendo estar casualmente associadas ao resultado do tratamento¹⁹⁻²⁰. Dessa forma, estudos de processo contribuem para a identificação dos mecanismos de mudança, verificando a ação dos ingredientes comuns aos distintos modelos de psicoterapia, bem como os ingredientes específicos na ação terapêutica, permitindo conhecer quais elementos do paciente, do terapeuta e da interação estão mais associados à mudança.

Para a identificação de ingredientes ativos no processo terapêutico, Jones (2000) desenvolveu um instrumento inovador baseado na metodologia *Q-Sort*, o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS), que descreve os comportamentos do terapeuta, do paciente e a relação entre ambos. O PQS consiste em 100 itens a serem ordenados (*Q-sort*) em nove categorias que descrevem o processo da psicoterapia. Essa distribuição dos itens é forçada, uma vez que cada categoria comporta um número de itens e faz com que os avaliadores tentem da melhor forma descrever o que ocorre durante a sessão^{18,21-22}. Além de possibilitar o estudo do processo terapêutico, o PQS permite que se desenvolvam protótipos dos modelos ideais de cada abordagem terapêutica. Com base na avaliação de *experts*, foram criados protótipos com base em sessões ideais e hipotéticas de psicoterapia, dentro do seu modelo teórico.

Em uma das linhas de investigação com o PQS,²³ pesquisadores solicitaram para especialistas em PDT e TCC que classificassem os 100 itens do (PQS) de acordo com o que consideravam uma sessão ideal. Assim, foram desenvolvidos protótipos de sessões ideais, e os especialistas definiram os itens mais e menos característicos do protótipo psicodinâmico. Entre os itens mais característicos da PDT estão: Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos (item 90), O terapeuta é neutro (item 93) e O terapeuta assinala o uso de manobras defensivas pelo paciente, por exemplo, anulação, negação (item 36). No protótipo da TCC, destaca-se, por exemplo, que Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão (item 38), A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre ideias ou sistemas de crenças (item 30) e (Item 85) O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de comportar-se com os outros.

Esses protótipos foram utilizados²³ para comparar três amostras de tratamentos arquivados, dois deles de Psicoterapia Psicodinâmica Breve (PPDB) e o outro TCC, para verificar o grau de aderência dos tratamentos e o resultado. Os dados demonstraram que ambos os modelos de tratamento, tanto PPDB quanto TCC, aderiram significativamente ao protótipo da TCC. O protótipo psicodinâmico foi associado positivamente ao resultado nos três tratamentos, indicando que processos de outra abordagem e menos prevalentes podem produzir mudança.

Posteriormente, os protótipos Terapia Interpessoal Breve (PIBTI) e o protótipo da TCC, foram utilizados para comparar tratamentos²⁴. Os protótipos de sessões ideais foram comparados com quatro tratamentos reais breves: TI, TCC, um tratamento clínico com a utilização de medicação, e outro com um grupo controle com uso de placebo. Foi verificado em que medida cada tratamento real aderiu ao protótipo ideal do seu modelo. Concluíram que todos os pacientes melhoraram e os tratamentos da TI e da TCC aderiram significativamente ao protótipo da TCC. Os autores apontam que esse resultado pode estar associado ao fato de que diferentes psicoterapias podem, na verdade, usar terminologias distintas para se referir a construtos psicológicos e processos que são análogos.

No sentido de verificar elementos comuns aos processos psicoterápicos, Goodman²⁵ desenvolveu uma investigação orientada para verificar se a mentalização era um processo comum presente em vários modelos de tratamento. Mentalizar é a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e aos outros em relação aos estados mentais (sentimentos, crenças, intenções e desejos). Durante os anos iniciais da vida da criança, os processos mentais são pré-reflexivos, evoluindo durante esta etapa de vida para a capacidade reflexiva²⁶. Entretanto, é muito comum o uso dos conceitos como sinônimos e frequentemente como conceitos intercambiáveis²⁷⁻²⁸⁻²⁹.

Tomando esses conceitos, Goodman²⁵ inicialmente desenvolveu o protótipo da FR, a partir da classificação dos itens do PQS, de acordo com o que seria uma sessão ideal realizada por *experts* reconhecidos por seu trabalho na área. Os três itens mais característicos do protótipo da FR foram: (item 99), O terapeuta questiona a visão do paciente versus valida as percepções do paciente, (item 98) , ;A relação terapêutica é um foco de discussão (item 98), e (item 3). As observações do terapeuta visam facilitar a fala do paciente (item 3)

Com base no desenvolvimento do protótipo da FR, procurou-se investigar se a mentalização é um fator comum no processo de psicoterapia com modelos de tratamento da Terapia Focada na Transferência (TFT) e Terapia Comportamental Dialética (TCD) e a TCC. Foi constatado que o protótipo da FR foi altamente correlacionado com todos os protótipos, indicando que a mentalização é um processo inerente aos diferentes modelos de tratamento para pacientes TPB.

Investigações subsequentes realizadas por Goodman, Edwards e Chung³⁰ e Goodman, Anderson e Diener³¹ visaram identificar processos prototípicos que caracterizam tratamentos com pacientes TPB, identificando estratégias efetivas de intervenção que os terapeutas pudessem incorporar em seu trabalho clínico com pacientes diagnosticadas com TPB em internação psiquiátrica. Em ambos os estudos, as sessões foram gravadas em vídeo e codificadas com o PQS e as pacientes foram as mesmas. As pacientes foram tratadas com Terapia Psicodinâmica (PDT) durante seis meses, três vezes por semana. As sessões foram correlacionadas aos

protótipos da TFT, TCD, TCC, PDT e TI. Goodman et al.³⁰, constataram que houve uma variação da adesão aos protótipos conforme o tempo, o que demonstrou que ocorreram mudanças na interação da díade ao longo do processo. A adesão ao protótipo da PDT foi diminuindo em três dos cinco tratamentos, conforme o tempo foi passando. Utilizando o modelo de regressão múltipla, que incluiu todas as cinco correlações de processo prototípicas, entre esses três tratamentos, a adesão ao modelo TCC e ao modelo da TFT foram preditoras de redução de angústia, enquanto a adesão ao modelo PDT previu aumento do sofrimento. Concluem os autores que o uso de estratégias de intervenção mais estruturadas, utilizadas por terapeutas psicodinâmicos, assinala o empenho na manutenção da estabilidade e da aliança terapêutica em pacientes severamente doentes, quando os sintomas se agravam. Dessa forma, os resultados demonstram que a flexibilidade técnica e o uso de intervenções mais estruturadas servem para a estabilização do paciente.

Tomando em consideração as investigações de processo em psicoterapia com pacientes com TPB, destaca-se o valor do desenvolvimento de pesquisas que investiguem o processo psicoterápico em condições naturalísticas para compreender como os terapeutas de orientação psicanalítica conduzem o tratamento com estes pacientes, contribuindo para levantar hipóteses sobre possíveis ingredientes ativos no processo da psicoterapia com pacientes TPB.

Objetivos:

O estudo teve como objetivos descrever o processo do primeiro ano de uma psicoterapia psicanalítica de uma paciente com TPB e determinar em que medida o tratamento ocorreu de acordo com o protótipo da Psicoterapia Psicanalítica (PP), com o protótipo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), ou com o protótipo da Função Reflexiva (FR).

Método

Delineamento:

Trata-se de um estudo misto e longitudinal, com delineamento de Estudo de Caso Sistemático (ECS)⁽³²⁾. Essa modalidade de investigação utiliza o caso único, com o objetivo de compreender os elementos que contribuem para a mudança, baseado nos processos que acontecem no contexto naturalista, cujos dados advêm das sessões de psicoterapia.

Aspectos Éticos

Esse estudo está vinculado a um projeto de pesquisa maior, (Psicoterapia Psicanalítica na Adolescência – Características e avaliação do processo terapêutico), submetido e aprovado no Comitê de Ética da universidade

de origem. O termo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pela paciente e a pela terapeuta, o Termo foi elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, fornecido pela pesquisadora coordenadora do projeto.

Participantes

Paciente:

Uma Jovem de 19 anos buscou tratamento em uma clínica de atendimento psicológico de Porto Alegre/RS. Foi realizada uma entrevista de triagem com psicólogo e neste momento, a paciente teve uma crise de choro, relatou que em diversas ocasiões tentou cortar-se. Iniciou várias vezes tratamento psicoterápico, mas interrompeu todos. Ela foi encaminhada à psicoterapia de orientação psicanalítica e à avaliação psiquiátrica. O Psiquiatra realizou o diagnóstico utilizando o modelo proposto para diagnóstico multiaxial do DSM-IV-TR (APA, 2000), que foi de Transtorno de Personalidade *Borderline*, confirmado posteriormente pela terapeuta. O psiquiatra prescreveu o medicamento Neozine 100 mg, e posteriormente houve troca do remédio para o Depakote 250mg.

Síntese do caso:

A paciente buscou atendimento em 2013 por se cortar em momentos de raiva e ter crises de choro desde os 12 anos. Já iniciou várias psicoterapias, inclusive com uso de medicação, todas as vezes que se sente melhor, abandona o tratamento. Em relação a sua infância, refere que em muitas ocasiões, o pai estava alcoolizado, batia na mãe, e elas precisavam fugir. Quando o efeito do álcool passava, ele pedia perdão e tudo ficava bem. Refere também que sofreu tentativa de abuso por parte de um amigo do pai, mas contou somente à mãe, pois o pai era violento e teve medo do que ele poderia fazer, já que usava arma.

O pai morreu quando ela estava no início da adolescência. Nesta época começou a namorar um rapaz mais velho, também alcoolista. Com ele, começou a beber, além de ter presenciado vários episódios agressividade por parte dele.

No momento da busca por atendimento, a paciente apresentava comportamentos fóbicos, dificuldade para sair de casa, pegar ônibus e até mesmo para ir à aula. Também apresentava compulsões e rituais para conseguir dormir, além de condutas de automutilação.

Terapeuta:

A terapeuta possuía experiência na área clínica de dez anos, com formação em psicoterapia psicanalítica. A formação incluiu seminários teóricos, supervisões e tratamento pessoal.

Tratamento:

A clínica procurada pela paciente utiliza procedimentos padronizados que se iniciam com a avaliação da paciente em entrevista de triagem com psicólogo treinado, seguida do encaminhamento para a psicoterapia e/ou avaliação psiquiátrica. A paciente deste estudo foi conduzida para psicoterapia individual de orientação psicanalítica e para avaliação psiquiátrica, que se realizou na etapa inicial da psicoterapia.

O consultório da terapeuta foi o local dos atendimentos em horários previamente combinados. As sessões de psicoterapia psicanalítica ocorreram ao longo dos primeiros cinco meses, com periodicidade de duas vezes por semana. Posteriormente, a frequência passou a ser semanal, por solicitação da paciente. Após os primeiros cinco meses do início do tratamento, a paciente entrou em contato por telefone com a terapeuta, falando de seu desejo de se cortar e de pensamentos suicidas, momento em que foi internada em uma clínica psiquiátrica onde permaneceu durante quinze dias. Nessa fase, os atendimentos continuaram no local da internação (sessões 37,38,39,40). Após esse período, as sessões foram retomadas no consultório da terapeuta. O tratamento iniciou no ano de 2013 e os dados coletados compreenderam um período de 12 meses.

Instrumento

Psychotherapy Process Q-Set (PQS) Jones¹⁶. Trata-se de um instrumento que busca compreender os fenômenos emergentes em um processo de psicoterapia individual. O PQS é baseado no método *Q-Sort*, validado no Brasil por Serralta, Nunes e Eizirik²² e desenvolvido com o objetivo de permitir a compreensão de como se dá a mudança durante o processo psicoterápico, assinalando os mecanismos de ação, tanto do psicoterapeuta, quanto do paciente e da interação que se processa. 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. Utilizam-se dois juízes independentes e avalia-se a fidedignidade entre avaliadores antes das análises subsequentes. Caso a fidedignidade esteja abaixo de 0,7 (coeficiente de Pearson), um terceiro avaliador faz-se necessário.

Os itens descrevem os comportamentos que são visíveis ou assinalamentos manifestos por meio da linguagem, o que dificulta as inferências. Para que o instrumento seja adequadamente avaliado, é necessário que os juízes sejam treinados previamente e suas primeiras avaliações sejam comparadas com avaliadores com experiência na utilização do PQS.

Procedimentos de coleta de dados

Foram analisadas as 68 sessões gravadas em vídeo que contemplam por contemplarem o primeiro ano de tratamento. Para a utilização do PQS, foi realizado um treinamento por duas pesquisadoras experientes na administração e codificação do instrumento. Participaram dessa capacitação, seis psicoterapeutas ligadas a

distintos locais de formação em psicoterapia de orientação psicanalítica de Porto Alegre e Região Metropolitana, além de uma psicóloga mestre em psicologia clínica, com a mesma formação teórica. Foram formadas duplas aleatórias de juízes que se alternavam entre si para codificar as sessões, também escolhidas de modo aleatório. Foram calculadas as correlações entre as diferentes duplas de juízes, sendo verificado, em todas as sessões, boa fidedignidade entre avaliadores (correlações Intra Classe Classe >0,70).

Análise dos Dados

As 68 sessões de psicoterapia psicanalítica gravadas, foram codificadas por meio do PQS, avaliadas de modo aleatório, por duplas de juízes treinados na metodologia *Q-Sort*. Com base nesta avaliação, foi realizado o cálculo das médias dos itens no conjunto das sessões, identificando-se os 10 itens mais e os 10 menos característicos para a descrição geral do processo. Para a investigação da adesão do processo aos protótipos, utilizaram-se os protótipos de Psicoterapia Psicanalítica (PP) e de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), ambos desenvolvidos no Brasil, respectivamente por Serralta e Alvares³³ e Serralta e Ablon³⁴, e da Função Reflexiva (FR) por Goodman²⁵, todos tendo como base resposta de *experts* aos itens do PQS. Tais protótipos incluem não somente os comportamentos e a técnica do terapeuta, mas também os comportamentos do paciente, e a interação entre eles.

Para o cálculo da adesão do tratamento aos modelos ideais da PP, da FR e da TCC, os escores fatoriais em cada item de cada protótipo foram correlacionados, por meio do coeficiente de Pearson, às médias dos itens do PQS em cada sessão do tratamento realizado. Isso gerou escores de adesão a estes modelos em cada sessão. Para examinar, o (s) modelo (s) proeminentes, foram realizados testes *t* para amostras pareadas, comparando os escores de adesão do processo total do tratamento (68 sessões) aos protótipos da PP, da TCC e da FR entre si. O mesmo procedimento foi realizado considerando somente os escores dos itens referentes ao terapeuta. Estas análises foram realizadas utilizando o software SPSS 22.0.

Resultados

Descrição de processo geral da psicoterapia

Para obter uma síntese quantitativa do processo terapêutico, foram calculadas as médias dos itens do PQS das 68 sessões e ordenados os mesmos, verificando-se os dez itens mais e menos característicos do processo (Tabela 1). Com base nesses itens foi realizada a narrativa do processo.

Tabela 1. Processo geral

<i>Itens mais característicos</i>	N	Média	Min	Max	D.P
PQS 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	68	6,0	9,0	8,0	0,66

Itens mais característicos	N	Média	Min	Max	D.P
PQS 6: O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	68	1,5	9,0	7,7	1,05
PQS 69: A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	68	2,5	9,0	7,7	1,51
PQS 46: O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.	68	4,5	9,0	7,5	0,76
PQS 86: O terapeuta é seguro ou autoconfiante (<i>versus</i> inseguro ou defensivo).	68	4,5	9,0	7,4	0,84
PQS 88: O paciente traz temas e material significativos.	68	2,0	9,0	7,4	1,54
PQS 18: O terapeuta transmite a impressão de aceitação não crítica.	68	4,0	8,5	7,3	0,90
PQS 54: O paciente é claro e organizado em sua expressão.	68	3,0	9,0	7,2	1,07
PQS 28: O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	68	5,0	9,0	7,1	0,92
PQS 63: Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.	68	3,0	9,0	7,0	1,65
Itens menos característicos	N	Min	Máx	Média	DP
PQS 9: O terapeuta é distante, indiferente (<i>versus</i> responsivo e efetivamente envolvido).	68	1,0	6,0	2,0	0,83
PQS 53: O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.	68	1,0	5,0	2,1	0,89
PQS 77: O terapeuta não tem tato.	68	1,0	8,0	2,1	1,12
PQS 25: O paciente tem dificuldade em começar a sessão.	68	1,0	8,0	2,3	1,40
PQS 87: O paciente é controlador.	68	1,0	6,5	2,7	1,33
PQS 61: O paciente se sente tímido ou envergonhado (<i>versus</i> à vontade e seguro).	68	1,0	5,5	2,7	1,01
PQS 78: O paciente busca aprovação, afeição ou simpatia do terapeuta.	68	1,0	6,0	2,7	1,01
PQS 44: O Paciente se sente cauteloso ou desconfiado (<i>versus</i> confiante e seguro).	68	1,0	7,5	2,8	1,28
PQS 15: O paciente não inicia assuntos; é passivo.	68	1,0	9,0	2,8	2,04
PQS 5: O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.	68	1,0	9,0	2,9	1,81

De modo geral, observa-se que o tratamento da paciente foi caracterizado por uma terapeuta que solicita mais informações ou elaboração (PQS 31), é sensível aos sentimentos da paciente, afinada e empática (PQS 6), se comunicando com estilo claro e coerente (PQS 46). É também segura e autoconfiante (PQS 86), transmitindo a impressão de aceitação não crítica (PQS 18), percebendo acuradamente o processo terapêutico (PQS 28), mostrando tato (PQS 77) envolvimento responsivo com a paciente (PQS 9). A paciente responde

trazendo temas e material significativos (PQS 88), é clara e organizada em sua expressão (PQS 54), não tem dificuldade para compreender os comentários da terapeuta (PQS 5). Ela inicia assuntos, não é passiva (PQS 15), se sente confiante e segura (PQS 44), não busca aprovação, afeição, ou simpatia da terapeuta (PQS 78), não se sente tímida ou envergonhada (PQS 61), não é controladora (PQS 87), não tem dificuldade em começar a sessão (PQS 25) e não está preocupada com o que a terapeuta pensa dela (PQS 53). A relação entre a diáde se caracterizou pela discussão da situação de vida atual ou recente da paciente (PQS 69), os relacionamentos interpessoais (PQS 63) e a autoimagem (PQS 35).

A análise dos dados em relação aos modelos ideais, indicou que o processo geral das sessões foi caracterizado pela adesão a todos os protótipos.

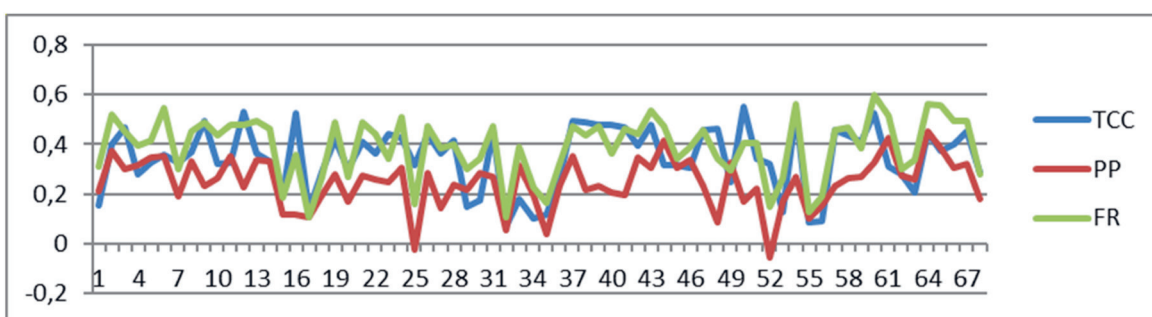


Figura 1. Gráfico da adesão do processo geral

Foi verificado que, em média, a adesão do processo ao modelo FR foi de 0,39 (DP = 0,12), ao modelo TCC, 0,35 (DP = 0,13), e ao modelo PP, 0,27 (DP = 0,10). A adesão global da terapia ao modelo PP foi significativamente menor que ao modelo FR ($t = -15,26$; $p = 0,000$) e que ao modelo TCC ($t = -6,09$; $p = 0,000$). A adesão ao modelo FR também foi superior a adesão ao modelo TCC ($t = 3,79$; $p = 0,000$). Isso indica que o processo do primeiro ano da terapia ocorreu predominantemente em conformidade com o modelo de FR. O tempo de tratamento não foi associado a adesão a nenhum dos protótipos.

Na figura 1 observa-se que duas sessões (25 e 52) correlacionaram-se negativamente ao protótipo da PP. Na sessão 25, o processo foi direcionado aos relacionamentos interpessoais da paciente (PQS 63), sua situação de vida atual ou recente é enfatizada na discussão (PQS 69), trazendo temas e material significativos (PQS 88), suas aspirações ou ambições são tópicos de discussão (PQS 41). Por sua vez a terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente (PQS 46), mas não faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações (PQS 100), não interpreta desejos, sentimentos ou ideias, rejeitadas ou inconscientes (PQS 67) e a paciente não busca aprovação, afeição, ou simpatia da terapeuta (PQS 78), não se sentindo inadequada ou inferior (PQS 59), nem tímida ou envergonhada (PQS 61).

Em relação a sessão 52, o processo foi caracterizado por uma terapeuta solicitando mais informação

ou elaboração (PQS 31), se comunicando com o paciente com um estilo claro e coerente (PQS 46) e exerce ativamente o controle sobre a interação (PQS 17). Os itens menos característicos apontam para uma terapeuta que não é condescendente (PQS 51), também não é distante (PQS 9) e é responsiva demonstrando tato para com a paciente (PQS 77). A paciente por sua vez, culpa os outros ou forças externas pelas dificuldades (PQS 34), resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas (PQS 58). Já os itens menos característicos indicaram que a paciente estava introspectiva, não conseguiu explorar pensamentos e sentimentos íntimos (PQS 97), não buscava a aprovação, afeição ou simpatia da terapeuta (PQS 78) e não estava preocupada com o que a terapeuta pensava dela (PQS 53).

Para examinar a adesão da terapeuta aos modelos investigados, o mesmo procedimento foi realizado considerando somente os itens do PQS que refletem comportamentos, atitudes e técnicas do terapeuta. O objetivo foi verificar em que contexto a terapeuta adotou técnicas menos compatíveis com o seu modelo teórico (psicanalítico). Foi constatado que, em média a adesão da terapeuta ao modelo FR foi de 0,51 (DP = 0,12), ao modelo TCC, 0,38 (DP = 0,12), e ao modelo PP, 0,30 (DP = 0,13). Adesão ao modelo PP foi significativamente menor que ao modelo FR ($t = -15,41$; $p = 0,000$) e que ao modelo TCC ($t = -2,83$; $p = 0,006$). Acrescenta-se ainda, que a adesão da terapeuta ao modelo FR também é superior à adesão ao modelo TCC ($t = 6,51$; $p = 0,000$), o que confirma que o modelo mais adotado pela terapeuta ao longo do primeiro ano da paciente foi o FR.

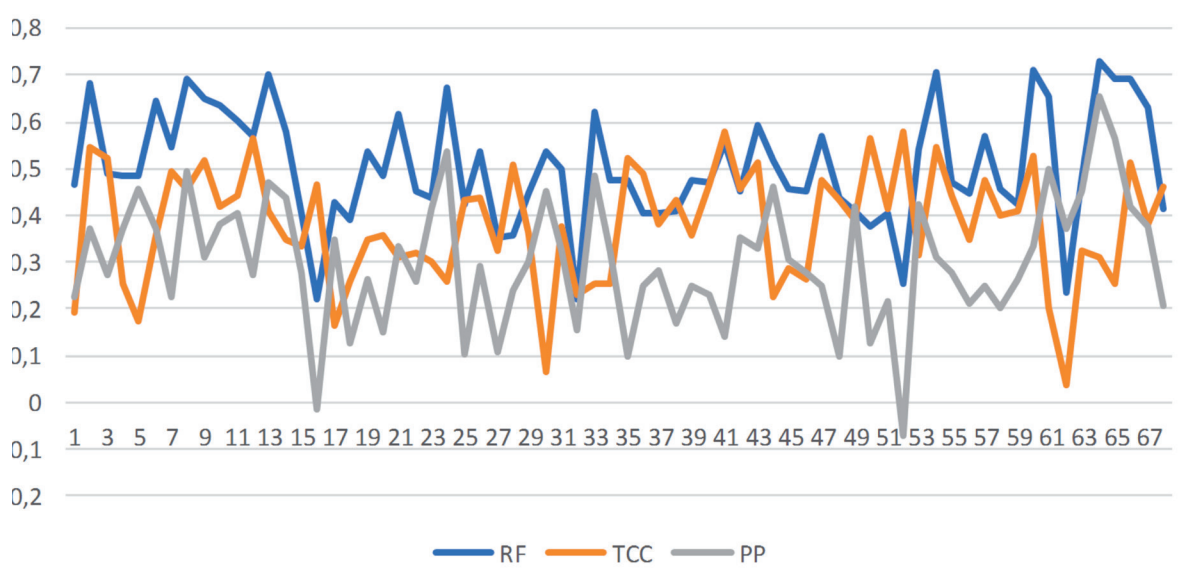


Figura 2. Gráfico da adesão do terapeuta aos protótipo

Observa-se na Figura 2 que em duas sessões (16 e 52) a terapeuta aderiu negativamente ao protótipo da PP. A análise dos 3 itens mais e os 3 menos característicos do PQS, da terapeuta na sessão 16, denotam que ela se comporta como um professor (PQS 37), dando orientações e conselhos explícitos (PQS 27), transmitindo a impressão de aceitação não-crítica (PQS 18). Dentre os itens menos característicos demonstram

o comportamento da terapeuta não sendo distante da paciente (PQS 9), sendo responsiva, tendo tato (PQS 77) e não fortalecendo as defesas da paciente (PQS 89). Os itens mais característicos da paciente revelam itens com média (7,0) inferiores aos dos itens do terapeuta (8,5). Os comportamentos da paciente demonstram que ela se expressava de forma clara e organizada (PQS 54), compreendia a natureza da terapia e o que era esperado (PQS 72) e está comprometida com o trabalho terapêutico (PQS 72). Os itens menos característicos evidenciam a dificuldade de a paciente compreender os comentários da terapeuta (PQS 5), não é controladora (PQS 87), sem dificuldades para começar a sessão (PQS 25).

Discussão

O presente estudo demonstrou que uma psicoterapia supostamente psicanalítica com uma jovem paciente com TPB, embora contivesse diversos elementos compatíveis com o modelo psicanalítico, aderiu significativamente mais ao modelo da FR e, inclusive, ao modelo TCC que ao modelo PP ideal. A maior adesão ao modelo FR indica que, de forma geral, o tratamento focalizou o desenvolvimento da mentalização da paciente. Dentre os 10 itens mais característicos do processo geral, 7 itens caracterizam o protótipo da FR: (PQS 31) solicitação de mais informação ou elaboração, (PQS 6) postura sensível e empática do terapeuta, (PQS 69) exploração de temas referentes à vida atual ou recente do paciente, comunicação do terapeuta com o paciente tem um estilo claro e coerente (PQS 46), o terapeuta é seguro ou autoconfiante (PQS 86), transmitindo a impressão de aceitação não crítica (PQS 18) e percebe acuradamente o processo terapêutico (PQS 28).

Os itens característicos da FR presentes no processo geral apóiam a posição de Bateman e Fonagy²⁷ sobre as estratégias da Terapia Baseada na Mentalização que visam desenvolver a função reflexiva em paciente TPB. A sintonização empática com o paciente no aqui e agora, o apoio e o esclarecimento constituem o princípio fundamental deste modelo (Bateman & Fonagy³⁵). Essas intervenções promovem a restauração da capacidade de interpretar os comportamentos de si e de outros, produzidos pelos estados mentais subjacentes de si mesmo e outros. Além disso, argumentam os autores que, para promover a mentalização, o terapeuta deve ser ativo, questionando ativamente o paciente em relação às suas experiências, solicitando descrições minuciosas dessas vivências, dizendo explicitamente aquilo que não está claro, e ter paciência para identificar as diferenças de perspectivas do paciente. Portanto, as intervenções terapêuticas que auxiliam no estabelecimento da mentalização incluem a sintonização emocional, diferenciação ativa de estados mentais e discussão dos estados mentais do paciente em relação aos estados mentais dos outros no aqui e agora²⁵.

Uma análise mais aprofundada demonstrou que de modo geral, a terapeuta trabalhou ativamente com a paciente no sentido do encorajamento de elaboração, também utilizou intervenções que enfatizavam as experiências emocionais do paciente. A finalidade é dar sentido e contexto ao comportamento que resulta de uma falha na mentalização. Nessa direção, o terapeuta assume uma postura ativa, questionando a paciente para reconstruir na sua história os fatos que contribuíram para a falha da mentalização, identificando os sentimentos ligados a esses eventos. Assim, o objetivo é auxiliar a paciente a mentalizar, ligando o fato ao sentimento.

Ainda que, ao longo do tratamento, o protótipo da FR tenha caracterizado grande parte das sessões, é importante destacar que vários itens presentes nesse protótipo também fazem parte dos protótipos da PP e TCC. A partir da análise do processo geral e da análise complementar realizada nas sessões com baixa adesão ao protótipo PP, a hipótese é que a significativa adesão deste tratamento modelo ideal TCC se deve mais aos processos compartilhados deste modelo com a FR (com o apoio e a diretividade, por exemplo) do que a utilização de técnicas específicas da TCC por parte da terapeuta. Nesse sentido, os dados vão na direção da proposição de Bateman e Fonagy¹⁰ confirmada nos estudos de Goodman²⁵ de que a mentalização é um processo implícito e inerente às diferentes abordagens com pacientes TPB. Assim, itens comuns aos protótipos da FR, PP e TCC caracterizaram as sessões do tratamento analisado. Por exemplo, o terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático (PQS 6), e o terapeuta transmite a impressão de aceitação não crítica (PQS 18) são itens que aparecem em todos os protótipos e caracterizam o tratamento investigado.

Observou-se também que, dos dez itens mais característicos do processo geral, quatro indicam que o tratamento se voltou também para o incremento da aliança terapêutica. Dessa maneira, uma postura empática do terapeuta, uma comunicação clara e coerente e uma aceitação não crítica do paciente demonstram a preocupação no desenvolvimento da aliança. Esses aspectos são apontados no estudo de Price e Jones³⁶ como associados à aliança terapêutica. De acordo com os autores, são itens que denotam a capacidade do paciente para trabalhar na psicoterapia suas atitudes, seus sentimentos em relação à terapia ou ao terapeuta.

Ao observarmos o gráfico da adesão da terapeuta (Figura 2), chamam a atenção duas sessões que correlacionaram negativamente com o protótipo da PP: 16 e 52. Os resultados indicaram que essas sessões foram caracterizadas por comportamentos da terapeuta exercendo ativamente o controle da relação e as resistências por parte da paciente, com dificuldades para compreender a terapeuta, culpando os outros por suas dificuldades.

No processo geral as sessões 25 e 52, a paciente demonstra resistência, evitando falar sobre sentimentos, nega que se emociona. Os dados evidenciam que em ambas as sessões o trabalho terapêutico se detém em temas da vida atual da paciente, resistindo à análise de seus sentimentos. O terapeuta por sua vez, se torna menos interpretativo e mais ativo, do que seria esperado de acordo com seu modelo teórico, caracterizando uma abordagem mais próxima da TCC. Apesar disso, não há foco nas crenças, em tarefas, tampouco há reestruturação cognitiva. Os itens destas sessões indicam, que a postura mais didática e ativa do terapeuta está ligada as dificuldades da paciente, que resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas e devido a sua ansiedade. A sessão 52 foi marcada pela resistência da paciente, dificuldades para pensar e explorar seus sentimentos.

Em relação à adesão do terapeuta, a sessão 16, que foi correlacionada negativamente com o protótipo da PP, faz parte de uma fase bastante inicial do tratamento. Foi marcadamente direcionada à busca de informações, estabelecimento da aliança terapêutica e diferenciação dos estados mentais da paciente em relação aos outros, ressaltando-se também o papel ativo do terapeuta.

Em síntese, esta investigação demonstrou que a PP de uma paciente com TPB aderiu significativamente mais ao protótipo da FR do que ao protótipo PP. Intervenções características do protótipo PP, tais como interpretação da transferência, análise de defesas, exploração de sonhos, foram menos utilizadas no tratamento. Os pacientes com TPB apresentam falhas na simbolização e, por isso, somente com o desenvolvimento do tratamento e a ativação da capacidade simbólica, ainda que primitiva, o terapeuta pode utilizar a interpretação da transferência com esses pacientes³⁰. A preocupação com a manutenção da aliança terapêutica também é indicada com estes pacientes^{8,37}. Neste sentido, é possível supor que a adesão ao modelo PP tenha sido maior nas sessões em que a paciente está mais organizada psiquicamente e menor quando está mais confusa, ansiosa, com menor capacidade reflexiva e/ou com menores níveis de confiança e colaboração terapêutica.

Dessa maneira, se verifica a importância da adaptação da técnica ao contexto da patologia do paciente. Possivelmente, como afirma Goodman³¹, a terapeuta tenha percebido que as intervenções psicodinâmicas em determinados momentos do tratamento não trariam ajuda à paciente, incrementando o nível de angústia. Estudos como o de Barber, Crits-Christoph e Luborsky³⁸ indicam que os pacientes podem influenciar a utilização de determinadas intervenções pelos terapeutas. Investigar melhor esta relação implicaria em analisar a interação paciente-terapeuta sessão a sessão. Neste sentido, análise de micro processos dos estados mentais e das intervenções do terapeuta poderia esclarecer melhor em que contexto a terapeuta prioriza um ou outro modo de intervenção.

O presente estudo é meramente descritivo. A investigação do papel preditivo da adesão aos modelos ideais de psicoterapias no progresso e nos resultados do tratamento requer outro método de análise. Desse modo sugere-se investigações que examinem os mecanismos de ação que atuam na psicoterapia psicanalítica com paciente TPB, por exemplo, examinando-se como a flexibilização da técnica relaciona-se com a mudança.

Conclusão

Esta investigação corrobora o pressuposto de que, na prática clínica, os tratamentos de uma abordagem podem se assemelhar muito a tratamentos de diferentes modelos. Em consonância com a literatura, ao examinar uma psicoterapia conduzida em contexto naturalístico por uma terapeuta de orientação psicanalítica, com uma paciente com transtorno de personalidade borderline, foi constatada grande variabilidade técnica com intervenções de apoio, interpretativas e, principalmente, mentalizadoras.

Os dados sugerem que a gravidade do caso exigiu modificações de estratégias e da técnica no tratamento. O estudo contribui para a aproximação entre prática clínica e pesquisa. A investigação sugere aos terapeutas que na prática da psicoterapia psicanalítica direcionada a pacientes com TPB, há necessidade de flexibilização da técnica. Uma maior estruturação das sessões e uma postura altamente responsiva e empática são fundamentais para a promoção da capacidade reflexiva e para o desenvolvimento e manutenção da aliança terapêutica, aspectos essenciais na psicoterapia com pacientes TPB. Além disso, compartilham alguns O estudo apresenta algumas limitações que merecem ser apontadas. Não foi analisado o tratamento completo, mas somente um

segmento deste (as 68 sessões do primeiro ano). Como o tratamento está ainda em andamento, futuramente outras etapas do tratamento poderão ser analisadas e comparadas a este período inicial. A ausência de dados sobre o progresso da paciente é outra limitação, que impossibilita a análise da relação entre processo e resultado. Houve o fato de não ter ocorrido a coleta.

Referências

1. Antonsen BT, Kvarstein EH, Urnes Ø, Hummelen B, Karterud S, Wilberg T. Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up of a randomized study. *Psychother Res.* 2017;27(1):51-63.
2. Links PS, Shah R, Eynan R. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Progress and Remaining Challenges. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(3).
3. Kernberg, O. F. (2003). The Management of Affect Storms in the Psychoanalytic Psychotherapy of Borderline Patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 517–545. doi:10.1177/00030651030510021101
4. Fonagy P, Luyten P BA. Treating Borderline Personality Disorder With Psychotherapy: Where Do We Go From Here? *JAMA psychiatry.* 2017;74(4):316–7.
5. Goldman GA, Gregory RJ. Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. *Am J Psychother.* 2010;64(4):359–71.
6. Stone MH. Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry.* 2006;5(1):15–20.
7. Paris J. Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(1):56–60.
8. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT. Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13(1):60–8.
9. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg O. Evaluating three treatments for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):922–8.
10. Bateman A. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord.* 2004;18(1):36.
11. Linehan MM. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* (1a Ed.). New York: The Guilford Press.; 558 p.
12. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* 6ª ed. New York: The Guilford Press.; 180 p.
13. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiatry,* (2003);160, 1223–32.
14. Rudge S, Feigenbaum JD, Fonagy P. Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy and cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: a critical review of the literature. *J Ment Heal*

- [Internet]. 2017;8237(May):1–11. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2017.1322185>
15. Kramer, U. Personality, personality disorders, and the process of change. *Psychotherapy Research*, (2017);1-13.
 16. Jones EE. Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy. Lanham, MD, US: Jason Aronson; 2000.
 17. Lingardi V, Colli A, Gentile D, Tanzilli A. Exploration of Session Process: Relationship to Depth and Alliance. *Psychotherapy*. 2011;48(4):391–400.
 18. Smith-Hansen L., Levy R.A., Seybert C., Erhardt I., Ablon J.S. The Contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. In: Levy R., Ablon J., Kächele H. (eds) *Psychodynamic Psychotherapy Research*. Current Clinical Psychiatry. Humana Press, Totowa, NJ;(2012).
 19. Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Theory and Method. *Bull Menninger Clinical*. 1987;51(3):261–76.
 20. Crits-Christoph P, Gibbons MBC MD. Process-Outcome Research. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. In: NY: Wiley, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 6ª. New York; 2013. p. 298–340.
 21. Pole N, Ablon JS, O'Connor LE. Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long-Term Single-Case Research. *J Couns Psychol*. 2008;55(2):221–32.
 22. Serralta FB. Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. 2007;29(1):44-55.
 23. 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.
 24. Ablon JS, Jones EE. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy : Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 1595,. 2002;159(5):775-83.
 25. Goodman G. Is mentalization a common process factor in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions? *J Psychother Integr*. 2013;23(2):179-92.
 26. Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. London Univ ... [Internet]. 1998;(July):1-47. Available from: <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/Reflective Functioning Manual.pdf>
 27. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* [Internet]. 2010;9(1):11–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20148147%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2816926>
 28. Fonagy, Peter Gergely, György Jurist, Elliot L. Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002. 577 p.
 29. Quiroga, S., & Cryan G. Análisis de proceso en Grupos de Terapia Focalizada para adolescentes violentos: Función Reflexiva-RF y Modelo de Ciclo Terapeutico-TCM. *Anu Investig*. 2012;19(1):261-72.
 30. Goodman G, Edwards K, Chung H. The relation between prototypical processes and psychological distress

- in psychodynamic therapy of five inpatients with borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother.* 2015;22(1):83-95.
31. Goodman G, Anderson K, Diener MJ. Processes of therapeutic change in psychodynamic therapy of two inpatients with borderline personality disorder. *J Psychother Integr.* 2014;24(1):30-45.
 32. Edwards DJA. Collaborative Versus Adversarial Stances in Scientific Discourse: Implications for the Role of Systematic Case Studies in the Development of Evidence-Based Practice in Psychotherapy. 2007 [Internet]. 2007;3:6–34. Available from: <http://www2.scc.rutgers.edu/journals/index.php/pcsp/article/view/892>
 33. Serralta, Fernanda Barcellos, Alvares A. Desenvolvimento de protótipo brasileiro para psicoterapia psicanalítica. Não Publ. 2017;
 34. Serralta FB, Ablon JS. Development of Brazilian prototypes for short-term psychotherapies. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2016;38(2):71–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892016000200071&lng=en&tIng=en
 35. Bateman, A. W., & Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. 1ª. New York: Oxford University Press; 2004.
 36. Price PB, Jones EE. Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. 1998;35(3):392-404.
 37. Kernberg OF. The Management of Affect Storms in the Psychoanalytic Psychotherapy of Borderline Patients. *J Am Psychoanal Assoc* [Internet]. 2003;1:547–578. Available from: <https://doi.org/10.1177/00030651030510021101>
 38. Barber JP, Crits-Christoph P, Luborsky L. Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(3):619-22.

Contribuições: Suzana Catanio Nardi – Redação - Preparação do original;

Aline Alvares Bittencourt – Coleta de Dados;

Fernanda Barcellos Serralta – Análise estatística;

Silvia Pereira Benetti – Redação - Preparação do original, Supervisão.

Correspondência

Suzana Catanio Nardi

e-mail: suzanacatanio@gmail.com / e-mail alternativo: suzana.catanio@outlook.com

Submetido em: 07/05/2018

Aceito em: 09/12/2018