

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

Estudo de processo em psicoterapia com paciente com transtorno de personalidade borderline

Process study in psychotherapy with a patient with borderline personality disorder

Estudio del proceso en psicoterapia con un paciente con trastorno límite de la personalidad

Suzana Catanio dos Santos Nardi¹ , Paula Dagnino² , Aline Alvares Bittencourt³ , Silvia Benetti¹ , Fernanda Barcelos Serralta¹ 

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil.

² Universidade San Sebastián, Chile.

³ Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica, Brasil.

Forma de citar: Nardi, S. C., Dagnino, P., Bittencourt, A. A., Benetti, S. P. D. C., & Serralta, F. (2024). Estudo de processo em psicoterapia com paciente com transtorno de personalidade borderline. *Rev. CES Psico*, 17(2), 92-105. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.6930>

Resumo

O objetivo do estudo é descrever o processo terapêutico e identificar os focos terapêuticos nas sessões de psicoterapia psicanalítica com uma paciente com transtorno de personalidade borderline (TPB). Foi utilizada uma abordagem mista e longitudinal, com base no Estudo de Caso Sistemático. O *Psychotherapy Process Q set* (PQS) foi usado para caracterizar e descrever o processo terapêutico. O Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) identificou o foco terapêutico das sessões e estabeleceu o diagnóstico psicodinâmico. Os resultados evidenciaram mudanças na estrutura e fortalecimento em duas funções estruturais: regulação da gestão de impulsos e diferenciação dos objetos do ego. O OPD apontou um trabalho foi dirigido à estrutura, concluindo-se que um maior foco terapêutico na estrutura e não em conflito parece ser mais apropriado para estes pacientes. O estudo mostra que a integração destes dois métodos lança luz sobre o que acontece no tratamento, quais são os estados mentais e as questões prioritárias, e como o foco do trabalho terapêutico é dado, assim como sua relação com a estrutura básica.

Palavras-chave: pesquisa de processos; psicoterapia psicanalítica; transtorno de personalidade borderline; foco terapêutico.

Abstract

The aim of the study is to describe the therapeutic process and identify the therapeutic foci in psychoanalytic psychotherapy sessions with a patient with borderline personality disorder (BPD). A mixed and longitudinal approach was used, based on Systematic Case Study. The Psychotherapy Process Q set (PQS) was used to characterize and describe the therapeutic process. The Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) identified the therapeutic focus of the sessions and established the psychodynamic diagnosis. The results showed changes in structure and strengthening in two structural functions: impulse management regulation and differentiation of ego objects. The OPD pointed out work was directed at structure, concluding that a greater therapeutic focus on structure seems to be more appropriate for these patients. The study shows that the integration of these two methods sheds light on what happens in the treatment, what the mental states and the priority issues are, and how the therapeutic work is focused, as well as its relationship with the basic structure.

Keywords: process research; psychoanalytic psychotherapy; borderline personality disorder; therapeutic focus.

Resumen

Internet se utiliza como herramienta para superar el sentimiento de soledad, al permitir la comunicación con los demás, pero también puede ser un contexto de riesgo para el desarrollo de los jóvenes. El presente estudio tiene como objetivo explorar la relación entre la soledad, la comunicación entre padres e hijos y la cibervictimización. El estudio se realizó con una muestra de 401 adolescentes y adultos jóvenes, con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. Para la recolección de datos se utilizaron la Escala de Soledad (UCLA), la Escala de Evaluación de la Comunicación en la Crianza (COMPA-A) y el Cuestionario de Victimización Cibernética (CYVIC). Los resultados indican una prevalencia total del 78,3% que ha sido víctima de al menos una conducta de ciberacoso. Sugieren que la soledad se correlaciona positivamente con la cibervictimización y negativamente con un patrón de comunicación positiva con los padres. Finalmente, se encontró que la cibervictimización y el patrón de comunicación negativo predicen positivamente la soledad, y la expresión de afecto y apoyo emocional de la figura materna predice negativamente la soledad. Estos resultados indican que es necesario tener en cuenta las consecuencias psicológicas derivadas del ciberacoso y proporcionar estilos de crianza que favorezcan la comunicación padres-filiales dirigida al uso problemático de Internet.

Palabras claves: Soledad; ciberacoso; comunicación padre-hijo; adolescentes; jóvenes adultos.

Introdução

O transtorno de personalidade Borderline (TPB) é um distúrbio psiquiátrico crônico e altamente prevalente (Clarkin et al., 2001). Tem sido considerado um desafio terapêutico (Kernberg et al., 1991), como um dos diagnósticos mais difíceis de tratar (Bateman & Fonagy, 2004; Sulzer, 2015). Sua complexidade reside no fato de que pacientes com TPB frequentemente apresentam comportamento explosivo, estados afetivos instáveis que muitas vezes são decretados em sessão (decreto) e que são sistematicamente repetidos durante o processo. Por outro lado, esta instabilidade, impulsividade e baixa regulação penetra no vínculo terapeuta-paciente e pode desencadear mal-entendidos não resolvidos (Kernberg et al., 1991; Mcmain & Leybman, 2015; Safran & Muran, 1996).

Décadas de pesquisa avaliando os resultados do tratamento forneceram evidências para a eficácia ou efetividade da psicoterapia, focando principalmente na redução dos sintomas e na angústia do paciente (por exemplo, Chambless, 1998; Lambert & Ogles, 2009). Apesar da relevância dessas descobertas, é insuficiente entender por que e como as psicoterapias são eficazes (Aveline, et al., 2007; Bucci, 2007; Krause, 2011; Falkenström, et al., 2017; Kramer et al., 2020).

Para isso, o foco deve ser deslocado da explicação para a compreensão (Ablon & Jones, 2005). O foco está em compreender o que acontece na psicoterapia e o que promove a mudança. Isto requer medidas específicas e clinicamente relevantes para avaliar as mudanças no processo terapêutico, ou seja, para identificar os ingredientes ativos que facilitam ou promovem mudanças durante o processo psicoterapêutico (Serralta et al., 2007). Estas medidas geralmente avaliam aspectos relacionados ao paciente, o trabalho do terapeuta, as técnicas utilizadas pelo terapeuta e os temas trabalhados, entre outros (Ablon & Jones, 1999). Para isso, são realizadas medições sistemáticas das interações entre os participantes e é ampliado o conhecimento do que acontece nas sessões e da relação entre a técnica e outras variáveis do processo, como a aliança terapêutica (Banon et al., 2013).

Investigar e pesquisar o processo psicoterapêutico é especialmente relevante para o tratamento de pacientes com TPB, devido à sua alta complexidade no trabalho terapêutico (por exemplo, Torgersen et al., 2001). Portanto, modelos de tratamento mais eficazes foram desenvolvidos (Bateman et al., 2018; Gunderson et al., 2018), principalmente devido à necessidade de buscar estratégias particulares que são necessárias para trabalhar com este tipo de pacientes (Goodman et al., 2014a). Diversos autores (Goldman & Gregory, 2010; Stone, 2006; Paris, 2010) apontaram que para o tratamento de pacientes com TPB tanto a constelação particular de sintomas de um paciente quanto o funcionamento de cada um deles devem ser especificados. Goldman e Gregory (2010) destacam aquelas terapias que têm técnicas específicas para a constelação de sintomas e funcionamento de pacientes individuais (por exemplo, tratamento baseado na mentalização (Bateman & Fonagy, 2013), terapia de apoio (Weinberg, 2011), terapia baseada na transferência (Clarkin et al.,

2007) e terapia dialética cognitiva (Linehan, 1993). Particularmente é a Psicoterapia Psicodinâmica que é mais solicitada para tornar sua técnica e tipos de intervenções mais flexíveis (Goodman, 2013; Goodman et al., 2014b) a fim de estabilizar desregulações, gerenciamento de frustrações e especialmente em tempos de crise do paciente em sessão. De fato, um estudo de Nardi et al. (2018) mostrou como terapeutas psicodinâmicos modificaram sua técnica clássica para uma técnica orientada para a mentalização naqueles momentos de grande crise em pacientes com TPB. A compreensão do processo de psicoterapia de pacientes com TPB tem liderado vários autores (Price & Jones, 1998; Ablon & Jones, 2002; Ablon & Jones, 2005; Paulo & Pires 2013; Schneider et al., 2008; Eyni, 2020) para contribuir para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas que contribuam para o bem-estar desses pacientes.

Investigadores como, Goldman e Gregory (2010), Stone (2006), Paris (2010) e Goodman et al. (2018), destacam que no tratamento de pacientes com TPB a constelação de sintomas de um paciente deve ser especificada em primeiro lugar. Particularmente, Goldman e Gregory (2010) em seu estudo enfatizam as terapias que têm técnicas específicas para este tipo de pacientes (por exemplo, tratamento baseado na mentalização, terapia de apoio, terapia baseada na transferência e terapia dialética cognitiva) como os principais auxiliares para diferentes indivíduos, dependendo de sua constelação de sintomas particulares.

Goodman (2015) e Goodman et al. (2014a) destacam que o modelo de Psicoterapia Psicodinâmica voltado para pacientes com TPB severa requer flexibilidade técnica, é um distúrbio que requer tratamento adaptado às especificidades dos sintomas do paciente (Gregory, 2010). Esta modificação da técnica psicanalítica também foi evidenciada por Nardi et al. (2018) que descobriram que, em patologias mais regressivas, o terapeuta às vezes se afasta da técnica clássica e prioriza intervenções que promovem a mentalização. Estudos com este tipo de pacientes (Möller et al., 2018; Bittencourt et al., 2019) mostraram uma menor intensidade de reações contra-transferenciais com pacientes de personalidade borderline. De acordo com os autores, as reações mais frequentes foram o desejo de ajudar e ser útil. Em um único estudo de caso Möller et al. (2018), verificou que as reações contra-transferenciais estavam associadas às atitudes e estados mentais do paciente e estavam relacionadas com a promoção da aliança terapêutica.

Apesar dos valiosos avanços em estudos que fornecem uma visão do que acontece nas sessões, não há estudos que busquem identificar o que acontece entre terapeuta e paciente em segmentos da terapia orientados para um tema ou foco específico do paciente. O conceito de foco se desenvolveu amplamente na história da psicanálise (Malan, 1973; Sifneos, 1979). Em termos gerais, o foco pode ser considerado o centro em torno do qual a psicoterapia é constituída (DeLaCour, 1986; de la Cerda & Dagnino, 2021). É através da interação entre paciente e terapeuta que o foco do tratamento é definido, isto é estabelecido com base no material entregue pelo paciente e na capacidade do terapeuta de buscá-lo e compreendê-lo (Dagnino, 2012; Thöma & Kächele, 1987). É considerado em si mesmo um mecanismo de mudança, pois envolve dar forma à experiência inarticulada expressa pelo paciente em sessão e, portanto, a contém (Balint et al., 1972; Crits-Christoph et al., 1988; DeLaCour, 1986; Messer & Warren, 1995; Poch & Maestre, 1994; Scaturo, 2002).

Ao identificar o foco, o paciente e o terapeuta se protegem de ficar sobrecarregados com todo o material e selecionam o que tem o maior significado para o estado atual do paciente (Mander, 2002; Thomä & Kächele, 1987). A fim de estabelecer o foco do tratamento, é necessária uma formulação psicodinâmica inicial.

Um sistema que permite a identificação do foco é o Diagnóstico Psicodinâmico Operacional (OPD, Task Force et al., 2008). Este sistema considera o foco como campos exclusivos do paciente os quais dificultam a psicodinâmica e necessitam ser trabalhadas durante o processo, que favorecem os sintomas psíquicos ou psicossomáticos (Grande et al., 2019). Isto aponta para a necessidade de entender os pacientes individualmente, levando cada dia de mudança de processo de forma única (Ablon & Jones, 2005).

O Diagnóstico Psicodinâmico Operacional é capaz de identificar três áreas principais como focos, entre elas o padrão interpessoal disfuncional. O padrão relacional disfuncional se destaca como uma das principais razões

pelas quais os pacientes procuram tratamento (Strupp & Binder, 1991).

O foco no padrão relacional alude à matriz circular de interação, considerando também a experiência subjetiva do entrevistador na identificação do padrão de interações. A pesquisa do processo sobre o foco (Dagnino, 2012) mostrou que alguns segmentos da psicoterapia mostraram uma prevalência do trabalho sobre o foco do conflito, outros sobre o funcionamento da personalidade, sendo quase complementares ao longo do processo, enquanto o trabalho sobre o padrão relacional está sempre presente.

O objetivo deste estudo é descrever o processo terapêutico e identificar os focos terapêuticos trabalhados nas sessões de psicoterapia psicanalítica com um paciente com TPB.

Método

Este é um estudo de processo com um desenho sistemático de estudo de caso que, segundo Dattilio, Edwards e Fishman, (2010), é um tipo de estudo que combina paradigmas qualitativos e quantitativos, permitindo aproximar a pesquisa da prática clínica. Vários procedimentos são utilizados para melhorar a qualidade dos estudos e para dar robustez às provas.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica que visa uma análise profunda de um fenômeno dentro de seu contexto, permitindo compreender, explorar ou descrever eventos no tempo e no lugar. Contribui assim para a compreensão do processo de mudança, permitindo o desenvolvimento de novas teorias e o teste das existentes, o que permite o estudo das psicoterapias ao considerar os aspectos subjetivos do encontro terapêutico. Isto contribui para aproximar a prática clínica e a pesquisa (Serralta et al., 2011; Stake 2011).

Participante

Paciente do sexo feminino, 19 anos, estudante do ensino médio, procurou tratamento em uma clínica de atendimento psicológico em Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Após a entrevista de admissão, o paciente foi encaminhado para tratamento psicoterapêutico e avaliação psiquiátrica.

Durante as avaliações, a paciente apresentou crises de choro, relatando que em várias ocasiões tentou se cortar. Ela também relatou que havia iniciado a psicoterapia várias vezes em sua história, mas que havia abandonado todas elas. O psiquiatra fez o diagnóstico, que foi o transtorno de personalidade borderline, usando o modelo proposto para o diagnóstico multi-axial do DSM-IV-TR (APA, 2000).

Sua história mostra que aos 8 anos de idade, foi abusada por um amigo de seu pai. A mãe é informada, mas a paciente prefere não contar ao pai por seu alto nível de agressividade e de posse de arma em casa. Aos 11 anos de idade seu pai morre de ataque cardíaco, a paciente relata não ter sido capaz de se despedir do pai. Aos 13 anos, ela entra em uma relação com um jovem de 20 anos com o qual começa a beber.

Além de seu comportamento fóbico, ela apresenta compulsões, diz que não pode pisar na linha quando anda pela rua, "como crianças brincando", tem rituais para dormir, tais como enrolar-se nos lençóis e todos os cobertores devem estar debaixo dela para que seu corpo não caia, os travesseiros devem estar na ordem correta, primeiro um após o outro e, tem pesadelos e muitas vezes não consegue dormir.

Psicoterapeuta

A paciente foi atendida por uma psicoterapeuta feminina, de 31 anos, com 10 anos de experiência clínica em psicoterapia psicanalítica.

Tratamento

As sessões foram realizadas no consultório particular da psicoterapeuta como procedimento padrão na instituição. Durante os primeiros cinco meses, as sessões eram realizadas duas vezes por semana, e mais tarde,

a pedido do paciente, a frequência passou a ser semanal. Durante o curso da psicoterapia, a paciente entrou em contato por telefone com a terapeuta sobre seu desejo de se cortar e pensamentos suicidas, momento em que foi internada em uma clínica psiquiátrica, onde permaneceu por quinze dias. Durante esta fase, o tratamento continuou no local onde ela foi hospitalizada e depois as sessões foram retomadas no consultório da terapeuta.

Assim, foram realizadas 36 sessões de pré-internação, 4 na clínica psiquiátrica e 28 de pós-internação. Até o final deste estudo, o paciente ainda estava em tratamento.

Procedimento de coleta de dados. Todas as sessões de psicoterapia psicanalítica foram gravadas em vídeo. As sessões 1, 4, 7, 10, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 49, 52, 55, 58, 60, 64, 67 foram analisadas com PQS, respeitando o critério de análise a cada terceira sessão. O treinamento e codificação com PQS foi após um treinamento (9 horas) a seis psicoterapeutas por dois pesquisadores com experiência neste método. Para a análise, os pares de juízes analisaram as sessões e, em seguida, as diferenças foram discutidas. As correlações entre os diferentes pares mostraram um alto nível de confiabilidade (correlações acima de 0,70).

Com relação ao OPD, um grupo de juízes observou as duas primeiras sessões e estabeleceu um diagnóstico psicodinâmico, identificando os três focos a serem trabalhados para este paciente. Os juízes conseguiram um índice de correlação (IC): 0,58. Em seguida, estudaram as sessões 1, 2, 36, 37, 37, 37, 38, 67 e 68, a fim de estabelecer a presença de cada um desses focos nessas sessões. Estas sessões foram selecionadas por conveniência correspondendo à primeira e segunda sessões (S1, S2), a anterior à hospitalização (S36), a primeira de hospitalização (S37) e as duas últimas do período de tratamento.

Instrumentos

Q-Set de Processo Psicoterapêutico (PQS) (Jones, 2000). O PQS é baseado no método Q-Sort, validado no Brasil por Serralta, (2007) e desenvolvido com o objetivo de permitir uma compreensão de como a mudança ocorre durante o processo psicoterapêutico, apontando os mecanismos de ação tanto do terapeuta quanto do paciente e a interação que está sendo processada.

O PQS consiste em 100 itens que abordam as atitudes e comportamentos do terapeuta, do paciente e a interação entre eles. Os itens foram desenvolvidos com declarações sobre as atitudes e experiências do paciente, as ações e atitudes do terapeuta, e a natureza da interação entre eles, desenvolvida para corresponder a um modelo panteórico em relação ao processo psicoterapêutico. A descrição do comportamento do terapeuta (n=41), o comportamento do paciente (n=40) e a interação entre paciente e terapeuta (n=19), que devem ser distribuídos por juízes independentes (observadores externos treinados na aplicação do instrumento) em categorias que vão desde a menos característica (categoria 1) até a mais característica (categoria 9). Dois juízes independentes são utilizados e a confiabilidade entre os avaliadores é avaliada antes de análises subsequentes. Se a confiabilidade for inferior a 0,7 (coeficiente de correlação de Pearson), torna-se necessário um terceiro juiz.

Diagnóstico Psicodinâmico Operacional (OPD-2) (Taske Force, 2008). Criado na Alemanha em 1990 devido à insatisfação com diagnósticos categóricos e inclui um manual. Foi escolhido Chile como um país onde o treinamento foi realizado e seu uso clínico e de pesquisa aumentou (Dagnino et al., 2017; De la Parra et al., 2016; De La Parra et al., 2018; Pérez et al., 2009).

É um sistema de avaliação e diagnóstico da personalidade que permite identificar os focos conflitivos intrapsíquicos e as condições em termos de estrutura do paciente. O OPD-2 é composto por 4 eixos psicodinâmicos e 1 eixo descritivo: (I) vivência da enfermidade e pré-requisitos para o tratamento; (II) relações interpessoais; (III) conflito psíquico; (IV) estrutura psíquica; (V) diagnóstico nosológico tradicional. O eixo II refere-se aos padrões relacionais disfuncionais, o eixo III é o foco do conflito, possíveis conflitos como:

individualização versus dependência, submissão versus controle. E finalmente no eixo IV, o funcionamento da personalidade em termos de estrutura, que considera quatro domínios funcionais, cada um com funções orientadas para as relações entre si e o objeto.

Escala de Presença de Foco (PFS) (Dagnino & De la Parra, 2010). O instrumento visa medir o grau de presença do foco em certas interações verbais entre terapeuta e paciente em fragmentos de sessões. Para a aplicação do instrumento, é necessário que o foco OPD já esteja formulado para o caso em análise. Por meio das transcrições dos segmentos de psicoterapia, os avaliadores identificam o foco do OPD na interação verbal do paciente e do terapeuta. Se isso não ocorrer, os juízes devem descrever a temática do segmento (pontuação 0: sem foco). Se o foco OPD for identificado como sendo trabalhado, deve ser marcado em que grau: 1) vago; 2) consciência e exploração do foco; ou 3) trabalhar no foco.

Análise de dados

Para analisar o processo geral da psicoterapia psicanalítica ao longo do tratamento, foi feito o cálculo das médias dos itens para as 23 sessões e identificados os itens mais e menos característicos. Em seguida, a descrição do processo psicoterapêutico foi realizada por meio de uma simples ordenação das médias de cada item do PQS, identificando a maior e a menor característica do tratamento correspondente ao processo geral. Com base na identificação destes itens do processo de psicoterapia, foi realizada a análise qualitativa, que verificou o que aconteceu durante as 23 sessões de psicoterapia.

Com base nesses elementos, foi realizada a narrativa do processo. Para isso, foram utilizados os registros dos juízes que avaliaram as sessões e as notas clínicas feitas pelo terapeuta, que foram integradas na parte quantitativa e constituíram as narrativas do processo. Estes foram comparados entre si qualitativamente, compondo os temas discutidos nas sessões e integrados na evolução do caso. Para obter uma síntese quantitativa do processo terapêutico, as médias dos itens PQS das 68 sessões foram calculadas e ordenadas, verificando os dez itens mais e menos característicos do processo ([Tabela 1](#)). A partir destes itens, foi preparada uma narrativa do processo. Para a análise da OPD, os focos foram estabelecidos a partir das duas primeiras sessões de vídeo (ver [Tabela 2](#)). O índice de confiabilidade do acordo médio entre avaliadores $\geq 53,3\%$ foram utilizados para cada foco (Francisca et al., 2009). Em seguida, o criador do instrumento EPS identificou a presença de cada um desses focos nas seis sessões selecionadas (1, 2, 36, 37, 67 e 68) que constituíram o estágio inicial do tratamento, o estágio intermediário e o final do processo psicoterapêutico.

Para estas sessões, foram identificados os itens mais e menos característicos (PQS), com o objetivo de posteriormente estabelecer a relação entre os focos OPD e o processo psicoterapêutico PQS.

Resultados

Descrição do processo geral

O processo geral das 23 sessões foi caracterizado por uma terapeuta pedindo mais informações ou elaboração (PQS 31), sensível aos sentimentos da paciente, afinado e empático (PQS 6), comunicando-se num estilo claro e coerente (PQS 46). Ela é segura ou autoconfiante (PQS 86), transmitindo a impressão de aceitação sem julgamento (PQS 18), notando com precisão o processo terapêutico (PQS 28), tem tato (PQS 77) é responsiva e afetivamente envolvida com o paciente (PQS 9). A paciente responde levantando questões e material significativo (PQS 88), é clara e organizada em sua expressão (PQS 54), não tem dificuldade de entender os comentários do terapeuta (PQS 5), inicia questões, não é passiva (PQS 15), se sente confiante e segura (PQS 44), não busca aprovação, carinho ou simpatia da terapeuta (PQS 78), não se sente tímida ou constrangida (PQS 61), não é controladora (PQS 87), não tem dificuldade em iniciar a sessão (PQS 25) e não está preocupada com o que a terapeuta pensa dela (PQS 53). A relação entre terapeuta e paciente foi caracterizada pela discussão da situação de vida atual ou recente do paciente (PQS 69), as relações interpessoais da paciente são um tópico importante (PQS 63) e a autoimagem também é um foco de discussão (PQS 35).

Tabela 1. *Ítems mais e menos característicos do processo geral.*

<i>Ítems mais característicos</i>	Média
PQS 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	8,0662
PQS 6: O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,7794
PQS 69: A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	7,7059
PQS 46: O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.	7,5662
PQS 86: O terapeuta é seguro ou autoconfiante (<i>versus</i> inseguro ou defensivo).	7,4926
PQS 88: O paciente traz temas e material significativos.	7,4559
PQS 18: O terapeuta transmite a impressão de aceitação não crítica.	7,3015
PQS 54: O paciente é claro e organizado em sua expressão.	7,2132
PQS 28: O terapeuta percebe exatamente o processo terapêutico.	7,1250
PQS 63: As relações interpessoais do paciente são um tema importante.	7,0735
<i>Ítems menos característicos</i>	Média
PQS 5: O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.	2,9118
PQS 15: O paciente não inicia assuntos; é passivo.	2,8750
PQS 44: O Paciente se sente cauteloso ou desconfiado (<i>versus</i> confiante e seguro).	2,8088
PQS 78: O paciente busca aprovação, afeto ou simpatia do terapeuta.	2,7868
PQS 61: O paciente se sente tímido ou envergonhado (<i>versus</i> à vontade e seguro).	2,7794
PQS 87: O paciente é controlador.	2,7206
PQS 25: O paciente tem dificuldade em começar a sessão.	2,3456
PQS 77: O terapeuta não tem tato.	2,1544
PQS 53: O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.	2,1544
PQS 9: O terapeuta é distante, indiferente (<i>versus</i> responsivo e efetivamente envolvido).	2,0147

Fonte: Elaborada pela autora.

Diagnóstico psicodinâmico (OPD)

As duas primeiras sessões de psicoterapia foram analisadas e o seguinte diagnóstico psicodinâmico foi estabelecido:

Em relação ao foco relacional disfuncional, foi identificado que a paciente experimenta que outros a atacam repetidamente, especialmente sua mãe e o pai. Seu pai usava álcool e estava frequentemente bêbado, brigando com a paciente e sua mãe. Ela percebe a mãe como uma figura frágil que confia nela, mas ela, por sua vez, reage atacando as pessoas, censurando e culpando os outros. Inconscientemente, ela se protege pouco, se expõe ao perigo, se preocupa demais e desqualifica as pessoas. Geralmente, as pessoas respondem inconscientemente, protegendo-se dela, tomando distância. Quando os outros respondem ao que ela induziu, ela se sente abandonada, atacada, rejeitada e desvalorizada pelos outros. Sua reação é mais uma vez atacar os outros, se transformando em um círculo vicioso, no qual ela mais uma vez se sente abandonada e atacada.

Em relação ao foco do conflito, nenhum dos conflitos poderia ser estabelecido como central, já que neste caso o funcionamento da personalidade é mais vulnerável, de modo que só podemos falar de um esboço de conflito, que neste caso se referiria ao conflito de individuação e dependência.

Em termos de funcionamento da personalidade, a paciente tem dificuldades na percepção autorreflexiva e diferenciação afetiva, baixa capacidade de olhar para si mesma e falta de interesse em refletir sobre seu comportamento ou suas emoções. Ela tem uma gama limitada de afetos e é incapaz de diferenciá-los, sendo a experiência afetiva dominada por efeitos negativos, tais como a raiva, por exemplo. Em relação à diferenciação

de self-objeto, há uma confusão entre eles e uma dificuldade em distinguir um do outro. Os outros são experimentados de uma forma extrema, seja totalmente boa ou totalmente ruim. Há uma dificuldade em perceber os outros de forma realista em relação às suas intenções internas e situações externas. Há uma falta de integração em relação aos impulsos, e eles não podem ser atrasados ou adiados. Emoções intensas não são toleradas e as vulnerabilidades apresentadas apontam para a diminuição da tolerância a situações mais estressantes.

As relações interpessoais são sobrecarregadas pela dificuldade do processamento por impulso e não há equilíbrio entre os interesses da paciente e os dos outros. A capacidade de imaginar é restrita a imagens negativas. No que diz respeito aos vínculos de objetos internos, a paciente mostra que o desenvolvimento de imagens internas estáveis é limitado, elas podem ser perdidas em momentos de maior estresse, pois não permitem que ela se acalme ou cuide de si mesma diante de tensões.

Em relação à capacidade de formar vínculos externos, as relações são de curta duração e a experiência de distanciamento ou separação pode desencadear desorganização e momentos de crise.

Identificação do foco OPD nas sessões

Através da análise das sessões 1, 2, 36, 37, 67 e 68, observamos a presença dos focos predominantes em que o terapeuta e o paciente trabalharam, de acordo com a Escala de Presença de Foco ([Tabela 2](#)).

Tabela 2. Escala de Presença de Foco.

Sessão	Presença de Foco Relacional	Presença de Foco Conflito	Presença de Foco Estrutura
1	Foco Relacional (escassa presença 0 a1)	Foco Conflito	Percepção de si mesmo: diferenciação Afetiva
2	Foco Relacional (elevada presença 2-3)		Percepção de si mesmo: diferenciação afetiva
36	Foco Relacional (elevada presença 2-3)		Vínculo com objetos internos: uso de introjetos Autorregulação: manejo dos impulsos
37	Foco Relacional (elevada presença 2-3)		Percepção do objeto: diferenciação self-objeto
67	Foco Relacional (elevada presença 2-3)		Autorregulação: manejo dos impulsos
68	Foco Relacional (elevada presença 2-3)		Percepção do objeto: diferenciação self-objeto

Fonte: Dagnino e De la Parra (2010).

A [Tabela 2](#) mostra que as relações interpessoais permanecem um foco constante durante as sessões, assim como a predominância do trabalho de estrutura em suas diferentes dimensões. Entretanto, se percebe uma pequena mudança em relação à percepção de si mesmo: diferenciação afetiva, para percepção de objeto; diferenciação self-objeto.

Relação entre OPD Focus e PQS

De acordo com Dagnino (2012), todos os eixos OPD permitem a identificação de focos que são parcialmente responsáveis pela manutenção da doença, desempenhando um papel fundamental na psicodinâmica da doença. A Escala de presença de foco se refere à compreensão do foco com base no sistema OPD. Assim, o instrumento permite estudar melhor clinicamente o que acontece a qualquer momento durante o processo.

Portanto, no presente estudo, foi realizada uma análise descritiva, mostrando a relação entre o foco predominante trabalhado durante as sessões analisadas e os itens mais característicos do PQS.

Nas sessões 1 e 2, os focos predominantes trabalhados foram o padrão relacional disfuncional e o funcionamento da personalidade, especificamente a diferenciação afetiva como uma das vulnerabilidades do paciente. Em relação ao PQS observa-se que o item mais característico é (Item 56): O paciente discute experiências como se estivesse distante de seus sentimentos, o que confirma a ideia de que o trabalho terapêutico foi direcionado para as emoções e como elas foram diferenciadas.

Em relação à sessão 36, o item PQS mais característico é (Item 1): o paciente verbaliza sentimentos negativos (por exemplo, crítica, hostilidade) dirigidos ao terapeuta. Isto coincide com o que é observado no trabalho sobre o funcionamento da personalidade autorreguladora, especificamente a gestão de impulsos. É justamente neste ponto que a paciente mostra suas dificuldades impulsivas no aqui e agora da sessão e é nisto que a terapeuta se concentra. O trabalho sobre o uso da introjeção, que não protege a paciente de sua desregulação impulsiva, também foi observado. Esta combinação de introjeções negativas e desregulação impulsiva é o foco da sessão, observada através da OPD, na qual o trabalho sobre o padrão relacional disfuncional é evidente. Por outro lado, na sessão 37 o OPD focaliza o trabalho do terapeuta e do paciente na percepção dos outros, especialmente na dimensão da diferenciação de self-objeto.

Isto equiparar-se com o fato de que o PQS mais característica da sessão é (PQS 43): o terapeuta sugere o significado do comportamento dos outros, o que mostra seu interesse em que a paciente seja capaz de diferenciar os motivos, as intenções dos outros e tudo isso sob o domínio das relações interpessoais.

Finalmente, na sessão 67, observa-se o trabalho sobre o foco específico da autorregulação, como gestão de impulsos, este é o tema em torno do qual toda a sessão gira e é investigada por meio do mais frequente PQS, (PQS 3): o diálogo tem um foco específico. Na sessão 68, o PQS mostra o quanto é predominante (PQS 35): a autoimagem é um foco de discussão, que coincide com o foco trabalhado durante a sessão, que é a percepção do objeto, em busca da diferenciação do paciente em relação aos outros.

Ao longo do processo há uma pequena mudança na autopercepção em termos de funcionamento da personalidade. Esta leve mudança ocorre principalmente na percepção do eu: diferenciação afetiva, para a percepção do objeto; diferenciação do self-objeto. Portanto, podemos afirmar que o trabalho terapêutico visa o desenvolvimento da capacidade de mentalização da paciente, a diferenciação de seu próprio comportamento e o dos outros.

Discussão e conclusão

O estudo objetivou descrever o processo terapêutico e identificar os focos terapêuticos da psicoterapia psicanalítica com uma paciente diagnosticada com transtorno de personalidade borderline. Assim, o tratamento da paciente pode ser visto de diferentes aspectos, por meio de dois instrumentos que vêm de diferentes grupos de pesquisa e que nunca foram usados para analisar o processo terapêutico de pacientes com TPB. Embora tenham surgido com propósitos diferentes, o PQS e o OPD coincidem nas observações das sessões, o que os torna um complemento potencial para a análise do processo terapêutico.

A análise neste estudo é apresentada como uma avaliação preliminar da relação potencial entre estes sistemas. A visão do que é trabalhado nas sessões, através da operacionalização com o OPD, é enriquecida pelos detalhes do que acontece nas intervenções do paciente e do terapeuta durante a sessão. A investigação das sessões através da OPD, mostrou a ênfase no foco no funcionamento da personalidade, que vai na direção das inúmeras vulnerabilidades que pacientes com transtorno de personalidade borderline apresentam.

O processo geral identificou um terapeuta sensível aos sentimentos da paciente, acolhedor, tentando entender

a paciente. Isto confirma estudos como o de Goodman et al. (2015), que encontraram em seus estudos, terapeutas flexíveis, reflexivos, empáticos, apoiadores e que aumentaram as intervenções esclarecedoras. Além disso, mostra que não só as ações do terapeuta influenciam as atitudes e estados mentais dos pacientes, mas também que o funcionamento do paciente promove mudanças nas intervenções do terapeuta, demonstrando a importância de compreender os mecanismos de ação terapêuticos nestes tratamentos.

Por outro lado, foi evidenciado que o item mais característico durante o processo é que o terapeuta solicita mais informações ou elaboração (PQS 31), o que corrobora com a literatura apresentada por Weinberg et al. (2011). Os autores mencionam que os pacientes TPB mostram melhorias quando os terapeutas estão ativos e fornecem apoio, validação, também utilizam intervenções exploratórias.

Quanto à paciente, ela responde em colaboração, trazendo material significativo para as sessões. Identificando os itens mais e menos característicos das sessões (PQS) e cruzando os dados com o OPD e os focos, as vulnerabilidades expressas pela paciente nas sessões foram claramente observadas, tais como desregulação afetiva, ataques dirigidos tanto a figuras parentais quanto a amigos e que são reproduzidos na relação terapêutica. Em resposta, o terapeuta trabalha principalmente no foco relacional no sentido da percepção dos outros, especialmente a dimensão da diferenciação de self-objeto.

Desta forma, são observadas mudanças durante o processo em relação ao que foi trabalhado com a paciente, mostrando progresso em termos de suas vulnerabilidades em seu funcionamento. Assim, na primeira etapa do tratamento, a paciente apresentou um baixo nível de integração em relação a si mesma. Em diferentes momentos e em distintas situações, diferentes aspectos do eu foram manifestados. Na verdade, não estava disponível o sentimento de orientação psicossocial e social constante, no sentido de uma identidade. No final do processo, a paciente apresentou uma maior integração em relação às rupturas e mudanças de autoimagem, independentes da situação e do estado de ânimo.

Em um sentido mais amplo, a terapeuta que trabalha com a abordagem relacional pode ser considerada como promovendo o desenvolvimento da capacidade de mentalização, que se refere à interpretação do próprio comportamento e dos outros em termos de estados mentais subjacentes (Bateman & Fonagy, 2004). Este tipo de abordagem terapêutica tem sido indicado para pacientes com TPB devido a suas características, tais como desregulação emocional, falta de controle de impulso, instabilidade nos relacionamentos e autoimagem, aspectos que são trabalhados nas sessões.

De acordo com Clarkin et al. (2001), a característica central da organização psicológica dos pacientes com graves distúrbios de personalidade é a falta de integração das estruturas psicológicas. O nível de organização da personalidade depende, em grande parte, do grau de integração das estruturas de personalidade. Isto também é confirmado em termos do que o OPD se refere: quando se trata predominantemente de funcionamento, não há espaço para examinar conflitos, pois ambos descrevem diferentes aspectos da psique. O conflito como um padrão repetitivo apresenta aspectos psicodinâmicos do conteúdo dos eventos e em seguida, fornece as condições para o surgimento de sintomas (Task Force, 2008). Por outro lado, o funcionamento se refere à vulnerabilidade da personalidade, à tendência à doença e à falta de representações internas para regular o efeito diante do estresse externo (Task Force, 2008).

Ao final das 68 sessões, a paciente mostrou mudanças na estrutura que, embora mínimas, causaram algumas mudanças em seus comportamentos e relacionamentos. Isto pode ser visto através do PQS nas sessões 67 e 68, em que emerge alguma regulação de gestão de impulsos e diferenciação de self-objeto.

O estudo mostra que a integração destes dois métodos lança luz sobre o que acontece no tratamento, quais são os estados mentais, quais são as questões prioritárias e como o foco do trabalho terapêutico é dado, assim como sua relação com a estrutura básica. Conclui-se que o foco na estrutura e não em conflito parece ser mais apropriado para estes pacientes. Assim, sugere-se que este tópico seja explorado em estudos posteriores, dado

seu caráter exploratório, mas inédito.

Limitações do trabalho

É importante destacar algumas limitações do presente estudo. A dificuldade de coletar sistematicamente outros dados de instrumentos que poderiam contribuir para a análise dos sintomas e dos resultados. Portanto, as futuras pesquisas empíricas sobre o processo com psicoterapias psicanalíticas, precisam ser expandidas e aprofundadas, especialmente com pacientes com TPB. Esperamos que esta pesquisa possa contribuir de alguma forma para ampliar o conhecimento sobre o que realmente acontece na psicoterapia, os mecanismos de ação terapêutica, permitindo uma aproximação entre clínicos e pesquisadores.

Determinar e descrever o processo psicoterapêutico considerando estes aspectos particulares do paciente TPB é de vital importância para compreender e contribuir para a prática clínica, sobretudo, para promover mudanças (Elliott, 2010).

Referências

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 159(5), 775–783. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11986131/>
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-568. <https://doi.org/10.1177/00030651050530020101>
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1999). Processo de psicoterapia no programa de pesquisa colaborativa do instituto nacional de saúde mental para tratamento da depressão. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.64>
- Aveline, M., Strauss, B., & Stiles, W. B. (2007). *Pesquisa em psicoterapia*. In G.Gabbard, J.S. Beck & J. Holmes (Orgs.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp.606-623). Artmed.
- Balint, M., Ornstein, P., & Balint, A. (1972). *Focal Psychotherapy; an Example of Applied Psychoanalysis*. Tavistock.
- Banon, E., Perry, J. C., Semeniuk, T., Bond, M., de Roten, Y., Hersoug, A. G., & Despland, J. N. (2013). Therapist interventions using the Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS) in dynamic therapy, psychoanalysis and CBT. *Psychotherapy Research*, 23(2), 121–136. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.745955>
- Barkham, M., Stiles, W.B., & Shapiro, D.A. (1993). The shape of change in psychotherapy: longitudinal assessment of personal problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 667–677. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8370863/>
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21, 44-49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28985628/>
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2014). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*. 33(6), 595-613. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26157198/>
- Bittencourt, A. A., de Barcellos, E. D., & Serralta, F. B. (2019). Handling suicidal crises in psychodynamic psychotherapy: A process case study. *Journal of Clinical Psychology*, 75(5), 846–858. <https://doi.org/10.1002/jclp.22761>
- Bucci, W. (2007). *Pesquisa sobre processo*. In E. Pearson, A. M. Cooper & G. Gabbard (Orgs.), *Compêndio de psicanálise*. (pp.320-3336). Artmed.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7. [https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/0022-006X.66.1.7#:~:text=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1037/0022-006X.66.1.7](https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/0022-006X.66.1.7#:~:text=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1037%2F0022-006X.66.1.7)
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal Personal Disorder*, 15(6), 487–495. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.6.487.19190>

- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17541052/>
- Dagnino, P., Gómez-Barris, E., Gallardo, A. M., Valdes, C., & de la Parra, G. (2017). Dimensiones de la experiencia depresiva y funcionamiento estructural: ¿Qué hay en la base de la heterogeneidad de la depresión? *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 16(1), 83–94. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1007>
- Dagnino, P. (2012). Focus on Psychotherapy: Characteristics And Trajectories Through The Therapeutic Process [Doctoral thesis for the degree of Doctor of Psychotherapy, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile, Santiago, Chile, and Ruprecht-Karls-Universität Heildeberg, Heidelberg, Germany]. Heildeberg dokumentserver.
- De la Cerda, C., & Dagnino, P. (2021). In-Session Reflective Functioning: Relationship With the Presence and Depth of Work on Conflict or Personality Functioning. *Frontiers in Psychology*, 12, 725739. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.725739>
- DeLaCour, A. T. (1986). Use of the focus in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(1), 133–139. <https://doi.org/10.1037/h0085580>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0021181>
- Dagnino, P., & De la Parra, G. (2010). Foci Presence and Depth Scale (FPDS) [Measurement instrument] [Unpublished Work]. Ruprecht-Karls-Universität.
- De la Parra, G., Gómez-Barris, E., & Dagnino, P. R. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnostico psicodinámico operacionalizado (OPD-2) sociación Internacional Para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*. <https://www.aacademica.org/000-007/687>
- De la Parra, G., Undurraga, C., Crempien, C., Valdés, C., Dagnino, P., & Gómez-Barris, E. (2018). Estructura de Personalidad en Pacientes con Depresión: Adaptación de un Instrumento y Resultados Preliminares. *Psykhē*, 27(2), 1-20. <https://doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1133>
- Edwards, D. J. A. (2007). Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: Implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 6–34. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i1.892>
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Eyni, S. (2020). The effectiveness of mentalization-based therapy on improving object relations of people with borderline personality disorder. *Journal of Research in Psychopathology*, 1(1). <https://dx.doi.org/10.22098/jrp.2020.1028>
- Falkenström, F., Finkel, S.E., Sandell, R., Rubel, J.A., & Holmqvist, R. (2017). Dynamic Models of Individual Change in Psychotherapy Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 537–549. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28394170/>
- Francisca, P. C., Luis, A. P., De La Guillermo, P. C., & Paula, D. R. (2009). Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD- 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 47(4), 271–278. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272009000400003>
- Goodman, G., Chung, H., Anderson, K., & Hull, J.W. (2018). Análise de modelagem de simulação de terapia psicodinâmica para um paciente internado com transtorno de personalidade borderline. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(4), 429–443. <https://doi.org/10.1037/int0000117>
- Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2014a). Interaction structures formed in the psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(1), 15–31. <https://doi.org/10.1111/papt.12001>
- Goldman, G. A., & Gregory, R. J. (2010). Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 64(4), 359–371. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21299173/>
- Goodman, G., Anderson, K., & Diener, M. J. (2014a). Processes of therapeutic change in psychodynamic therapy of two inpatients with borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(1), 30–45. <https://doi.org/10.1037/a0035970>
- Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2014b). Interaction structures formed in the

- psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(1), 15-31. <https://doi.org/10.1111/papt.12001>
- Grande, T., Rudolf, G., Claudia, O., Thorsten, J., & Keller, W. (2019). Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment: The Heidelberg-Berlin Study. In *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults* (pp. 35-61). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429479557-3>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1-21. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Horvath, A. O. (2011). Alliance in Common Factor Land: A view through the research lens. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 14(1), 121-135. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2011.45>
- Kernberg, O., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Basic Books.
- Kramer, U., Beuchat, H., Grandjean, L., & Pascual-Leone, A. (2020). How Personality Disorders Change in Psychotherapy: a Concise Review of Process. *Curr Psychiatry Rep.*, 22, 41 <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01162-3>
- Krause, M. S. (2011). Statistical significance testing and clinical trials. *Psychotherapy*, 48(3), 217-222. <https://doi.org/10.1037/a0022088>
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 490-495. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.4.490>
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 493-501. <https://doi.org/10.1080/10503300902849483>
- Linehan M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. (1a Ed.). The Guilford Press.
- Malan, D. H. (1973). The outcome problem in psychotherapy research: A historical review. *Archives of general psychiatry*, 29(6), 719-729. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4584600/>
- Mander, G. (2002). From free association to the dynamic focus: Towards a model of recurrent psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 19(2), 203-218. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2002.tb00074.x>
- McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 20. <https://doi.org/10.1037/a0038768>
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of Brief Psychodynamic Therapy: a comparative approach*. Guilford Press.
- Möller, R. L., Serralta, F. B., Bittencourt, A. A., & Benetti, S. P. da C. (2018). Countertransferential manifestations in the therapeutic process of a patient with borderline personality. *Psico-USF*, 23(4), 705-717. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230410>
- Nardi, S. C., Bittencourt, A. A., Serralta, F. B., & Benetti, S. P. (2018). Investigation of the adherence of the therapeutic process of a borderline patient to different prototypical models of psychotherapy. *Brazilian Journal of Psychotherapy*, 20(3), 97-114. https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=262
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30334258/>
- Paris, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 56-60. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0083-0>
- Paulo, A. M. R., & Pires, A. P. (2013). Operacionalização psicodinâmica de diagnóstico (OPD-2) numa psicanálise. *Psicologia Clínica*, 25(1), 163-178. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652013000100011>
- Pérez, F., Alvarado, L., De La Parra, G., & Dagnino, P. (2009). Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(4), 271-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000400003>
- Price, P. B., & Jones, E. E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 392-404. <https://doi.org/10.1037/h0087654>
- Poch, B., & Maestre, L. (1994), "Psicoterapia breve y

- focal desde el punto de vista psicoanalítico”, en A. Àvila Espada, J. Poch Bullich (comp.), *Manual de técnicas de psicoterapia*, (pp. 471-491). Siglo XXI.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- Scaturo, J. (2002). Fundamental Dilemmas in Contemporary Psychodynamic and Insight Oriented Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 145-165. <https://doi.org/10.1023/A:1020540909172>
- Schneider, G., Mendler, T., Heuft, G., & Burgmer, M. (2008). Validity of axis III “Conflicts” of Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD-1) - Empirical results and conclusions for OPD-2. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 54(1), 46–62. <https://doi.org/10.13109/zptm.2008.54.1.46>
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Methodological considerations concerning case studies in psychotherapy research. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28, 501-510. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400010>
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Development of a Portuguese version of the Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 29(1), 44–55. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082007000100011>
- Sifneos, P. E. (2013). *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. Springer Science & Business Media.
- Stone, M. H. (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*, 5(1), 15–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16757985/>
- Sulzer, S. H. (2015). Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science and Medicine*, 142, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.008>
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1991). The Vanderbilt approach to time-limited dynamic psychotherapy. *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*, (pp.137-165). Basic Books
- Thomä, H., and Kächele, H. (1987). *Psychoanalytic practice*. 1: Principles. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-71430-6>
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltzberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 60–68. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0167-x>