

Interrupted therapeutic process of a patient with borderline personality disorder / *Proceso terapéutico interrumpido con un paciente con trastorno de personalidad borderline*

Paula von Mengden-Campezatto, Fernanda Barcelos-Serralta & Luísa-Fernanda Habigzang

To cite this article: Paula von Mengden-Campezatto, Fernanda Barcelos-Serralta & Luísa-Fernanda Habigzang (2016) Interrupted therapeutic process of a patient with borderline personality disorder / *Proceso terapéutico interrumpido con un paciente con trastorno de personalidad borderline*, *Estudios de Psicología*, 37:2-3, 484-513, DOI: [10.1080/02109395.2016.1233710](https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1233710)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1233710>



Published online: 26 Sep 2016.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 120



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Citing articles: 2 View citing articles [↗](#)

Interrupted therapeutic process of a patient with borderline personality disorder / *Proceso terapéutico interrumpido con un paciente con trastorno de personalidad borderline*

Paula von Mengden-Campezzato^a, Fernanda Barcelos-Serralta^b and Luísa-Fernanda Habigzang^a

^a*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul — PUCRS*; ^b*Universidade do Vale do Rio dos Sinos — UNISINOS*

(Received 12 August 2015; accepted 28 April 2016)

Abstract: Aim: to describe and understand an interrupted psychotherapy of a patient with Borderline Personality Disorder. Method: systematic, naturalistic and exploratory case study of the therapeutic dyad. The Therapeutic Cycles Model (TCM) and the Psychotherapy Process Q-Set (PQS) were the instruments used. Results: according to TCM, the case can be divided into two stages: one with cycles of change and one without cycles of change. According to the PQS, the themes addressed by the dyad were relevant to psychotherapy and related to patient diagnosis. However, the patient seemed to be uncommitted to the therapeutic process and did not rely on the therapist to solve her problems. The therapist's attitudes were adequate but technical interventions were not prominent. The combination of patient and therapist data assisted in understanding why the psychotherapy was abandoned.

Keywords: therapeutic process; dropout of treatment; therapeutic process and outcome; psychodynamic psychotherapy; process of change

Resumen: Objetivo: describir y comprender una psicoterapia interrumpida con paciente con Trastorno de Personalidad Borderline. Método: estudio de caso sistemático, naturalístico y exploratorio de dupla paciente-terapeuta. Fue utilizada la conjugación de los instrumentos Therapeutic Cycles Model (TCM) y Psychotherapy Process Q-Set (PQS). Resultados: según el TCM, el caso puede ser dividido en dos etapas: una con ciclos de cambio y una sin ciclos de cambio. Según el PQS, los contenidos abordados por la dupla eran pertinentes para la psicoterapia y relacionados al diagnóstico del paciente. Sin embargo, la paciente se revelaba descomprometida con el proceso y pasó a no contar con la terapeuta para resolver sus problemas. Las actitudes de la terapeuta eran adecuadas, pero no fueron evidenciadas técnicas características. La combinación de estos datos de la paciente y de la terapeuta ayudan en la comprensión del abandono de la psicoterapia.

English version: pp. 484–497 / *Versión en español*: pp. 498–511

References / *Referencias*: pp. 512–513

Translated from Spanish / *Traducción del español*: Liza D'Arcy

Authors' Address / *Correspondencia con las autoras*: Luísa Fernanda Habigzang, Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, 9º andar, sala 924, Porto Alegre – RS, 90619-900, Brazil.

Email: luisa.habigzang@pucrs.br

Palabras clave: proceso terapéutico; abandono del tratamiento; proceso y resultado terapéutico; psicoterapia psicodinámica; proceso de cambio

There is an accumulation of evidence showing that psychotherapies are effective; more effective than no therapy or placebo interventions; many patients improve with treatment and maintain that improvement for a long period of time, regardless of its theoretical orientations, psychotherapies are capable of producing change (Lambert, 2004; Yoshida, 1998). However, there are a substantial number of patients who do not benefit from these treatments, a fact evidenced by the high dropout and interruption rates, reaching 67%. Although various advances have been achieved in psychotherapy treatments and techniques, early interruption rates remain the same as 50 years ago (Muran et al., 2009).

The results of psychotherapies are related to many factors, which can be didactically divided into variables of the patient, the therapist and their relationship (Khater, Peixoto, Honda, Enéas, & Yoshida, 2014). The features of psychoanalytic psychotherapy, its long duration and the type of relationship established between the therapeutic duo make early treatment interruption an even more complex phenomenon to understand. Unclear therapeutic objectives, unwillingness to change, signs of negative transference and resistance, as well as non-recognition of patient's own involvement in the problems, were factors found in the initial interviews conducted with patients who abandoned treatment (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2013).

Early interruption of psychoanalytic psychotherapy is related to lower motivation to begin therapy (Charnas, Hilsenroth, Zodan, & Blais, 2010), diverging concept of cure and conflicted goals between patient and therapist (Philips, Wennberg, & Werbart, 2007), low insight capacity, frequent use of immature defences (Hauck et al., 2007), low levels of therapeutic alliance, little participation in the exploration of the problems (Piper et al., 1999), high rates of aggression, low self-esteem and poor object relations (Ackerman, Hilsenroth, Clemence, Weatherill, & Fowler, 2005).

Borderline Personality Disorder (BPD) is a chronic disabling condition characterized by impulsivity, emotional instability, problems in interpersonal relationships and self-image. It is associated with traumatic experiences in childhood and deficits in the ability to mentalize (Eizirik & Fonagy, 2009). Successful psychotherapy with these patients involves a stable and structured setting, greater therapist activity, setting limits to contain acting-out behaviours (monitoring situations that imply risk and insecurity), establishing connections between the patient's actions and feelings with the present situation, among others (Shestatsky, 2010).

The study of the therapeutic process in naturalistic treatments can be a significant complement to controlled clinical trials. Psychotherapy is highly complex and its understanding requires a continuous and systematic analysis, in the natural setting of treatment (Ablon, Levy, & Katzsestein, 2006; Tschuschke et al., 2010). Research on long-term psychoanalytic psychotherapies is less common than on short-term modalities (Muran et al., 2009). In addition, there are few studies in the literature on interruption of treatment, despite the fact that this analysis seems to be essential to understanding and describing the therapeutic

processes. Thus, it is necessary to understand successful and unsuccessful therapeutic processes, analysing in detail the relationship between process and outcome, and identifying variables that can intervene between them. The combination of different methods to evaluate therapeutic processes appears to be an accurate way to approach it, providing triangulation of data.

This article aims to describe and understand an interrupted psychotherapy of a patient with BPD through the combination of two empirical therapeutic process assessment methods. To this end, an exploratory study was conducted to identify moments of therapeutic change and explore how they relate to therapeutic process characteristics.

Methodology

Design

Systematic, exploratory, single case study (Edwards, 2007).

Participants

A patient-therapist duo was part of the study. The patient, Mary¹, was a young adult, single, who had incomplete primary education and worked as a maid. The diagnostic hypothesis of BPD was based on symptoms that the therapist identified and on the initial complaints reported by the patient: constant crying, feeling of emptiness, low self-esteem, difficulty in expressing feelings, impulsivity and difficulty in establishing lasting relationships. The therapist was a psychologist, trained in psychoanalytic psychotherapy, with five years' experience.

The initial indication was two weekly sessions of psychoanalytic psychotherapy. However, due to labour and financial issues there was one session per week. The sessions were recorded and monitored by a group of therapists, including the first author of this study.

Instruments

Therapeutic Cycles Model — (TCM; Mergenthaler, 1996)

This is an instrument that analyses texts using CM computer software. When applied to transcripts of the psychotherapy sessions, the TCM identifies key moments in the therapeutic process, also called 'cycle of change'. A key moment refers to one or more sessions or extracts from the sessions that are determined to be clinically important, where the idea of progress is present. They are identified by the presence of linguistic markers that express emotion and abstraction (Cassel et al., 2015; Mergenthaler, 2008).

The CM software works with a list of words (dictionaries of narrative styles), consisting of the compilation of words collected from psychotherapy session transcripts and diagnostic interviews. Verbal markers of emotions and abstractions are grouped into four clinically relevant patterns: Relaxation, Experience, Reflection and Connection. These patterns are graphically represented through a combination of the Z scores of the relative frequencies for emotional tone and

abstraction tone and accompany their modulations throughout the process and in each session (Mergenthaler, 1996).

For the identification of a key moment, the following four patterns must occur in sequence: Relaxation, Experience, Reflection, Connection and Relaxation. In relaxation, there is a low emotional and abstraction tone; in experience, there is a high emotional tone and a low abstraction tone; in connection, the emotional and abstraction tone are high and, in reflection, the abstraction tone is high and emotional tone is low (Mergenthaler, 1996, 2008).

Psychotherapy process Q-set (PQS; Jones, 2000)

This is a Q-sort type instrument used to quantitatively describe in clinically significant terms, the therapeutic process of different psychotherapies. The instrument consists of 100 items and an explanatory manual. Items can be classified into three groups: (1) patient's attitudes, behaviours or experiences; (2) therapist's actions and attitudes; (3) patient/therapist interaction or therapeutic climate. The instrument was adapted to Brazilian Portuguese by Serralta, Nunes, and Eizirik (2007). Its use requires training and a careful study of the manual. After examining the therapeutic session content, judges must sort the items into nine piles, which vary on a continuum ranging from less characteristic (category 1) to most characteristic (category 9). The number of categories in each pile is distributed according to the normal curve, varying from five cards at the ends to 18 cards in the middle categories. This forced distribution means that raters have to look for the best position to describe each phenomenon, taking into account the frequency, intensity and importance of an item in relation to others. The arrangement is made using cards printed with the items or an Excel spreadsheet formulated for this purpose.

Data collection and analysis procedures

The research followed ethical procedures (approved by the Research Ethics Committee, Protocol number 777,465). All sessions were audiotaped and transcribed verbatim. The transcripts of the sessions were entered into the CM software to generate cycle of change graphs for each session and a graph of the entire therapeutic process. The transcripts of the sessions were simultaneously distributed to the judges for evaluation using PQS. Each session was rated by two volunteer judges who had clinical experience and were trained in PQS rating code system. The score of each item was calculated using the average from each of the two judges. Statistical analyses were performed to verify the agreement between raters (intraclass correlation coefficient). In all sessions, the correlation between the duos was above 0.70. After this analysis, in order to obtain a quantitative summary of the therapeutic process, the averages of the PQS session items were calculated and ordered so as to identify the items that were more or less characteristic of each session, of the entire therapeutic process and of the therapist's attitudes and actions. The process's 10 most characteristic items and the 10 least characteristic items (indicated with the letter *r*) were selected using the software SPSS 21.0.

From the data provided by the TCM and the PQS, an integration of the results was sought. Based on the TCM analysis, treatment was divided into two moments: one with cycles of change and one without cycles of change. The PQS was used to separately describe these moments. For the in-depth examination of the evolution and interruption of the therapeutic process, the authors accessed the complete records of these sessions (audios and transcripts), with the purpose of obtaining a thorough understanding of Mary’s case.

Results and discussion

Overall process

Mary’s treatment lasted nine months, which totalled 25 sessions. It was characterized by many non-attendances; the patient attended 13 sessions (session 1, 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 20 and 25). After the non-attendances, there was a communication between the therapist and the patient by phone or email and Mary would generally attend the following session. From the first session on, Mary exposed her life story, revealing traumatic events (abusive experiences in her domestic context) from her childhood and current life, including work difficulties, interpersonal problems and somatic complaints.

Figure 1 shows the graph created by the TCM with the distribution patterns of languages throughout the sessions. The first box (Language patterns patient) shows the patient’s language patterns. The second table (Speech proportion)

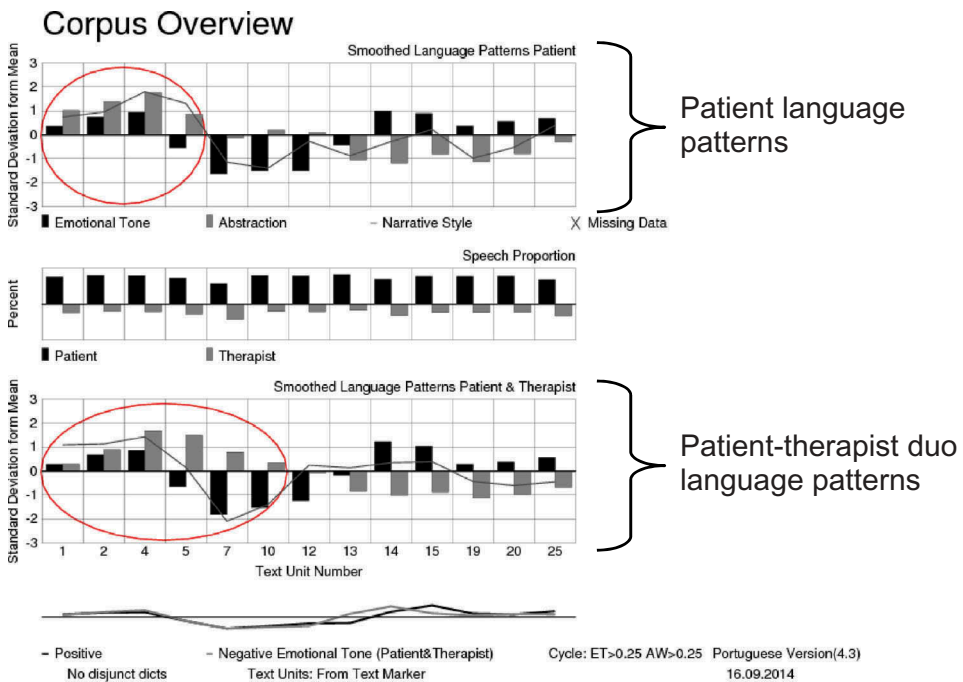


Figure 1. Graph showing Mary’s therapeutic process generated by the CM software.

shows the proportion of the patient's words (black) and the therapist's (grey); there is a greater quantity of verbal expressions by the patient, as expected. The third box shows the language patterns of the patient-therapist duo. In the first and third boxes the presence of a cycle of change at the beginning of the therapeutic process can be seen. In the patient's exclusive language patterns, the cycle reaches sessions 1 to 5 and in the patient-therapist duo's language patterns the cycle is more extensive and includes session numbers 7 and 10. Therefore, through the TCM, the case can be divided into two moments: one with cycles of change and one without cycles of change.

According to the therapeutic process evaluation obtained using PQS, the therapist was sensitive to the patient's feelings (PQS6 — $M = 7.65$), was tactful (PQS77r — $M = 1.92$) and was emotionally involved (PQS9r — $M = 2.11$). The therapist communicated clearly and coherently (PQS46 — $M = 7.07$), and asked questions to get more information and more detailed descriptions of events (PQS31 — $M = 8.15$).

Discussions about schedules and fees, (Q96 — $M = 7.19$), Mary's self-image (Q35 — $M = 6.92$) and her physical or health symptoms (Q16 — $M = 6.92$) stood out during the therapeutic process. The current life situation of the patient was emphasized during discussions (Q69 — $M = 7.96$), addressing her interpersonal relationships (PQS63 — $M = 7.30$) and her feelings of being close or needing someone (Q33 — $M = 7.23$).

Mary felt understood by the therapist (PQS14r — $M = 2.19$), accepted her comments and observations (PQS42r — $M = 1.88$) and had no difficulty understanding them (PQS5r — $M = 2.42$). She engaged actively in therapy (PQS15r — $M = 2.57$) and brought up significant subjects and material (PQS88 — $M = 7.42$), without significant silences during the sessions (PQS12r — $M = 2.76$). The patient was not controlling (PQS87r — $M = 2.73$) and there was no competitive tone in the patient-therapist relationship (PQS39r — $M = 3.19$). However, Mary was not committed to the therapeutic work (PQS73r — $M = 3.30$).

According to this summary, the actions and attitudes of the therapist were apparently appropriate. The issues addressed by the dyad were relevant to psychotherapy and related to patient diagnosis. However, despite showing some attitudes that indicated her willingness to collaborate with the therapist (e.g., bringing up significant subjects), the fact that Mary appeared uncommitted to the process is noteworthy, as it conflicts with other signs and may be related to her abandoning the psychotherapy process.

The integration of the instruments' results was conducted from the cycle of change by the TCM and the cycle of characterization by the PQS. It was decided to use the patient's exclusive languages pattern as a reference to understand the appearance of the unexpected item in a positive context of therapy (PQS73r, mentioned above), which belongs to the category of patient's attitudes, behaviours or experiences. Although the score by item ($M = 3.30$) was not at the limit lower end, it was maintained as characteristic of the process as a whole. This item was described as associated with good results of the therapy when mentioned in its positive pole by Ablon et al. (2006), which means that the reverse, described in

Mary's case, is associated with a poor prognosis. Thus, it is understood that the comparative analysis of the two moments identified by the TCM could assist in clarifying why the patient found it difficult to adhere to treatment.

Comparison between two moments of the psychotherapy process

Still in regard to that shown in [Figure 1](#), the fact that the Sessions 1, 2 and 4 are represented by Connection (abstraction and high emotion) is noteworthy; they are characterized by the patient's emotional access to conflictive issues, with the respective reflection on these instances — highly associated with key moments in psychotherapy (Mergenthaler, 1996). This stage could reflect a moment of preparation and be associated with insight (Cassel et al., 2015). In the sequence, during the fifth session, we note that the emotional tone rises and that this session is represented by Reflection (low emotion and high abstraction) where thoughts and abstractions are present, but there is no expression of associated emotions. This aspect can represent both a reflection on the experience of previous moments of insight, and the expression of intellectualization.

Generally, the analysis of this first moment in treatment shows the patient's participation, in regard to sharing their history and current condition with the therapist. Most of the therapist's interventions sought to organize the patient's history and her discourse. The patient's therapeutic cycle closes with Reflection and, in the sequence, the patient fails to attend her sixth session.

At the treatment phase without cycles, the seventh session presents a Relaxation (low emotion and abstraction) pattern, characteristic of verbalizations without reflective processes. Although it is a natural stage of the therapeutic cycle, in that context it can be understood as resistance: it is not a pause for the constitution of a moment of change in sequence. This period in the treatment was characterized by excessive non-attendance and tardiness — typical aspects of the patient's diagnostic profile. This narrative style altered between a pattern of Relaxation (sessions 7 and 13), Reflection (sessions 10 and 13) and Experience (session 14, 15, 19, 20 and 25), with no new moments of Connection. The maintenance of an emotional tone does not trigger cycles of change, illustrating that the patient sought to avoid emotionally disturbing experiences that put her internal balance at risk, proving resistant to treatment through her non-attendance. The patient addresses issues with a high degree of abstraction and without emotional involvement. The end of the process (session 25) occurred after several non-attendances and culminated in termination — Mary attended the final session and said goodbye to the therapist with an assessment of her achievements during treatment.

According to Mergenthaler (1996), evidence of patient change cannot be seen in a linear and regular manner throughout the process; it is present in specific moments, and taken as significant clinically in that there is an interaction between emotional and cognitive experience. The emergence of therapeutic cycles is not often expected, nor is a repetition of cycles from a session or all sessions. However, moments of change occurred in all of Mary's sessions, totalling 32

cycles of change in the patient's language patterns and 38 in the patient-therapist duo's language patterns, with average $M = 2.46$ and $M = 2.92$ cycles per session, respectively. It should be stressed that the high frequency of cycles of change, combined with the characteristic Connection of the first sessions (associated with a good potential treatment) apparently contrast with the absence of new cycles in the continuation of the therapeutic process. One factor to consider is that the author of TCM (Buchheim & Mergenthaler, 2002) points out that the high proportion of Connection can be associated with a 'pseudo-psychological language' phenomenon where the patient appears to be 'pseudo-analytical' to address emerging conflicts, indicating 'pseudo-insights' on a superficial level.

The description of the therapeutic process, according to PQS in the two moments of treatment, is shown in Table 1. PQS items were grouped into three areas: patient/therapist interaction, therapist and patient.

In Table 1 it is possible to verify that the two moments of treatment are similar considering the items that describe them (marked with * when repeated). The patient/therapist interaction items that are repeated at the two moments expose the interpersonal relationships of the patient (PQS63) and her current life condition (PQS69). At the beginning of treatment, the discussion of schedules and fees (PQS96), memories of childhood (PQS91) and her self-image (PQS35) are present, without a competitive tone in the relationship (PQS39r). In the second moment of treatment, the discussions about her bodily functions, physical symptoms and health (PQS16) are stressed, without silence occurring during the sessions (PQS12r).

Among the therapist's items, being emotionally involved (PQS9r), being tactful (PQS77r) and asking the patient for more information or to elaborate further (PQS31) are characteristic throughout the entire treatment. In the second part of the process, the therapist is also described as sensitive, empathetic and harmonizing with the patient (PQS6), communicating clearly and coherently (PQS46), showing security in herself and self-confidence (PQS86). The initial stage of treatment is characterized by exposing the reason the patient wanted psychotherapy and aspects of the patient's life so as to provide an overview of her emotional development and difficulties. The therapist is expected to show interest in the patient's problems and their life experiences, seeking to understand them in order to construct the foundations for a solid therapeutic alliance (Santibáñez Fernández et al., 2008).

Throughout the process, the patient brought up significant subjects and materials (PQS88) actively (PQS15r), feeling understood by the therapist (PQS14r) and accepting her comments (PQS42r). Still in regard to the patient's progress, in the first part of the treatment, the item that highlights the fact that the patient did not understand the nature of the therapy and what is expected from it (PQS72r) should be emphasized as it may be characteristic of a treatment that is still in its initial stages. Indeed, this item is not present in the second part of the treatment. That the patient was not being committed to the therapeutic work (PQS73r) is also noteworthy, a fact which characterized Mary's entire therapeutic process. Likewise, a feature of the second part of the process was the fact that Mary

Table 1. TCM and PQS integration: Mary's therapeutic process description in two treatment stages.

Patient/therapist interaction items	Sessions	
	1 to 5 <i>M (SD)</i>	7 to 25 <i>M (SD)</i>
PQS96: There is a discussion of scheduling of hours, or fees	8.37 (0.47)	-
PQS63: Patient's interpersonal relationships are a major theme*	7.87 (0.25)	7.05 (2.06)
PQS69: Patient's current or recent life situation is emphasized in the session*	7.37 (1.10)	8.22 (0.33)
PQS35: Self-image is a focus of the session.	7.50 (1.08)	-
PQS91: Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion	7.37 (1.10)	-
PQS16: There is mention or discussion of body functions, physical symptoms or health	-	7.11 (0.85)
PQS39r: There is (not) a competitive quality to the relationship	3.12 (1.31)	-
PQS12: Silences (do not) occur during the session	-	2.27 (0.79)
Therapist items	Sessions	
	1 to 5 <i>M (SD)</i>	7 to 25 <i>M (SD)</i>
PQS31: Therapist asks for more information or elaboration*	8.00 (1.08)	8.22 (0.56)
PQS6: The therapist is sensitive to the patient's feelings, attuned to the patient; empathic	-	7.77 (1.90)
PQS46: Therapist communicates with patient in a clear, coherent style	-	7.33 (0.50)
PQS86: Therapist acts confident or self-assured	-	6.83 (0.82)
PQS77r: Therapist is (tactful)*	2.62 (1.31)	1.61 (0.96)
PQS9r: Therapist is responsive and affectively involved*	1.75 (0.64)	2.27 (2.30)
Patient items	Sessions	
	1 to 5 <i>M (SD)</i>	7 to 25 <i>M (SD)</i>
PQS88: The patient brings up significant issues and material*	8.25 (0.64)	7.05 (0.95)
PQS33: Patient talks of feeling close to or wanting to be close to someone*	8.25 (0.95)	6.77 (1.39)
PQS14r: The patient feels understood by the therapist*	2.37 (1.10)	2.11 (0.99)
PQS15r: The patient initiates or elaborates topics*	2.25 (0.86)	2.72 (1.22)
PQS42r: The patient accepts the therapist's comments and observations*	2.00 (0.40)	1.83 (0.70)
PQS94: The patient feels sad or depressed	7.62 (1.25)	-

(Continued)

Table 1. (Continued).

Patient/therapist interaction items	Sessions	
	1 to 5 <i>M (SD)</i>	7 to 25 <i>M (SD)</i>
PQS7: The patient is anxious or tense	7.37 (1.10)	-
PQS59: Patient feels inadequate and inferior	-	6.77 (0.87)
PQS58r: Patient does (not) examine thoughts, reactions or motivations related to his or her role in creating or perpetuating problems	3.12 (1.65)	-
PQS52r: Patient (does not) rely upon therapist to solve his/her problems	-	3.05 (1.10)
PQS53r: Patient is (not) concerned about what therapist thinks of him or her	-	3.05 (0.68)
PQS73r: The patient is (not) committed to the work of the therapy	3.00 (2.27)	-
PQS70r: The patient (does not) struggles to control feelings or impulses	2.87 (0.75)	-
PQS72r: The patient (does not) understand the nature of the therapy and what is expected	2.62 (1.97)	-
PQS87r: Patient is (not) controlling	-	2.55 (0.88)
PQS5r: Patient has (no) difficulty understanding the therapist's comments	-	1.83 (1.11)

Note: *items that are repeated during the two treatment periods. (*M* = Mean; *SD* = Standard Deviation)

does not rely on the therapist to solve her problems (PQS52r), an item described by Ablon et al. (2006) in his research with Personality Disorder as correlated with negative treatment outcomes.

Thus, understanding the early ending of Mary's case seems to focus on the development of three divergent items of a successful therapeutic process: PQS52r — the patient trusts the therapist to solve their problems; PQS72r — the patient understands the nature of the therapy and what is expected from it; PQS73r — the patient committed to the therapeutic work.

Technical and relational factors

Ablon and Jones (1998) established — through a factor analysis of the ratings of experts from different theoretical orientations for a session — the PQS items that would be prototypical of treatments from psychoanalytic, cognitive-behavioural and interpersonal perspectives. Although ideal general models cannot fully capture the variations of each psychotherapeutic approach (Serralta, Pole, Nunes, Eizirik, & Olsen, 2010), the expected processes in patients with various psychopathologies (Lingiardi, Bonalume, Colli, & Tanzilli, 2011), or at each stage of treatment (Goodman, Anderson, & Diener, 2014), is a nomothetic parameter that has been successfully applied in the examination of real psychotherapies to explain common and specific factors related to the process of change (Ablon et al., 2006; Serralta et al., 2010).

Prototypes derived from PQS contemplate variables from the therapist, the patient and their interaction. Psychodynamic prototype items are consistent with the review by Shedler (2010) regarding aspects that most differentiate treatments with a psychodynamics perspective from others: they focus on affect, in exploring defences, in identifying recurring patterns, in the discussion of past experiences, they focus on interpersonal experiences and the therapeutic relationship, and on the exploration of fantasy life. At this stage of the analysis, the objective was to examine the therapist's actions and verify the presence or absence of specific psychoanalytic techniques, only studying the therapist's set of items.

Table 2 shows the therapist's most characteristic PQS items. None of the PQS technical items related to the psychodynamic prototype are present in the description of Mary's case (PQS22: feelings of guilt; PQS36: use of defensive manoeuvres; PQS50: feelings considered unacceptable; PQS62: recurring theme in the patient's experience or behaviour; PQS67: interprets rejected or unconscious desires, feelings or ideas; PQS79: changes in mood or emotional state; PQS82: patient behaviour during the session is reformulated by the therapist; PQS92: feelings or perceptions are linked to situations or behaviours in the past; and PQS100: connections between the therapeutic relationship and other relationships) (Ablon & Jones, 1998). It is known that, beyond the names of psychotherapies and their theoretical approaches, the 'real' therapeutic process is much more heterogeneous than the 'ideal' prototype and, in practice, therapists tend to use interventions that are characteristic of other modalities. However, adherence to the

Table 2. Description of the most characteristic therapist items in the therapeutic process of Mary according to PQS.

Therapist Items	<i>M (SD)</i>
Item 31: Therapist asks for more information or elaboration.	8.15 (0.71)
Item 6: Therapist is sensitive to the patient’s feelings, attuned to the patient; empathic.	7.76 (1.58)
Item 46: Therapist communicates with patient in a clear, coherent style.	7.07 (0.93)
Item 86: Therapist acts confident or self-assured.	6.88 (0.86)
Item 28: Therapist accurately perceives the therapeutic process.	6.76 (1.03)
Item 18: Therapist conveys a sense of non-judgmental acceptance.	6.61 (1.75)
Item 3: Therapist’s remarks are aimed at facilitating patient speech.	6.50 (1.13)
Item 27: Therapist gives explicit advice or guidance.	6.38 (1.47)
Item 47: When the interaction with the patient is difficult, the therapist accommodates in an effort to improve relations.	6.34 (0.89)
Item 45: Therapist adopts supportive stance.	6.11 (1.45)

prototype of a psychodynamic approach is described in the literature as associated with successful treatment (Ablon & Jones, 1998; Ablon et al., 2006).

According to the judges’ ratings (Table 2), Mary’s therapist is empathetic and understanding (PQS6, PQS46, PQS86, PQS28, PQS18, PQS3, PQS47 and PQS45) and technically enquiring and directive (PQS 31 and PQS27). Although the items PQS6, PQS46, PQS18 and PQS3 are present in the psychodynamic prototype, they are all elements relating to attitudes rather than the technique used by Mary’s therapist. This refers to the need for attention when the therapist distances herself from the ideal prototype established for psychodynamic psychotherapy. Empathy and understanding are common factors that must be present in any therapeutic process. Inquisitive activity, advice and guidance are typical strategies from other theoretical approaches in psychotherapy and they move away from the conjecture of neutrality and non-directivity inherent to the ideal psychoanalytic process. However, it is known that patients with BPD often require a technical flexibility to make use of structured interventions, to ensure patient stabilization. In a research study of BPD patients in psychotherapy with positive results, there was initially an adherence to the psychodynamic prototype, but it decreased during the treatment of three out of the five patients being studied (Goodman, Edwards, & Chung, 2015).

From that it could be concluded that despite the therapist’s appropriate attitudes in terms of establishing and/or maintaining a good relationship with the patient, the absence of specific technical items (when treating a patient who was resistant, did not attend sessions and was not completely commitment to treatment), reveals that resistances were not focused on sufficiently. These data show the need to relativize studies that posit the therapist’s empathy as a central factor of successful treatment (Watson, Steckley, & McMullen, 2014). Technique and relationship are probably interdependent and not isolated agents of change (McAleavey & Castanguay, 2015). It is understood, therefore, that relationship

factors are necessary but not sufficient to bring about change, especially with patients who resist treatment.

We identified that in Mary's case, some techniques should be privileged. For example, it is interesting that the issue of schedules and fees (PQS96) decreases in the second part of the process, even though the patient does not attend frequently. This item should be maintained or become more characteristic in the sessions if her absences/non-attendance were focused on in order to prevent the patient from acting. This leads us to believe that the therapist did not focus on Mary's lack of commitment to her therapeutic work (PQS73r) (as to making this attitude become characteristic once again) and on her lack of reliance on the therapist to solve her problems (PQS52r). These aspects help to understand why the cycle of change in the TCM occurred initially but not subsequently.

In clinical practice, the theoretical flexibility is associated with the therapist's ability to respond empathically to the patient's needs. However, therapists must be aware of the patient's characteristics and his/her expectations regarding psychotherapy in order to adjust therapeutic plans and consequently prevent an early interruption of the therapeutic process (Jung et al., 2013).

In Mary's case, rather than a technical approach that includes other approaches, the use of supportive strategies was observed. While they are indicated for patients with unstable BPD, they do not seem to be effective for patients who are rigid and not very introspective (Goodman et al., 2014). The therapist can and should gradually return to a psychodynamic technique while the patient improves (Goodman et al., 2015). In Mary's psychotherapy, the prevalence of non-interpretative strategies in favour of more directive interventions has possibly been one of the factors associated with the observed negative outcome.

Considerations

Combining the two assessment tools used in the therapeutic process, some conclusions were drawn from the analysis of Mary's case. Although the therapeutic process was interrupted, the presence of cycles of change was observed. By seeking treatment for her suffering, the patient began a therapeutic process and established moments of Connection, integrating affections and the respective reflection on them. These moments manifested themselves at the initial stage of treatment (sessions 1 to 5) and small cycles of change penetrated the other sessions in the sequence.

What happened during the process that can help explain its early interruption? Based on the patient's linguistic pattern analysis assessed by the TCM, two different moments were identified: one with cycles of change and one without cycles of change. The patient, therapist and interaction variables that characterized the process were analysed with PQS. That analysis found that the patient was not committed to the therapeutic process and that during her therapy she did not rely on the therapist to resolve her problems. Although the therapist's attitude was empathetic and she showed understanding and good communication with the patient, she did not use technical interventions (about to characterize the

therapeutic process) to prevent the patient from acting and non-attendance to sessions. This leads to the realization that the therapist and the patient were not therapeutically working in the same direction. Thus, the data suggest that interruption of the treatment could possibly be related to a mismatch in the therapeutic alliance and the absence of interpretive activity, especially of the defenses observed in the resistance process. The prevalence of the therapist's empathic attitudes and support serves as evidence to prove that their potential to promote change cannot be overestimated. These attitudes must be allied to a specific technical work aimed at the needs of the patient in order to prevent abandonment of the psychotherapy process.

This was a systematic, naturalistic and exploratory study of psychoanalytic psychotherapy interrupted before reaching the therapeutic changes the patient sought. The study has limitations that are inherent in a naturalistic research study. It is an open design and there are lack of controls. It is a single case study, the understandings are theoretical and need to be replicated in other similar cases. The lack of precise measurements before, during and after treatment does not allow proper analysis of the relationship between the processes observed and aspects of the patient's functioning that could normally be used to monitor progress (as assessment of symptoms and personality functioning, for example). The instruments used to evaluate the process also have limitations. Both analyse verbal communications during the psychotherapy sessions (the PQS was analysed from the transcripts of the sessions and not the video itself). Thus, non-verbal behaviour and communication during the sessions are not covered in the instruments, but may be important indicators of the therapeutic process as a whole. Another aspect to be considered is that the process was evaluated with external tools (software and judges). Measures from the patient and therapist could complement the work presented.

Despite the limitations, the study contributions include presenting a combination of more than one type of treatment process evaluation, explaining the naturalistic context of an interrupted psychotherapy process. Understanding the patient and the therapist factors that contributed to the final termination of the case will enable other therapists to consider these aspects in similar clinical situations. More studies into psychoanalytic therapeutic process with patients with BPD are suggested. The comparison between successful and unsuccessful outcomes and the analysis of process and relationships should contribute to improving the effectiveness of psychoanalytic psychotherapies with non-neurotic patients in everyday clinical practices.

Note

1. Fictitious name.

Proceso terapéutico interrumpido con un paciente con trastorno de personalidad borderline

Hay un acumulo de evidencias que muestran que las psicoterapias son eficaces; más eficaces que la ausencia de terapia o intervenciones placebo; muchos pacientes mejoran con el tratamiento y mantienen la mejora por un largo periodo de tiempo e, independiente de sus orientaciones teóricas, las psicoterapias son capaces de producir cambio (Lambert, 2004; Yoshida, 1998). Sin embargo, existe un número substancial de pacientes que no se benefician de estos tratamientos, hecho evidenciado por los elevados índices de abandono e interrupción, llegando a 67%. Aunque se hayan logrado muchos avances en los tratamientos y técnicas de psicoterapia, los índices de interrupción prematura permanecen los mismos de 50 años atrás (Muran et al., 2009).

Los resultados de las psicoterapias están relacionados a numerosos factores, que pueden ser didácticamente divididos en variables del paciente, del terapeuta y de la relación entre ellos (Khater, Peixoto, Honda, Enéas, & Yoshida, 2014). Características de la psicoterapia psicoanalítica, como su larga duración y el tipo de relación establecida entre la dupla terapéutica, hacen la interrupción prematura del tratamiento ser un fenómeno todavía más complejo para su comprensión. Objetivos terapéuticos oscuros, poca disposición para cambiar, señales de transferencia negativa y resistencia, así como el no reconocimiento de la participación del paciente en los problemas, fueron factores encontrados en las entrevistas iniciales de pacientes que abandonaron el tratamiento (Juan, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2013).

La interrupción precoz del tratamiento en la psicoterapia psicoanalítica dice relación con una menor motivación para empezarla (Charnas, Hilsenroth, Zodan, & Blais, 2010), concepto de cura y el objetivo divergente entre paciente y terapeuta (Philips, Wennberg, & Werbat, 2007), baja capacidad de *insight*, uso frecuente de defensas inmaduras (Hauck et al., 2007), bajos niveles de alianza terapéutica, poca participación en la exploración de los problemas (Piper et al., 1999), altos índices de agresividad, baja autoestima y relaciones de objeto empobrecidas (Ackerman, Hilsenroth, Clemence, Weatherill, & Fowler, 2005).

El Trastorno de Personalidad Borderline (TPB/TLP) es una condición crónica de incapacidad, caracterizada por impulsividad, inestabilidad emocional, problemas en las relaciones interpersonales y en la imagen de sí mismo. Está asociado a las vivencias traumáticas en la infancia y a los déficits en la capacidad de mentalización (Eizirik & Fonagy, 2009). Las psicoterapias exitosas con estos pacientes están asociadas a un *setting* estable y estructurado, a una mayor actividad del terapeuta, a un límite para las actuaciones (monitoreando situaciones

que implican riesgo y inseguridad), al establecimiento de conexiones entre acciones y sentimientos del paciente con la situación presente, entre otros (Shestatkky, 2010).

El estudio del proceso terapéutico en tratamientos naturalísticos puede ser un complemento importante a ensayos clínicos controlados. La psicoterapia es altamente compleja y su comprensión necesita un análisis continuo y sistemático, en el *setting* natural del auténtico tratamiento (Ablon, Levy, & Katzenstein, 2006; Tschuschke et al., 2010). Investigaciones acerca de las psicoterapias psicoanalíticas de largo plazo son menos frecuentes que las de corto plazo (Muran et al., 2009). Además, hay en la literatura pocos estudios de interrupción de tratamiento, siendo que su análisis parece fundamental para comprender y calificar procesos terapéuticos. Así, se hace necesario comprender los procesos terapéuticos con éxito y sin éxito, analizándose en detalles las relaciones entre el resultado y el proceso, e identificando variables que pueden mediarlos. La conjugación de distintos métodos para evaluar el proceso terapéutico parece ser una manera de aproximación precisa a estas demandas, propiciando la triangulación de datos.

Este artículo tiene como objetivo describir y comprender una psicoterapia interrumpida de un paciente con TPB a través de la conjugación de dos métodos empíricos de evaluación del proceso terapéutico. Para eso, fue realizado un estudio exploratorio para identificar los momentos de cambio durante el tratamiento y relacionarlos con las características del proceso terapéutico.

Método

Delineación

Estudio de caso único sistemático (Edwards, 2007), de carácter exploratorio.

Participantes

Hizo parte del estudio una dupla de paciente-terapeuta. La paciente, Mary¹, era adulta, joven, soltera, nivel educativo primaria incompleta y trabajaba como empleada doméstica. La hipótesis diagnóstica establecida por la terapeuta fue TPB, con base en los síntomas identificados y en la queja inicial de la paciente: llanto constante, sentimiento de vacío, baja autoestima, dificultad en expresar sentimientos, impulsividad y dificultades en establecer vínculos afectivos duraderos. La terapeuta era una psicóloga, con formación en psicoterapia psicoanalítica, con cinco años de experiencia.

La indicación inicial fue de psicoterapia psicoanalítica con frecuencia de dos sesiones semanales. Sin embargo, debido a cuestiones laborales y financieras era atendida semanalmente. Las sesiones fueron grabadas en audio y supervisadas semanalmente por un grupo de terapeutas, que incluía la primera autora de este estudio.

Instrumentos

Therapeutic Cycles Model — (TCM; Mergenthaler, 1996)

Se trata de un instrumento que permite el análisis de textos por la computadora a partir del *software* CM. Cuando éste es aplicado a las transcripciones de las sesiones de la psicoterapia, permite la identificación de momentos clave del proceso, también llamados ‘ciclos terapéuticos’. Un momento clave se refiere a una o más sesiones o a extractos de sesiones de un tratamiento examinadas como clínicamente importantes, en que la idea de progreso está asociada. La identificación de estos es dada por la presencia de marcadores lingüísticos que expresan emoción y abstracción (Cassel et al., 2015; Mergenthaler, 2008).

El *software* CM trabaja a partir de una lista de palabras (diccionarios de estilos narrativos), constituida por la compilación de palabras originarias de las transcripciones de sesiones de psicoterapias y entrevistas diagnósticas. Los marcadores verbales de emociones y abstracciones son agrupados en cuatro patrones clínicamente relevantes: Relajamiento, Experiencia, Reflexión y Conexión. Estos patrones son representados gráficamente a través de una combinación de puntajes *Z* de las frecuencias relativas para el tono emocional y para el tono de abstracción y permiten acompañar sus modulaciones a lo largo del proceso y en cada sesión (Mergenthaler, 1996).

Para la identificación de un momento clave, estos cuatro patrones deben ocurrir en la secuencia: Relajamiento, Experiencia, Reflexión, Conexión y Relajamiento. En el relajamiento, existe un bajo tono emocional y de abstracción; en la experiencia, hay un alto tono emocional y baja abstracción; en la conexión, el tono emocional y abstracción son altos y, en la reflexión, la abstracción es alta y el tono emocional es bajo (Mergenthaler, 1996, 2008).

Psychotherapy process Q-set (PQS; Jones, 2000)

Es un instrumento del tipo Q-sort utilizado para describir, cuantitativamente y en términos clínicamente significativos, el proceso terapéutico de las distintas psicoterapias. El instrumento está constituido por 100 artículos y un manual explicativo. Los artículos pueden ser clasificados en tres grupos: (1) actitudes, comportamientos o experiencias del paciente; (2) acciones y actitudes del terapeuta; (3) interacción paciente/terapeuta o clima terapéutico. El instrumento fue adaptado para el portugués de Brasil por Serralta, Nunes y Eizirik (2007). Su utilización requiere entrenamiento y un cuidadoso estudio del manual. Después de examinar el material de la sesión terapéutica, los jueces deben ordenar los artículos en nueve pilas, variando en un continuum que va del menos característico (categoría 1) al más característico (categoría 9). El número de categorías en cada pila se distribuye de acuerdo con la curva normal, variando de cinco tarjetas en los extremos a 18 tarjetas en las categorías del medio. Esa distribución forzada hace que los evaluadores tengan que buscar la mejor disposición para describir los fenómenos, teniendo en cuenta la frecuencia, la intensidad y la importancia de un artículo en relación a los demás. El

ordenamiento es hecho con la ayuda de tarjetas impresas con los artículos o en una hoja de calculo *Excel* programada para este fin.

Procedimientos de recolección y análisis de datos

La investigación siguió procedimientos éticos (aprobada por el Comité de Ética en Investigación, Parecer 777.465). Todas las sesiones fueron grabadas en audio y transcritas literalmente. Las transcripciones de las sesiones fueron adjuntas al *software* CM para generar los gráficos de ciclos de cambio de cada sesión y un gráfico del proceso terapéutico en su conjunto. Al mismo tiempo, las transcripciones de las sesiones fueron distribuidas a los jueces para la evaluación por medio del PQS. Cada sesión fue evaluada por dos jueces voluntarios que tenían experiencia clínica y habían tenido entrenamiento para el PQS. La puntuación de cada artículo fue calculada con el promedio de los dos jueces. Fueron realizados análisis estadísticos para la verificación de la concordancia entre los evaluadores (índice de correlación intraclase). En todas las sesiones, la concordancia entre las duplas estaba por encima del 0.70. Después de ese análisis, para obtener un resumen cuantitativo del proceso terapéutico, se calculó y se ordenó el promedio de los artículos en las sesiones del PQS para identificar los artículos más o menos característicos de cada sesión, del proceso terapéutico en su conjunto y de las actitudes y acciones del terapeuta. Los 10 artículos más característicos y los 10 artículos menos característicos (indicados con la letra *r*) del proceso fueron seleccionados utilizando el *software* SPSS 21.0.

A partir de los datos proveídos por el TCM y por el PQS, se buscó una integración de los resultados. Con base en el análisis del TCM, el tratamiento fue dividido en dos momentos: uno con ciclos de cambio y otro sin ciclos de cambio. El PQS fue utilizado para describir distintamente de estos momentos. Para el examen profundo de la evolución e interrupción del proceso terapéutico, las autoras hicieron contacto con los registros completos de estos casos (audios y transcripciones de las sesiones), visando una comprensión global del caso de Mary.

Resultados y discusión

Proceso global

El tratamiento de Mary tuvo una duración de nueve meses, en los cuales 25 sesiones fueron programadas. Se caracterizó por muchas faltas, compareciendo la paciente a 13 sesiones (de números 1, 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 20 y 25). Después de las faltas, hubo una comunicación entre la dupla terapéutica por teléfono o mensaje y Mary generalmente comparecía a la sesión siguiente a estos contactos. Desde la primera sesión, Mary mostró su historia de vida, narrando acontecimientos traumáticos (vivencias abusivas en el contexto intrafamiliar) desde la infancia, así como su situación actual de la vida, con dificultades laborales, de relaciones interpersonales y quejas somáticas.

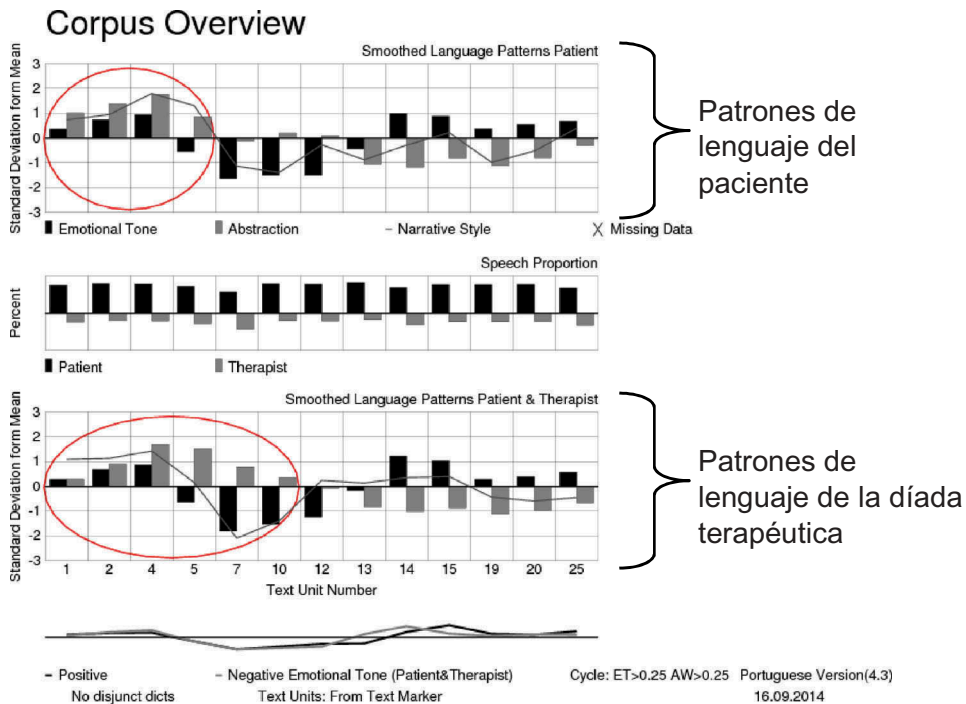


Figura 1. Gráfica del proceso terapéutico de Mary generado por el software CM.

La Figura 1 presenta el gráfico creado por el TCM, con la distribución de los patrones de lenguajes a lo largo de las sesiones. En el primer cuadro (*Language patterns patient*) son presentados los patrones de lenguaje de la paciente. El segundo cuadro (*Speech proportion*) demuestra la proporción de palabras de la paciente (color negro) y de la terapeuta (color gris), y se observa mayor cantidad de expresiones verbales de la paciente, como esperado. En el tercer cuadro son considerados los patrones de lenguaje de la dupla paciente-terapeuta. En el primer y en el tercer cuadro se puede percibir la presencia de un ciclo de cambio en el comienzo del proceso terapéutico. En los patrones de lenguajes exclusivos de la paciente, el ciclo alcanza las sesiones de 1 a 5 y en los patrones de lenguaje de la dupla terapéutica, el ciclo es más extenso e incluye las sesiones de número 7 y 10. Por lo tanto, a través del TCM, el caso puede ser dividido en dos momentos: uno con ciclos de cambio y uno sin ciclos de cambio.

Según la evaluación del proceso terapéutico obtenido con el PQS, la terapeuta fue sensible a los sentimientos de la paciente (PQS6 — $M = 7.65$), tuvo tacto (PQS77r — $M = 1.92$), fue involucrada e implicada afectivamente (PQS9r — $M = 2.11$). Se comunicaba con estilo claro y coherente (PQS46 — $M = 7.07$), y realizaba preguntas destinadas a obtener más informaciones y descripciones más detalladas de acontecimientos (PQS31 — $M = 8.15$).

Las discusiones sobre los horarios y los honorarios, (Q96 — $M = 7.19$), sobre la imagen de sí mismo (Q35 — $M = 6.92$) y acerca de los síntomas físicos o salud

(Q16 — $M = 6.92$) de Mary se destacaron en el proceso terapéutico. La situación de vida actual de la paciente fue enfatizada en la discusión (Q69 — $M = 7.96$), en que eran abordados sus relaciones interpersonales (PQS63 — $M = 7.30$), y los sentimientos de estar cerca o necesitando de alguien (Q33 — $M = 7.23$).

Mary sentíase comprendida por la terapeuta (PQS14r — $M = 2.19$), aceptaba sus comentarios y observaciones (PQS42r — $M = 1.88$) y no tenía dificultades para comprenderlos (PQS5r — $M = 2.42$). Empezaba asuntos activamente (PQS15r — $M = 2.57$) y traía temas y materiales significativos (PQS88 — $M = 7.42$), sin silencios durante las sesiones (PQS12r — $M = 2.76$). La paciente no era controladora (PQS87r — $M = 2.73$), no había tono competitivo en la relación paciente-terapeuta (PQS39r — $M = 3.19$). Sin embargo, Mary no estaba comprometida con el trabajo terapéutico (PQS73r — $M = 3.30$).

Según esta caracterización, las acciones y las actitudes de la terapeuta aparentemente se muestran adecuadas. Los contenidos abordados por la dupla eran pertinentes para la psicoterapia y relacionados al diagnóstico de la paciente. Sin embargo, a pesar de presentar actitudes que indican colaboración con la terapeuta (por ejemplo, llevar temas significativos), llama la atención el hecho de Mary mostrarse descomprometida con el proceso, dato discordante de los demás, pudiendo estar relacionado al abandono de la psicoterapia.

La integración de los resultados de los instrumentos fue realizada a partir del ciclo de cambio por el TCM y por la caracterización del ciclo por el PQS. Se decidió por tomar como referencia los patrones de lenguaje exclusivos de la paciente para comprender la aparición del artículo inesperado en un contexto positivo de la terapia (PQS73r, arriba descrito), el que pertenece a la categoría de actitudes, comportamientos o experiencias del paciente. Aunque la puntuación presentada por el artículo ($M = 3.30$) no esté en el límite extremo inferior, se mantuvo como característico del proceso en su conjunto. Este artículo fue descrito como asociado a buenos resultados del tratamiento cuando mencionado en su polo positivo por Ablon et al. (2006), lo que refiere que lo reverso, descrito en Mary, está asociado a un pronóstico reservado. Así, se entiende que el análisis comparativo de los dos momentos identificados por el TCM podría ayudar a aclarar lo que dificultó la adhesión de la paciente al tratamiento.

Comparación entre dos momentos de la psicoterapia

Todavía con respecto a lo expuesto en la [Figura 1](#), llama la atención el hecho de que las sesiones 1, 2 y 4 son representadas por la Conexión (abstracción y emoción elevados), caracterizada por el acceso emocional de la paciente a temas conflictivos, con la respectiva reflexión sobre estos — instantes altamente asociados a momentos clave de una psicoterapia (Mergenthaler, 1996). Esta etapa puede reflejar un momento de elaboración y estar asociada al *insight* (Cassel et al., 2015). En la secuencia, en la 5ª sesión, se nota que el tono emocional pasa a elevarse y esta sesión es representada por la Reflexión (emoción baja y abstracción elevada), en que los pensamientos y abstracciones se muestran presentes, pero sin expresión de emociones asociadas. Tal aspecto puede tanto

representar la reflexión acerca de la experiencia vivida en los momentos de *insight* anteriores, como la expresión de intelectualización.

De manera general, el análisis de este primer momento del tratamiento demuestra participación de la paciente en el sentido de compartir con la terapeuta su historia de vida y condición actual. La mayoría de las intervenciones de la terapeuta buscaron organizar la historia de vida de la paciente y también su discurso. El ciclo terapéutico de la paciente se cierra con Reflexión y, en la secuencia, la paciente no comparece en la 6ª sesión.

En el momento del tratamiento sin ciclos, la 7ª sesión presenta patrón de Relajamiento (emoción y abstracción bajos), característico de verbalizaciones sin procesos reflexivos. Aunque sea una etapa natural del ciclo terapéutico, en ese contexto puede ser comprendido como resistencial, pues no se trata de una pausa para la constitución de un nuevo momento de cambio en secuencia. Este periodo del tratamiento fue caracterizado por demasiadas faltas y atrasos — aspectos típicos del cuadro diagnóstico de la paciente. El estilo narrativo presente se alteró entre el patrón de Relajamiento (sesiones 7 y 13), de Reflexión (sesiones 10 y 13) y de Experiencia (sesiones 14, 15, 19, 20 y 25), sin nuevos momentos de Conexión. La manutención del tono emocional no desencadena ciclos de cambio, lo que ilustra que la paciente busca esquivarse de experiencias emocionalmente perturbadoras que colocan en riesgo su equilibrio interno, demostrándose resistente al tratamiento a través de sus faltas. La paciente se ocupa de temas con alto grado de abstracción y sin la asociación de emociones. El final del proceso (sesión 25) ocurrió después de varias faltas y culminó en un término — Mary compareció la sesión final, despidiéndose de la terapeuta con una evaluación de sus conquistas durante el tratamiento.

Según Mergenthaler (1996), las evidencias de cambio del paciente no aparecen de manera lineal y regular a lo largo de todo el proceso, pero se presentan asociados a momentos específicos, tenidos como clínicamente significantes, en que hay una interacción entre la experiencia emocional y la cognitiva. La aparición de ciclos terapéuticos no es esperada con mucha frecuencia, ni siquiera la repetición de ciclos de una sesión o en todas las sesiones. Sin embargo, en todas las sesiones de Mary ocurrió la presencia de momentos de cambio, llevando a cabo un total de 32 ciclos de cambio en los patrones de lenguaje de la paciente y 38 en los patrones de lenguaje de la dupla paciente y terapeuta, con un promedio de $M = 2.46$ y $M = 2.92$ ciclos por sesiones, respectivamente. Es necesario resaltar que la alta frecuencia de ciclos de cambio, en combinación con la Conexión característica de las primeras sesiones (asociadas a un buen potencial de tratamiento) aparentemente contrastan con la ausencia de nuevos ciclos en la continuación del proceso terapéutico. Un factor a considerar es que el propio autor del TCM (Buchheim & Mergenthaler, 2002) señala que la alta proporción de Conexión puede estar asociado a un fenómeno de ‘lenguaje pseudo-psicológico’, en que el paciente aparenta ser ‘pseudo-analítico’ para enfrentar los conflictos emergentes, indicando ‘pseudo-*insights*’ en un nivel superficial.

La descripción del proceso terapéutico, según el PQS, en los dos momentos del tratamiento, está dispuesta en la [Tabla 1](#). Los artículos del PQS fueron agrupados en tres ejes: interacción paciente/terapeuta, terapeuta y paciente.

En la [Tabla 1](#) es posible comprobar que los dos momentos del tratamiento presentan semejanza con relación a los artículos que los describen (sellados con * cuando se repiten). Los artículos de la interacción paciente/terapeuta que se repiten en los dos momentos hablan respecto a los relacionamientos interpersonales de la paciente (PQS63) y de su situación de la vida actual (PQS69). En el comienzo del tratamiento, la discusión de horarios y honorarios (PQS96), los recuerdos de la infancia (PQS91) y la imagen de sí misma (PQS35) se hacen presentes, sin que ocurra un tono competitivo en la relación (PQS39r). Ya en el segundo momento del tratamiento, cabe destacar las discusiones acerca de las funciones corporales, de la salud y de los síntomas físicos (PQS16), sin silencios en el transcurrir de las sesiones (PQS12r).

Entre los artículos de la terapeuta, el hecho de ser involucrada e implicada efectivamente (PQS9r), poseer tacto (PQS77r) y solicitar más información o elaboración (PQS31) se hacen presentes a lo largo de todo el tratamiento. En la segunda parte del proceso, la terapeuta también es descrita como sensible, empática y armoniza con la paciente (PQS6), comunicándose con un estilo claro y coherente (PQS46), mostrándose segura o con confianza en sí misma (PQS86). La etapa inicial del tratamiento se caracteriza por exponer el motivo de la búsqueda por la psicoterapia y por la exposición de aspectos de la vida del paciente de manera a proporcionar un cuadro general de su desarrollo emocional y principales dificultades. Es esperado que el terapeuta se muestre interesado por los problemas del paciente y por sus experiencias de vida, buscando comprenderlo para construir las bases para el establecimiento de una buena alianza terapéutica (Santibáñez Fernández et al., 2008).

A lo largo del proceso, la paciente traía temas y materiales significativos (PQS88) activamente (PQS15r), sintiéndose comprendida por la terapeuta (PQS14r) y aceptando sus comentarios (PQS42r). Aún asociado al progreso, en el primer momento del tratamiento, merece destaque el artículo que menciona que la paciente no entendía la naturaleza de la terapia y lo que es esperado en esta (PQS72r), lo que puede ser característico de un tratamiento en su comienzo todavía. De hecho, este artículo no se muestra presente en la segunda parte del tratamiento. También llama la atención el hecho de que la paciente no estaba comprometida con el trabajo terapéutico (PQS73r), hecho este que caracterizó el proceso terapéutico de Mary en su conjunto. Asimismo, una característica de la segunda parte del proceso fue el hecho de que Mary no cuenta con la terapeuta para resolver sus problemas (PQS52r), artículo descrito por Ablon et al. (2006) en la investigación con TP como correlacionado con los resultados negativos del tratamiento.

Así, la comprensión del desenlace prematuro del caso de Mary parece prestar atención para el desarrollo de los tres artículos divergentes de un proceso terapéutico exitoso: PQS52r — La paciente (no) confía en el terapeuta para solucionar sus problemas; PQS72r — La paciente (no) comprende la naturaleza

Tabla 1. Integración del TCM y del PQS: descripción del proceso terapéutico de Mary en dos etapas de tratamiento.

Ítems de la interacción paciente/terapeuta	Sesiones		Sesiones 7 a 25 M (DS)
	1 a 5 M (DS)	7 a 25 M (DS)	
PQS96: Hay discusión sobre el horario de las sesiones, o los honorarios	8.37 (0.47)	-	-
PQS63: Las relaciones interpersonales del P son un tema de importancia	7.87 (0.25)	7.05 (2.06)	7.05 (2.06)
PQS69: Se enfatiza en la discusión la situación de vida actual o reciente del P*	7.37 (1.10)	8.22 (0.33)	8.22 (0.33)
PQS35: La imagen de sí mismo es un centro del diálogo	7.50 (1.08)	-	-
PQS91: Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de discusión	7.37 (1.10)	-	-
PQS16: Hay comentarios sobre las funciones corporales, síntomas físicos o salud	-	7.11 (0.85)	7.11 (0.85)
PQS39r: (No) Hay una cualidad competitiva de la relación	3.12 (1.31)	-	-
PQS12: (No) Ocurren silencios durante la hora de sesión	-	2.27 (0.79)	2.27 (0.79)
Ítems de la Terapeuta	Sesiones 1 a 5 M (DS)	Sesiones 7 a 25M (DS)	Sesiones 7 a 25M (DS)
PQS31: T pide más información o elaboración*	8.00(1.08)	8.22 (0.56)	8.22 (0.56)
PQS6: T es sensible a los sentimientos del P, armoniza con él; empático	-	7.77 (1.90)	7.77 (1.90)
PQS46: T se comunica con P en un estilo claro, coherente	-	7.33 (0.50)	7.33 (0.50)
PQS86: T se muestra con confianza en sí o seguro de sí mismo	-	6.83 (0.82)	6.83 (0.82)
PQS77r: T tiene tacto*	2.62 (1.31)	1.61 (0.96)	1.61 (0.96)
PQS9r: T es involucrado e implicado afectivamente*	1.75 (0.64)	2.27 (2.30)	2.27 (2.30)
Ítems de la Paciente	Sesiones 1 a 5 M (DS)	Sesiones 7 a 25M (DS)	Sesiones 7 a 25M (DS)
PQS88: P saca a colación temas y material significativos*	8.25 (0.64)	7.05 (0.95)	7.05 (0.95)
PQS33: P habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien*	8.25 (0.95)	6.77 (1.39)	6.77 (1.39)
PQS14r: P se siente comprendido por el T*	2.37 (1.10)	2.11 (0.99)	2.11 (0.99)
PQS15r: P inicia temas; es activo*	2.25 (0.86)	2.72 (1.22)	2.72 (1.22)
PQS42r: P acepta los comentarios y observaciones del T*	2.00 (0.40)	1.83 (0.70)	1.83 (0.70)
PQS94: P se siente triste o deprimido	7.62 (1.25)	-	-

(Continúa)

Tabla 1. (Continuación).

Ítems de la interacción paciente/terapeuta	Sesiones	
	1 a 5 <i>M (DS)</i>	7 a 25 <i>M (DS)</i>
PQS7: P está ansioso o tenso	7.37 (1.10)	-
PQS59: P se siente inadecuado e inferior	-	6.77 (0.87)
PQS58r: P (no) se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas	3.12 (1.65)	-
PQS52r: P (no) confía en el T para solucionar sus problemas	-	3.05 (1.10)
PQS53r: P (no) se preocupa de lo que el T piensa de él	-	3.05 (0.68)
PQS73r: P (no) está comprometido con la terapia	3.00 (2.27)	-
PQS70r: P (no) lucha por controlar sus sentimientos o impulsos	2.87 (0.75)	-
PQS72r: P (no) comprende la naturaleza de la terapia y lo que se espera de él	2.62 (1.97)	-
PQS87r: P (no) es controlador	-	2.55 (0.88)
PQS5r: P (no) tiene dificultades para entender los comentarios del T	-	1.83 (1.11)

Nota: *ítems que se repiten en los dos períodos de tratamiento (P = Paciente; T = Terapeuta; *M* = Promedia; *DS* = desviación estándar)

de la terapia y lo que es esperado de esta; PQS73r — La paciente (no) está comprometida con el trabajo terapéutico.

Factores técnicos y de relación

Ablon y Jones (1998) establecieron, a través de análisis factoriales de las evaluaciones de expertos de distintas orientaciones teóricas referentes a una sesión, los artículos del PQS que serían prototípicos de tratamientos de orientación psicoanalítica, cognitivo-comportamental e interpersonal. Aunque modelos ideales globales no puedan capturar plenamente las variantes de cada abordaje psicoterapéutico (Serralta et al., 2010), los procesos esperados en pacientes con distintas psicopatologías (Lingiardi et al., 2011), o en cada etapa del tratamiento (Goodman, Anderson, & Diener, 2014), son un parámetro nomotético que ha sido aplicado con éxito en el examen de psicoterapias reales para explicar factores comunes y específicos relacionados al proceso de cambio (Ablon et al., 2006; Serralta et al., 2010).

Los prototipos derivados del PQS contemplan variables del terapeuta, del paciente y de la interacción. Los artículos del prototipo psicodinámico son coherentes con la revisión de Shedler (2010) acerca de los aspectos que más diferencian tratamientos de orientación psicodinámica de los demás: se centran en el afecto, en la exploración de defensas, en la identificación de patrones recurrentes, en la discusión de experiencias pasadas, se centran en las experiencias interpersonales y en la relación terapéutica, y en la exploración de la vida de la fantasía. En esa etapa del análisis, el objetivo fue examinar las acciones de la terapeuta y verificar la presencia o ausencia de técnicas psicoanalíticas específicas, siendo estudiados solamente el conjunto de artículos de la terapeuta.

En la [Tabla 2](#), son presentados los artículos del PQS más característicos de la terapeuta. Se puede percibir que ninguno de los artículos técnicos del PQS relacionados al prototipo psicodinámico está presente en la descripción del caso

Tabla 2. Descripción de los elementos más característicos de la terapeuta en proceso terapéutico de Mary de acuerdo con PQS.

Elementos de la Terapeuta	<i>M (DS)</i>
Item 31: El terapeuta pide más información o elaboración.	8.152 (0.71)
Item 6: El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; empático.	7.765(1.58)
Item 46: El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.	7.07 (0.93)
Item 86: El terapeuta se muestra con confianza en sí o seguro de sí mismo.	6.88 (0.86)
Item 28: El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.	6.76 (1.03)
Item 18: El terapeuta transmite un sentido de aceptación sin crítica.	6.61 (1.75)
Item 3: Los comentarios del terapeuta se dirigen a facilitarle al paciente la verbalización.	6.50 (1.13)
Item 27: El terapeuta dá consejos y orientaciones explícitos.	6.38 (1.47)
Item 47: Cuando la interacción con el paciente es difícil, el terapeuta se adapta en un esfuerzo para mejorar las relaciones.	6.34 (0.89)
Item 45: El terapeuta adopta una postura de apoyo.	6.11 (1.45)

de Mary (PQS22: sentimientos de culpa, PQS36: uso de maniobras defensivas; PQS50: sentimientos considerados inaceptables; PQS62: tema recurrente en la experiencia o en la conducta del paciente; PQS67: interpreta deseos, sentimientos o ideas, rechazados o inconscientes; PQS79: cambios en el humor o en el estado afectivo; PQS82: comportamiento del paciente durante la sesión es reformulado por el terapeuta; PQS92: sentimientos o percepciones son vinculados a situaciones o a conductas del pasado; y PQS100: conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones) (Ablon & Jones, 1998). Se sabe que, más allá de los nombres de las psicoterapias y sus abordajes teóricos, el proceso terapéutico 'real' es mucho más heterogéneo que el prototipo 'ideal' y, en la práctica, los terapeutas tienden a usar intervenciones características de otras modalidades. No obstante, la adhesión al prototipo del abordaje psicodinámico está descrito en la literatura como asociado a buenos resultados del tratamiento (Ablon & Jones, 1998; Ablon et al., 2006).

De acuerdo a la evaluación de los jueces (Tabla 2), la terapeuta de Mary es empática y comprensiva (PQS6, PQS46, PQS86, PQS28, PQS18, PQS3, PQS47 y PQS45) y técnicamente investigativa y directiva (PQS 31 y PQS27). Aunque los artículos PQS6, PQS46, PQS18 y PQS3 estén presentes en el prototipo psicodinámico, son todos elementos referentes a actitudes y no a la técnica empleada por la terapeuta de Mary. Este aspecto se refiere a la necesidad de atención al alejamiento de esta terapeuta del prototipo ideal establecido para una psicoterapia psicodinámica. La empatía y la comprensión son factores comunes que deben estar presentes en cualquier modalidad terapéutica. La actividad investigativa, los consejos y la orientación son estrategias típicas de otros abordajes teóricos en psicoterapia y se distancian del conjeturar de la neutralidad y no-directividad inherente al proceso ideal psicoanalítico. Se sabe sin embargo, que pacientes con TPB requieren, muchas veces, flexibilidad técnica para hacer uso de intervenciones estructuradas para la estabilización del paciente. En una investigación de pacientes con TPB en psicoterapia con resultados positivos, la adherencia al prototipo psicodinámico estaba presente, pero decreció a lo largo del tiempo de tratamiento en tres de los cinco pacientes estudiados (Goodman, Edwards, & Chung, 2015).

A partir de eso, se puede pensar que, a pesar de todas las características de la terapeuta: mostrarse adecuada y positiva en términos de establecer y/o mantener una buena relación con la paciente, la ausencia de artículos relacionados a la técnica, frente a una paciente que se mostraba resistente, que faltaba, y poco comprometida con el tratamiento, estos aspectos no fueron trabajados suficientemente. Este dato muestra la necesidad de relativizar estudios que postulan la empatía del terapeuta como factor central de buenos resultados de tratamiento (Watson, Steckley, & McMullen, 2014). La técnica y la relación son probablemente interdependientes y no agentes aislados (McAleavey & Castanguay, 2015). Se entiende, por lo tanto, que los factores de relación son necesarios, pero no suficientes para producir cambios, especialmente con pacientes más resistentes.

Se identifica que en el caso de Mary, algunas elecciones técnicas podrían haber sido privilegiadas. Por ejemplo, llama la atención que el tema de horarios y

honorarios (PQS96) disminuye en la segunda parte del proceso, a pesar de que la paciente pasa a faltar con gran frecuencia. Este artículo debería mantenerse o volverse más característico en las sesiones si las ausencias/faltas estuviesen siendo trabajadas enfáticamente con la intención de cesar ese comportamiento de *acting* de la paciente. Esto nos remite a pensar que la terapeuta no trabajó (a punto de volver característica) la falta de comprometimiento de Mary con el trabajo terapéutico (PQS73r) y el hecho de ella no contar con la terapeuta para resolver sus problemas (PQS52r). Estos aspectos auxilian a comprender por qué el ciclo de cambio en el TCM ocurre inicialmente y después no.

La flexibilidad teórica, en la práctica clínica, está asociada a la capacidad de empatía del terapeuta con relación a las necesidades del paciente. Sin embargo, los terapeutas deben estar atentos a las características del paciente y a sus expectativas con relación a la psicoterapia, con el objetivo de ajustar el plan terapéutico y, consecuentemente, prevenir la interrupción prematura de la psicoterapia (Jung et al., 2013).

En el caso de Mary, más que una aproximación con técnicas de otros abordajes, se encuentra la utilización de estrategias de apoyo. Aunque estas sean indicadas para pacientes con TPB inestables, no parecen eficaces para pacientes rígidos y poco introspectivos (Goodman et al., 2014). El terapeuta puede y debe regresar, gradualmente, a la técnica psicodinámica mientras el paciente mejora (Goodman et al., 2015). En la psicoterapia de Mary, el predominio de las estrategias no-interpretativas a favor de las directivas, posiblemente haya sido uno de los factores asociados al desenlace negativo observado.

Consideraciones

A partir del análisis del caso de Mary, conjugando dos instrumentos de evaluación del proceso terapéutico, se pudo establecer algunas consideraciones. Aunque tratándose de un proceso terapéutico interrumpido, se pudo comprobar la presencia de ciclos de cambio. Al ir en búsqueda de tratamiento para su sufrimiento, la paciente empezó un proceso terapéutico y estableció momentos de Conexión, integrando afectos y la respectiva reflexión sobre estos. Estos momentos se hicieron presentes en la etapa inicial del tratamiento (sesiones de 1 a 5) y, en la secuencia, pequeños ciclos de cambio penetraron las demás sesiones.

¿Qué ocurrió en ese proceso que puede ayudar a explicar a su interrupción prematura? Con base en el análisis de los patrones lingüísticos de la paciente evaluados por el TCM, fueron identificados dos momentos distintos: uno con ciclos de cambio y otro, sin. Con la ayuda del PQS, las variables de la paciente, de la terapeuta y de la interacción que caracterizaron el proceso fueron examinadas. En el análisis, se constató que la paciente no estaba comprometida con el trabajo terapéutico y que en el transcurrir del proceso, pasó a no contar con la terapeuta para resolver sus problemas. La terapeuta, aunque se mostrara empática y con actitudes de comprensión y una buena comunicación con la paciente, no hizo uso de intervenciones técnicas (a punto de caracterizar el proceso terapéutico) para cesar el comportamiento de *acting* y la falta a las sesiones. Esto remite a la comprensión de que la

terapeuta y la paciente no estaban trabajando terapéuticamente en la misma dirección. Así, los datos sugieren que la interrupción del tratamiento, posiblemente, se relacione con cierto desajuste en la alianza terapéutica y en la ausencia de la actividad interpretativa, especialmente de las defensas envueltas en el proceso de resistencia evidenciado. La constatación de la prevalencia de actitudes empáticas y de apoyo de la terapeuta sirve de alerta para que no se sobrestime el potencial de estas actitudes para promover cambios. Estas actitudes deberían ser aliadas a un trabajo técnico específico dirigido a las necesidades de la paciente para modificar el desenlace del abandono de la psicoterapia.

Este fue un estudio sistemático, naturalístico y exploratorio de una psicoterapia psicoanalítica interrumpida precozmente antes de llegar a los cambios terapéuticos que vino a buscar. El estudio presenta limitaciones que son inherentes a la investigación naturalística: *design* abierto y ausencia de controles. Se trata de un estudio de caso único, las comprensiones son teóricas y necesitan ser replicadas en otros casos semejantes. La ausencia de medidas precisas antes, durante y después del tratamiento no permite el análisis de la relación entre los procesos observados y aspectos del funcionamiento de la paciente que podrían servir para monitorear el progreso (como evaluación de síntomas o del funcionamiento de la personalidad, por ejemplo). Los instrumentos utilizados para evaluar el proceso también presentan limitaciones. Ambos analizan las comunicaciones verbales en las sesiones de psicoterapia (el PQS fue analizado a partir de las transcripciones de las sesiones y no con video). De esa manera, comportamientos no-verbales y comunicaciones entre las sesiones no están contempladas en los instrumentos, pero pueden ser importantes indicadores del proceso terapéutico en su conjunto. Otro aspecto a ser considerado es que el proceso fue evaluado por medidas externas (software y jueces). Medidas provenientes por paciente y terapeuta podrían complementar el trabajo presentado.

A pesar de las limitaciones, el estudio contribuye por presentar la conjugación de más de un tipo de evaluación del proceso del tratamiento, explicitando el contexto naturalístico de una psicoterapia interrumpida. La comprensión de los factores de la paciente y de la terapeuta que contribuyeron para el deshecho final del caso, posibilitará a otros terapeutas considerar a estos aspectos en situaciones clínicas semejantes. Se sugieren más estudios acerca del proceso terapéutico psicoanalítico con pacientes con TPB. La comparación entre los procesos bien y mal sucedidos y el análisis de la relación entre los procesos y resultados deben contribuir para la mayor efectividad de las psicoterapias psicoanalíticas con pacientes no-neuróticos en la clínica cotidiana.

Nota

1. Nombre ficticio.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors. / *Los autores no han referido ningún potencial conflicto de interés en relación con este artículo.*

References / Referencias

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8*, 71–83. doi:10.1080/10503309812331332207
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 216–231. doi:10.1037/0033-3204.43.2.216
- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Clemence, A. J., Weatherill, R., & Fowler, J. C. (2005). The effects of social cognition and object representation on psychotherapy continuation. *Bulletin Menninger Clinic, 64*, 386–408. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/200465170?accountid=8034>
- Buchheim, A., & Mergenthaler, E. (2002). Adult attachment representation and computer-assisted language measures: What can we learn from the therapeutic cycle model for the adult attachment interview and vice versa? *International Congress Series, 1241* (2002), 353–360. doi:10.1016/S0531-5131(02)00643-X
- Cassel, P. A., Sanchez, L. F., Campezatto, P. V. M., Khater, E., Nunes, M. L. T., & Yoshida, E. M. P. (2015). Therapeutic cycles model (TCM): Instrumento de avaliação do processo psicoterapêutico. *Psico USF, 20*, 39–50. doi:10.1590/1413-82712015200104
- Charnas, J. W., Hilsenroth, M. J., Zodan, J., & Blais, M. A. (2010). Should I stay or should I go? Personality assessment inventory and Rorschach indices of early withdrawal from psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 484–499. doi:10.1037/a0021180
- Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: An overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31*, 72–75. doi:10.1590/S1516-44462009000100016
- 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. Retrieved from <http://pcsp.libraries.rutgers.edu./index.php/pcsp/article/view/892/2260>
- Goodman, G., Anderson, K., & Diener, M. J. (2014). Processes of therapeutic change in psychodynamic therapy of two inpatients with Borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*, 30–45. doi:10.1037/a0035970
- Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2015). The relation between prototypical processes and psychological distress in psychodynamic therapy of five inpatients with Borderline disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 22*, 83–95. doi:10.1002/cpp.1875
- Hauck, S., Krueh, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., Shestatsky, S., & Ceitlin, L. H. F. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*, 265–73. doi:10.1590/S0101-81082007000300005
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action, a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends Psychiatry Psychotherapy, 35*, 181–190. doi:10.1590/S2237-60892013000300005
- Khater, E., Peixoto, E. M., Honda, G. C., Enéas, M. L. E., & Yoshida, E. M. P. (2014). Momentos-chave e natureza das intervenções do terapeuta em psicoterapia breve psicodinâmica. *Psico-USF, 19*, 233–242. doi:10.1590/1413-82712014019002010
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy & behavior change* (5th ed.). New York, NY: Wiley.
- Lingiardi, V., Bonalume, L., Colli, D., & Tanzilli, A. (2011). The psychotherapy process Q-set from the perspective of the Italian research in psychotherapy: Commentary on a paper by J. Stuart Ablon, Raymons A. Levy, and Lotte Smith-Hansen. *Research in Psychotherapy, 14*(2), 24–42. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10281/76337>

- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2015). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. In O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process and outcome* (pp. 293–310). Vienna: Springer.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1306–1315. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1306
- Mergenthaler, E. (2008). Resonating minds: A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research, 18*, 109–126. doi:10.1080/10503300701883741
- Muran, J. C., Gorman, B. S., Eubanks-Carter, C., Safran, J. D., Samstag, L. W., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46*, 233–248. doi:10.1037/a0016085
- Piper, W., Joyce, A., Rosie, J., Ogrodniczuk, J., McCallum, M., & O’Kelly, J. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic), 36*, 114–122. doi:10.1037/h0087778
- Philips, B., Wennberg, P., & Werbart, A. (2007). Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychological Psychotherapy, 80*, 229–245. doi:10.1348/147608306X128266
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Irribarra Cáceres, D. E., & Muller Vergara, P. A. (2008). Non-specific variables in psychotherapy. *Terapia Psicológica, 26*, 89–98. doi:10.1080/02109395.2016.1233710
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do psychotherapy process Q-set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*, 44–55. doi:10.1590/S0101-81082007000100011
- Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, M. L. T., Eizirik, C. L., & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research, 20*, 564–575. doi:10.1080/10503307.2010.493537
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*, 98–109. doi:10.1037/a0018378
- Shestatsky, S. (2010). Psicoterapia com o paciente borderline. In C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. Shestatsky (Eds.), *Psicoterapia de Orientação Psicanalítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 614–631). Porto Alegre: Artmed.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schultess, P., Von Wyl, A., & Weber, R. (2010). Fundamental reflections on psychotherapy research and initial results of the naturalistic psychotherapy study on outpatient treatment in Switzerland (PAP-S). *International Journal of Psychotherapy, 14*(3), 23–35. Retrieved from <http://www.psychoterapieforschung.ch/downloads/Tschuschke-e.pdf>
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research, 24*, 286–298. doi:10.1080/10503307.2013.802823
- Yoshida, E. M. P. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional, 2*(2), 115–127. doi:10.1590/S1413-85571998000200006