



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Mudança dos Mecanismos de Defesa e das Características de Personalidade no Processo
Terapêutico

Diana de Paiva Silvano Calado Loureiro

Nº - 19796

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor António Pazo Pires

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor António Pazo Pires

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Clínica

2011/2012

Dissertação de Mestrado Realizada sob a orientação do Prof. Doutor António Pazo Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado no Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Neste ano de aprendizagem e de transição, agradeço ao Professor Doutor António Pazo Pires, meu orientador de dissertação de mestrado, pelo apoio prestado, pela abertura para o esclarecimento de dúvidas, pelo cuidado, pela compreensão, e sobretudo pelo admirável gosto que tem em transmitir o seu conhecimento.

Aos meus colegas de seminário de dissertação, agradeço pelos momentos de debate e descontração, e pela partilha de informação e conhecimento. Agradeço em particular à Carolina, pela partilha de dados.

Agradeço aos meus pais, de quem tanto me orgulho, pelo que me transmitiram, por sempre terem acreditado em mim, e pelo carinho, amor e apoio, que sempre me têm dado em todos os níveis da minha vida.

Agradeço também ao meu marido, por ser um verdadeiro companheiro, nos piores e nos melhores momentos, agradeço-lhe pelos conselhos, pelo apoio, e por encher a minha vida de alegria, amor, e entusiasmo para ultrapassar da melhor forma possível, os desafios com que me deparo.

Por fim, mas não por último, agradeço aos meus “irmãos” do coração, pelas tertúlias noturnas, pelos momentos de humor e partilha, e pelos mimos e bolinhos caseiros que me trouxeram, em dias de trabalho atribulado.

A todas estas pessoas agradeço, por terem das formas mais variadas, tido um papel fundamental neste ano de transição, e sobretudo de aprendizagem.

Índice

Artigo de revisão de literatura	1
Resumo	2
Abstract	3
Introdução	4
Breve Síntese Histórica	5
Sistematização e Mensuração dos Mecanismos de Defesa	7
Mecanismos de Defesa e Personalidade	8
Os Mecanismos de Defesa e a Mudança no Processo Terapêutico	11
Impacto das Intervenções do Terapeuta nas Defesas do Paciente	14
Conclusão	18
Referências Bibliográficas	19
Artigo empírico	22
Resumo	23
Abstract	24
Introdução	25
Método	27
Participantes	27
Instrumentos	28
Procedimento	31
Resultados	33
Discussão	43
Referências Bibliográficas	47
Anexos	50
Anexo 1 - Tabela dos Estudos Empíricos	51
Anexo 2 - Folha de cotação da DMRS	57
Anexo 3 - Níveis de ODF (DMRS) e Perfis Defensivos de ambas as pacientes	58
Anexo 4 - Percentagem de defesas utilizadas por período – Paciente 1	59
Anexo 5 - Percentagem de defesas utilizadas por período – Paciente 2	64
Anexo 6 - Cotação das sessões áudio (DMRS) – Paciente 1	68
Anexo 7 - Cotação das sessões áudio (DMRS) – Paciente 2	157

Anexo 8 – SWAP-200	211
Anexo 9 - Grelha de Classificação - SWAP-200 – Paciente 1	217
Anexo 10 - Quadros de avaliação SWAP-200 – Paciente 1	223
Anexo 11 - Grelha de Classificação - SWAP-200 – Paciente 2	226
Anexo 12 - Quadros de avaliação SWAP-200 – Paciente 2	232

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

**MECANISMOS DE DEFESA E AS SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO
PSICOTERAPÊUTICO**

Resumo

Os mecanismos de defesa são um dos conceitos mais originais e uma das mais duráveis contribuições teóricas da psicanálise. O objetivo desta revisão de literatura consiste em aprofundar questões relacionadas com o desenvolvimento e evolução de concepções acerca do conceito, compreender funções relevantes dos mecanismos de defesa, e sobretudo fazer uma pesquisa acerca da investigação empírica ao nível do papel dos mecanismos de defesa no processo e eficácia da psicoterapia, e em torno das variáveis relacionadas com os mecanismos de defesa, com especial enfoque na psicoterapia psicodinâmica. A partir da literatura revista, conclui-se que apesar do reconhecido impacto dos mecanismos de defesa na relação terapêutica, e do aumento da pesquisa empírica na última década, ainda não se verifica uma visão clara acerca das suas implicações e inter-relações com outras variáveis. Cada vez é mais discutido o impacto de variáveis relacionadas com o terapeuta, na evolução do funcionamento defensivo do paciente no decorrer do processo terapêutico. A informação obtida através da literatura foi alvo de uma reflexão crítica relativamente às implicações dos achados da investigação empírica, apresentando-se linhas futuras de investigação.

Palavras-Chave – Mecanismos de defesa; Psicoterapia; Processo; Mudança.

Abstract

Defense mechanisms are one of the most original concepts and one of the most durable theoretical contributions of psychoanalysis. The purpose of this literature review was to deepen issues related to the development and evolution of the concept, understand relevant functions of defense mechanisms, and particularly elaborate a research about the empirical investigation concerning the role of defense mechanisms in the process and effectiveness of psychotherapy, and also about the variables related to defense mechanisms, with special focus on Psychodynamic Psychotherapy. From the literature reviewed, it appears that despite the recognized impact of defense mechanisms in the therapeutic relationship, and the rise of empirical research in the last decade, yet there is no clear vision about its implications and connections with other variables. The impact of variables related to the therapist, in the evolution of the patient's defensive functioning during the therapeutic process is an increasingly discussed matter. The information obtained from the literature was the target of a critical reflection on the implications of the findings surrounding empirical research, and future lines of research were provided.

Keywords – *Defense Mechanisms; Psychotherapy; Process; Change*

Introdução

Em psicoterapia psicanalítica o funcionamento defensivo é uma das questões centrais (Hersoug, et al., 2005), destacando-se como um conceito significativo na teoria e na prática. A identificação das defesas é uma das principais tarefas do terapeuta sendo utilizadas na formulação das interpretações elaboradas no decorrer da terapia, e desempenhando um papel de relevo na compreensão do funcionamento do paciente e na escolha do tipo de intervenção adotado (Grey, 1994; Malan, 1979; cit por Newman, & Beail, 2010).

Deste modo, o estudo aprofundado dos mecanismos defensivos, da sua evolução ou regressão em processos terapêuticos, do seu papel na mudança e eficácia da psicoterapia, bem como, da sua ligação com outras variáveis relevantes, como por exemplo a existência ou não de perturbação da personalidade, o tipo de perturbação, ou o tipo de intervenção do terapeuta, torna-se extremamente pertinente.

Neste sentido, o objetivo desta revisão de literatura é o de compreender de forma mais aprofundada os mecanismos defensivos e o seu papel no processo terapêutico. Para o efeito realizar-se-á uma revisão da literatura com especial enfoque na investigação realizada em torno dos mecanismos defensivos em psicoterapia ao nível da mudança destes no decorrer do processo psicoterapêutico, de variáveis do paciente relacionadas com a prevalência de determinados funcionamentos defensivos, e com a evolução dos mesmos, bem como, de variáveis do terapeuta relacionadas com a evolução de determinados mecanismos defensivos no decorrer do processo terapêutico.

Pretendendo estudar a temática dos mecanismos de defesa, realizou-se uma pesquisa com todas as bases de dados disponíveis na ebsco, com a palavra *defense mechanism* no texto, e link para texto completo com intervalo de tempo de 2006 até 2012, com a opção “TI Title”, obtendo-se 222 resultados. Foram selecionados todos os artigos com relevância para o estudo da temática aqui focada, tendo em conta artigos de revisão de literatura acerca do conceito, bem como, artigos empíricos relevantes para a temática em enfoque. Com o propósito de complementar a pesquisa, foi feita em simultâneo uma pesquisa de diversos artigos de revistas científicas e livros, na biblioteca do ISPA-IU.

Breve Síntese Histórica

O conceito de defesa foi preconizado por Freud, nos seus primeiros estudos acerca de psicopatologia nos quais notou que a mente humana era detentora de uma capacidade de manter certos sentimentos dolorosos afastados da consciência. Segundo Freud, os mecanismos de defesa teriam uma função de proteção do indivíduo, ameaçado no seu equilíbrio psíquico por emoções, ideias e impulsos, que lhe trariam sofrimento (Freud, 1894 / 1973, cit por Yoshida, 1998). Aquando da sua publicação *The neuropsychoses of defence* (Freud, 1894/1962 cit por Perry et al, 2009), Freud descreveu a repressão, a formação reactiva, o deslocamento, entre outros mecanismos, mas ainda que os tenha referido e descrito, Freud não os estudou de forma sistemática.

Foi Anna Freud (1937/1966 cit por Perry, et al, 2009), que expandiu o estudo dos mecanismos de defesa propondo que as defesas contra sentimentos dolorosos e as defesas contra pulsões instintivas tinham como base o mesmo intuito, sendo este o de excluir sentimentos de ansiedade e culpa. Sublinhou ainda, que todos os mecanismos de defesa agiam simultaneamente no controlo das pulsões do *id*, e na adaptação à realidade exterior. Quando publicou *O Ego e os Mecanismos de Defesa*, Anna Freud (1936 cit por Melo, J, 2005), descreveu dez mecanismos de defesa (recalcamento, formação reativa, isolamento, anulação, projeção, sublimação, entre outros).

Mais tarde, Waelder (1976, cit por Perry et al, 2009), sublinhou que as defesas podiam ter múltiplas funções para além da defesa contra desejos proibidos, podendo também ter a função de gratificação de desejos. Neste sentido, Hartmann e colaboradores (1964; cit por Perry, et al, 2009), sugeriram que algumas funções do ego seriam livres de conflito, e não direccionadas contra desejos proibidos, enfatizando que as defesas e outras funções do ego (teste da realidade) poderiam ser dirigidas tanto a acontecimentos como a objetos e eventos no mundo externo, de modo a melhorar a adaptação dos indivíduos a fatores da realidade. Seguidamente Haan (1963 cit por Perry, et al, 2009) distinguiu as defesas que lidam com os conflitos intrapsíquicos, de mecanismos relacionados (coping) que ajudam à adaptação do individuo às exigências, constrangimentos e limitações do mundo externo, separando assim, as defesas dos mecanismos de coping.

Subsequentemente, Lazarus e Folkman (1984 cit por Perry et al, 2009), entre outros autores, rejeitaram a maioria das perspectivas relacionadas com defesas e pulsões, favorecendo o estudo do coping e realçando-o como um mecanismo consciente que os indivíduos utilizam para lidar com o stress vindo do exterior. Em resultado, deu-se um incremento de investigação

acerca do coping, ao passo que a investigação relativa aos mecanismos de defesas diminuiu (Perry, et al, 2009). Segundo Cramer (1998), esta diminuição deveu-se ao facto de por algum tempo a ideia de mecanismos mentais ter sido evitada, tendo os conceitos com ela relacionados, sido classificados como não observáveis e neste sentido não verificáveis, sendo por isto vistos como conceitos que a psicologia científica precisava de descartar, ideia esta que em muito se deveu à influência de teóricos da aprendizagem e do positivismo lógico.

Segundo Cramer (1998), a conceção de mecanismos de defesa foi perturbada pela associação deste ao funcionamento patológico, associação esta que adveio da origem do conceito. No entanto, a ideia de que o coping estava relacionado a saúde psicológica, enquanto as defesas estavam relacionadas a um funcionamento psicopatológico, não foi suportada empiricamente, quando os problemas associados a medidas autoadministradas e ao contexto foram controlados (Cramer, 2000). Hoje defende-se que se por vezes o uso de defesas é patológico, noutras instâncias as defesas são adaptadas e promovem o ajustamento psicológico. Assim, as defesas são consideradas patológicas quando são usadas de forma excessivamente rígida, quando não são adaptadas à situação, quando estão desfasadas com o nível de desenvolvimento do indivíduo, ou quando distorcem claramente a perceção da realidade, e interferem com outras funções do ego. Quando desempenham um papel de redução da ansiedade, e contribuem para um bom ajustamento psicológico, os mecanismos defensivos desempenham também uma função positiva e não patológica (Cramer, 2000).

Autores mais recentes têm destacado o papel adaptativo das defesas na modulação do comportamento do sujeito em função dos requisitos do meio, das exigências superegóicas, e das necessidades impulsivas (Vaillant, 1992; cit por Yoshida, 1998). Como resultado da ação dos diferentes mecanismos de defesa, o comportamento manifesto assume, portanto, configurações passíveis de serem classificadas como: mais ou menos patológicas, maduras, ou adaptativas. Assim à medida que ocorre a mudança no processo terapêutico, espera-se, que a configuração das defesas utilizadas pelo paciente também se modifique (Yoshida, 1998).

De acordo com Perry, e colaboradores (2009), atualmente existe consenso na literatura em relação à conceção de mecanismos de defesa, como uma resposta psicológica de cariz automático, sem qualquer tipo de esforço consciente, por parte do indivíduo a stressores e conflitos emocionais de origem interna ou externa.

Sistematização e Mensuração dos Mecanismos de Defesa

Sendo os mecanismos de defesa “uma das contribuições teóricas mais duráveis e originais da psicanálise para a psicologia dinâmica” (Perry, et al, 2009; p.121), existiu uma necessidade de sistematização do conceito, visando o seu estudo mais aprofundado, tanto a nível teórico como empírico. Assim, as defesas foram ordenadas de forma hierárquica, através da conjugação empiricamente estudada com medidas gerais de adaptação e saúde psicológica. Neste sentido, Vaillant (1971,1986,1992 cit por Hersoug, et al.; 2005), propôs uma hierarquização das defesas, classificando-as segundo uma ordem que vai desde as mal adaptadas (imaturas), no nível mais baixo, às adaptadas (maduras), no nível mais alto da hierarquia.

Assim, segundo Perry, e colaboradores (2009), vários estudos levaram a uma hierarquização consensualmente aceite, sendo exemplos desta hierarquização o *Defensive Functioning Scale* no *DSM-IV* (A.P.A.; 1994), e o *Defensive Mechanism Rating Scales-DMRS* (Perry, 1990), no qual foram incluídos 28 mecanismos defensivos de acordo com o seu nível de adaptabilidade e maturidade, correspondendo o nível 7 às defesas mais maduras e adaptadas e o nível 0 às mais imaturas e mal adaptadas. Deste modo, foram estabelecidos os seguintes níveis de funcionamento das defesas: I- Maduras: 7. *Nível mais adaptado (maduro)* - afiliação, altruísmo, antecipação, humor, autoafirmação, auto-observação, sublimação, supressão. II- Neuróticas: 6. *Obsessivas*- intelectualização, isolamento dos afetos, anulação. 5. *Outras defesas de nível neurótico*- (a) recalçamento, dissociação, (b) formação reativa, deslocamento. III- Imaturas: 4. *Nível de distorção de imagem menor (narcísico)* - desvalorização, idealização onipotência. 3. *Nível de evitamento*- negação, projeção, racionalização. Embora não consista numa defesa de evitamento, a fantasia autística é incluída neste nível. 2. *Nível de distorção de imagem maior (borderline)* - clivagem da imagem dos outros, clivagem da imagem do próprio, identificação projetiva. 1. *Defesas de ação*- agir (acting out), hipocondria, agressão passiva. Segundo Perry, e colaboradores (2009), a *DMRS* ainda não contempla uma secção completa de defesas de nível psicótico ao nível da produção de uma listagem de cotação das mesmas, devido ao facto de o método ter sido usado maioritariamente em amostras não psicóticas. No entanto, os autores encontram-se a estudar a adição de um quarto grupo de defesas psicóticas (IV- Psicóticas: 0. *Nível de desregulação defensiva (psicótico)* - distorção, negação psicótica, projeção delirante, dissociação psicótica) à *DMRS*.

No âmbito da pesquisa acerca de psicoterapias psicodinâmicas, a possibilidade de mensuração e avaliação dos mecanismos de defesa é especialmente relevante na medida em que, conforme refere Malan (1983, p. 114), "*o alvo de quase toda a psicoterapia dinâmica consiste em chegar, por debaixo da defesa e da ansiedade, até ao sentimento encoberto, e então investigar este sentimento recuando do presente até suas origens no passado, geralmente na relação com os pais*".

No que concerne aos instrumentos de avaliação dos mecanismos de defesa, existe uma preferência por instrumentos de avaliação dependentes de juízes externos como é o caso do *Defensive Mechanism Rating Scales- DMRS* (Perry, 1990), devido ao facto de os autoadministrados como o *Defense Style Questionnaire* (Bond, et. al., 1983), estarem limitados pela capacidade do sujeito em descrever e identificar os seus respetivos padrões defensivos típicos, que por definição, são inconscientes e, portanto, inacessíveis, naquele momento, para o sujeito (Jacobson et al, 1986, cit por Yoshida, 1998). No mesmo sentido Cramer, (1994), refere que as medidas autoadministradas são limitadas, sublinhando que a informação obtida está limitada às questões e às respostas permitidas pelo formato do instrumento. O autor salienta ainda, que pedir ao indivíduo que relate o seu próprio comportamento aumenta a possibilidade de enviesamento por parte do relator, na medida em que o desejo de transmitir uma imagem positiva, e o facto de estar exposto a uma situação promotora de ansiedade que consiste em relatar o seu próprio comportamento, incrementa o uso de defesas habituais no repertório do sujeito, que podem alterar a veracidade dos resultados obtidos.

Assim, podemos concluir que a sistematização dos mecanismos defensivos, feita através da sua hierarquização, abriu caminho para o seu estudo mais aprofundado, tanto a nível teórico como empírico.

Mecanismos de Defesa e Personalidade

Existe consenso na literatura atual, relativamente ao facto de as defesas contribuírem para traços de personalidade que em parte são constituídos por defesas específicas, que o indivíduo tende a usar repetidamente em diversas situações. Assim, os indivíduos tendem a usar um repertório específico de defesas quando confrontados com determinados tipos de stressores, dependendo dos motivos ou conflitos ativos nessa situação específica (Perry, et al 2009).

Existe também consenso em relação ao fato de as defesas afetarem a adaptação dos indivíduos, na medida em que cada defesa pode ser bastante adaptável em determinadas situações. Ainda assim, existe uma clara hierarquização de defesas em conjugação com o grau de adaptabilidade de cada defesa individual. Defesas mais primitivas (imaturas), são normalmente consideradas como defesas mal adaptadas, enquanto defesas mais evoluídas (maduras), são consideradas adaptadas na maioria das situações. Quando as defesas são menos adaptadas, estas protegem o indivíduo da consciencialização dos stressores, ansiedade, e /ou conflitos associados, mas constroem a sua percepção, liberdade de escolha em relação a diferentes tipos de resposta e flexibilidade, elementos estes promotores do alcance de resultados positivos. Pelo contrário, quando as defesas são mais adaptadas, estas incrementam a consciencialização de motivos internos e externos, e conseqüentemente aumentam, a expressão e gratificação de desejos, minimizam conseqüências negativas, e aumentam a variedade de escolhas e percepção de controlo (Perry, et al, 2009).

Com base na proposta de hierarquização das defesas, foram elaborados vários estudos procurando comparar o nível das defesas utilizadas por sujeitos com diagnósticos diferentes, de acordo com o *DSM-III-R* (American Psychiatric Association). Por exemplo, Block, e cols. (1993) apresentam um estudo piloto em que a *DMRS* foi usada para a avaliação psicodinâmica de 22 pacientes distímicos e 22 pacientes com episódios de pânico. Os resultados mostram que embora os dois grupos de pacientes apresentem primordialmente defesas dos níveis mais baixos, os sujeitos distímicos apresentam pontuações significativamente mais elevadas de defesas narcísicas, de evitamento e de ação. Noutro estudo, Perry e Cooper (1986) verificaram a associação entre medidas da *DMRS* e do funcionamento global, medido através da "*Global Assessment Scale*" - *GAS*. A amostra composta por 81 pacientes com distúrbio de personalidade borderline, com distúrbio antissocial e com distúrbio afetivo de tipo bipolar-II, foi avaliada em dois momentos: no momento em que o sujeito procurou os serviços clínicos do Hospital Cambridge, e posteriormente, em várias avaliações realizadas ao longo de vários anos de terapia, em que a estabilidade do quadro psicopatológico era verificada. Os resultados mostraram que as defesas imaturas estavam associadas a índices mais elevados de sintomas, funcionamento global mais pobre, e maior proporção de tempo em que o desempenho de papéis psicossociais estava prejudicado.

Defesas menos evoluídas, embora num nível médio da hierarquia, medeiam muitas das formas mal adaptadas de lidar com o stress e conflitos em pacientes com distúrbios de personalidade, e depressão. Segundo Perry, e colaboradores (2009), existe uma noção

concordante na literatura, que identificar e compreender a função das defesas serve como um auxílio para o esclarecimento dos mais diversos problemas e desafios terapêuticos relativamente ao tratamento.

Com o objetivo de investigar o funcionamento defensivo em sujeitos com perturbação borderline em comparação com sujeitos sem perturbação, Kramer, e colaboradores (2012), realizaram um estudo com 25 sujeitos com perturbação borderline, e um grupo de controlo com 25 sujeitos sem perturbação. Utilizaram como instrumentos a *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*, na deteção da perturbação borderline, a *Global Severity Index* na seleção do grupo de controlo, e ainda a *Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS)*, e o *Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Todos os participantes realizaram uma entrevista de paradigma dinâmico com a duração de 50 minutos. Estas entrevistas foram transcritas e cotadas através da *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)*. O *Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*, foi preenchido pelos participantes após a realização das entrevistas. Os resultados indicaram que os pacientes com perturbação borderline utilizam uma maior percentagem de defesas de ação, borderline, de evitamento, e ainda de ordem narcísica e histérica, e uma menor percentagem de defesas maduras e de defesas obsessivas, em comparação com o grupo de controlo. Verificaram ainda que o *Overall Defensive Functioning (ODF)* da *DMRS*, era significativamente mais baixo nos pacientes com perturbação borderline, em comparação com o grupo de controlo.

Certos níveis específicos de defesas, estão por vezes, associados a certas perturbações relacionadas com determinados tipos de patologia. Deste modo, defesas como a clivagem, e a identificação projetiva estão associadas à patologia borderline, e defesas como a onnipotência, e a desvalorização, estão associadas à patologia narcísica ou à anti-social. Neste sentido, é de referir que os mecanismos de defesa servem como um alerta para o terapeuta, auxiliando-o a detetar que certo paciente pode estar a operar num determinado registo de funcionamento específico. Assim, ao trabalhar com pacientes cuja adesão contínua ao regime terapêutico é particularmente necessária, é muito benéfico saber o máximo possível acerca das defesas do paciente, especialmente aquelas que podem interferir com o tratamento (Perry, et.al., 2009).

Neste sentido, é de referir que o término prematuro, ou o evitamento da terapia, podem ser significativamente influenciados pelos mecanismos defensivos relacionados com o tipo de vinculação do paciente (Cramer, 2000). Tal facto, é visível no estudo realizado por Dozier, e Kobak, (1992; cit por Cramer, 2000), no qual se verificou que estudantes universitários com uma vinculação insegura (evitante), utilizaram operações defensivas que excluía, ou

distorciam significativamente informações relacionadas com os afetos quando entrevistados. Assim, os autores sublinharam que estes indivíduos tinham uma maior probabilidade de demonstrar uma resistência considerável a psicoterapias que tenham como base o insight, sendo que, para o terapeuta não é apenas importante reconhecer que o que é dito pelo paciente pode ter subjacente uma carga defensiva, mas também qual a sua origem, e que isto pode ser uma fonte de resistência à terapia. Deste modo, a decisão do terapeuta, em abordar ou não o conteúdo subjacente a determinados mecanismos de defesa no decorrer da terapia, deve ter sempre em consideração se as defesas em questão são adaptadas ou mal adaptadas, pois “*o terapeuta ao confrontar, de forma imprudente, um paciente que esteja a utilizar mecanismos defensivos mal adaptados, pode desencadear uma enorme ansiedade e sentimentos depressivos num determinado paciente, o que pode causar uma rutura na aliança terapêutica*” (Vaillant, 1994, p. 49).

Face aos estudos empíricos e às noções teóricas apresentados, relativamente aos mecanismos de defesa e à sua relação com a personalidade, verifica-se que estes se encontram interligados, e que têm um impacto determinante na evolução do processo terapêutico. Assim, é fundamental que o terapeuta os tenha em conta, pois destacam-se como variáveis de relevo na compreensão do paciente, e na escolha do tipo de intervenção mais adequado.

Os Mecanismos de Defesa e a Mudança no Processo Terapêutico

Embora o funcionamento defensivo seja uma das questões centrais na terapia psicodinâmica (Hersoug, et al., 2005), poucos estudos em psicoterapias de longo curso examinaram o papel da mudança, em variáveis psicodinâmicas, como é o caso dos mecanismos defensivos. No entanto, é de referir que ultimamente tem existido um incremento de literatura demonstrativa de mudanças no uso das defesas em psicoterapias de longo curso (Presniak, et al., 2010).

Neste sentido, Perry, e colaboradores (2009), efetuaram um estudo com o objetivo de observar quais os processos de mudança no funcionamento defensivo ao longo de Psicoterapias de curta, média e longa duração, procurando investigar, de que modo a avaliação quantitativa dos mecanismos defensivos pode ser um bom indicador de progresso e eficácia em investigação psicoterapêutica. Para o efeito, utilizaram como instrumento a *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)*, na sua versão quantitativa. Assim, analisaram quatro casos clínicos, um de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, e os restantes três casos de Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica.

Perry, e colaboradores (2009), concluíram que: 1 – À medida que os pacientes mudam, estes aumentam os seus níveis de *Overall Defensive Functioning – ODF*, e a instabilidade dos seus funcionamentos defensivos tende a decrescer; 2 – Mudanças nos níveis defensivos ocorrem de forma progressiva. Assim, os pacientes trocam defesas no nível mais baixo da hierarquia (menos adaptadas/imaturas), por defesas no meio da hierarquia, e só mais tarde conseguem atingir defesas situados no nível mais alto da hierarquia (adaptadas/maduras); 3 – Em conformidade com a maioria das investigações, à medida que o funcionamento defensivo melhora, os sintomas decrescem, e outros aspetos do funcionamento do paciente evoluem. 4 – Diferentes pacientes ou grupos de patologias, têm um ritmo de mudança próprio, que pode variar consoante diferentes tipos de tratamento, ainda não determinados. Assim, os estados depressivos podem estar associados com maiores mudanças num período inicial, que à posteriori se atenuam, enquanto que distúrbios de personalidade podem ter períodos iniciais de estagnação mais longos, antes que a mudança se inicie e passe a ser mais ou menos estável. No entanto, os autores ressaltam que os resultados obtidos, são referentes a dois funcionamentos de ordem depressiva, e dois distúrbios borderline, podendo apenas cobrir alguns fatores, sendo que outros tipos de funcionamento, podem/deveriam estar associados a outros ritmos de mudança, não contempladas no estudo. Os autores sublinham que estes moderadores (características do paciente) e mediadores (tipo de tratamento; frequência das sessões; aliança terapêutica; duração do tratamento, entre outros), ficam por definir e validar de modo mais aprofundado.

Com o intuito de investigar o processo terapêutico e a sua eficácia, Lingardi, e colaboradores (2010), realizaram um estudo no qual investigaram as mudanças na personalidade e no funcionamento defensivo de uma paciente em Psicanálise durante dois anos, e a sua relação com as intervenções do terapeuta e as comunicações do paciente. Para o efeito, utilizaram como instrumentos a *Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS)*, a *Analytic Process Scales (APS)*, e *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*. Neste sentido, selecionaram 20 sessões transcritas (correspondentes a um caso de tratamento psicanalítico), das 240 existentes, utilizando 4 sessões a cada seis meses (início, 6º mês, final do 1º ano, 18º mês e final do 2º ano), com o *APS* e a *DMRS*. No que concerne ao *SWAP*, foram utilizadas 4 sessões de doze em doze meses (início, final do 1º ano, e final do 2º ano). Cada grupo de quatro sessões foi avaliado como uma unidade singular de análise representativa de determinado período do processo analítico. Os resultados obtidos no final do segundo ano de análise, demonstraram um aumento simultâneo do *high functionig score* do *SWAP*, e dos níveis globais de funcionamento defensivo (*Overall Defensive Functioning –*

ODF) na *DMRS*. Na *APS*, existiu uma correlação substancial entre as intervenções do terapeuta e o progresso da paciente. Os resultados obtidos relativamente ao funcionamento defensivo demonstraram, que o paciente reteve o seu estilo defensivo no domínio neurótico, no entanto, as defesas utilizadas eram de um nível mais elevado do que as obtidas no final do primeiro ano. Concluíram assim, que a descida de defesas neuróticas e obsessivas e a marcada subida de defesas a nível maduro (defesas mais adaptadas), providenciam uma noção clara da natureza e extensão do progresso do paciente.

No sentido de investigar mudanças no funcionamento defensivo, Presniak, e colaboradores (2010), realizaram um estudo de caso com um paciente diagnosticado com Perturbação Evitante de Personalidade, e acompanhado em tratamento psicanalítico durante 5 anos. Este estudo surge na sequência de um primeiro, realizado por Porcerelli, e colaboradores (2007; cit por Presniak, et al., 2010), e procura reexaminar este caso, com especial enfoque nas mudanças ao nível do funcionamento defensivo ao longo do tratamento e numa fase de acompanhamento posterior. Para tal, estabeleceram como hipótese, que o nível global de funcionamento defensivo (*Overall Defensive Functioning – ODF*) e de defesas mais adaptadas do “Sr. A” iria subir entre o início da terapia e o seu acompanhamento posterior. Para tal, utilizaram como instrumento de medida da evolução do funcionamento defensivo a *Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS)*, em 25 sessões gravadas e transcritas, correspondentes ao início da terapia, ao final de cada ano e a uma sessão de acompanhamento posterior (90 minutos). Os resultados encontrados foram consistentes com a hipótese postulada. Os autores encontraram um incremento significativo no *Overall Defensive Functioning – ODF*, e nas defesas mais adaptadas do “Sr. A”. Os autores sublinham ainda, que os resultados encontrados vão ao encontro com um fenómeno descrito por outros autores (Gabbard, 2004; Gill, 1951 e Perry, 2001, cit por Presniak, et al., 2010), que consiste num retorno de defesas menos adaptadas numa fase intermédia da terapia (na segunda metade da terapia), e numa melhoria constante do funcionamento defensivo numa fase mais avançada da terapia, bem como, no fim e após o término do tratamento.

Múltiplas variáveis relacionadas ao paciente já foram investigadas e relacionadas como sendo preditores de mudança em psicoterapia psicodinâmica, o funcionamento defensivo é uma delas. Contudo, poucos estudos investigaram processos adaptacionais, relacionando mecanismos de defesa e coping de um ponto de vista integrativo ou comparativo. Tendo como objetivo observar mudanças precoces nas defesas e no coping, Kramer, e colaboradores (2009), realizaram um estudo composto por 32 pacientes, na sua maioria diagnosticados com perturbações de adaptação, acompanhados em Psicoterapia de

Inspiração Psicanalítica de curta duração com o máximo de 40 sessões. Utilizaram como instrumentos a *Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS)*, o *Coping Action Patterns (CAP)*, o *Symptom Check List (SCL-90-R)*, e o *Helping Alliance Questionnaire (HAQ-J)*. Os autores concluíram que variáveis contextuais como os padrões de aliança, no início da terapia, parecem ter efeito na mudança dos mecanismos de coping, efeito este, que não se verifica no caso dos mecanismos de defesa cujo funcionamento global permaneceu estável (sem mudanças) nas primeiras 20 sessões, não se tendo a aliança terapêutica revelado como uma variável moderadora. Neste sentido, os autores especulam que mudanças reveladoras de efeitos terapêuticos nos mecanismos de defesa podem apenas ser observáveis na segunda metade de psicoterapias de inspiração psicanalítica, metade esta, que não foi contemplada no estudo. Sublinham ainda que, psicoterapias de longa duração, como a psicanálise, se podem revelar como cenários mais propícios à observação de mudanças no funcionamento defensivo. Neste sentido, é de notar que vários estudos, (Bond, & Perry, 2004; Perry, 2001), demonstram que as mudanças nos mecanismos de defesa, sobretudo de caráter profundo, são mais facilmente observáveis em psicoterapias de longa duração, como a psicanálise. Sendo que no estudo de Hersoug, e colaboradores (2002), as mudanças no funcionamento defensivo foram apenas observadas na segunda metade de uma psicoterapia breve de inspiração psicanalítica.

Neste panorama, pode-se concluir que os mecanismos de defesa são um indicador de relevo da mudança estrutural do paciente no processo psicoterapêutico, sendo crucial que se aprofunde a temática, por meio da investigação empírica, tendo em vista a aquisição de uma visão mais clara acerca das suas inter-relações com outras variáveis, e das suas implicações no processo psicoterapêutico.

Impacto das Intervenções do Terapeuta nas Defesas do Paciente

Os efeitos de variáveis pertencentes ao clínico têm sido considerados como uma área promissora de investigação do processo psicoterapêutico. Segundo Despland e colaboradores (2009), vários estudos têm demonstrado que mais de 10% da variação do tratamento é devida ao clínico, e cada vez é mais discutida a sua possível influência. Neste sentido, tem havido um aumento de interesse no estudo das intervenções feitas pelo terapeuta. De acordo com Hersoug, e colaboradores (2003), a interpretação é uma das intervenções mais utilizadas pelo terapeuta, visando a promoção de introspeção e insight, incidindo em conflitos frequentes e traumas subjacentes aos problemas do paciente. De acordo com Binder, e Strupp, (1997; cit por Hersoug, et al 2005), um uso correto da interpretação é mais difícil, se forem

desenvolvidos processos problemáticos, assim, é importante evitar a formação de processos problemáticos para uma melhor progressão da terapia. Olson, e colaboradores (2011) sublinham na sua revisão de literatura, que apesar de a interpretação da transferência ter recebido tradicionalmente um maior destaque na literatura, na prática a interpretação das defesas é utilizada mais frequentemente pelos terapeutas.

Neste panorama, vários autores têm procurado estudar o impacto das interpretações do terapeuta no funcionamento defensivo do paciente, ao longo do processo terapêutico. Com o objetivo de compreender se as interpretações realizadas por terapeutas influenciam o desenvolvimento de funcionamentos defensivos mal adaptados, Hersoug, e colaboradores (2005), investigaram as mudanças no funcionamento defensivo, no decorrer de Psicoterapias Breves de Inspiração Psicanalítica com um máximo de 40 sessões. A amostra foi composta por 39 pacientes diagnosticados com depressão, perturbações de ansiedade e personalidade. Para o efeito, utilizaram como instrumentos a *Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS)*, e a *Psychodynamic Intervention Rating Scales (PIRS)*. Neste estudo, os autores concluíram que uma maior proporção de interpretações estava associada a um decréscimo do uso de defesas mal adaptadas após o término da terapia, verificaram também que a proporção de defesas mal adaptadas decresceu no decorrer da terapia. Concluíram ainda que, nem o uso de interpretações nem o uso de intervenções de suporte por parte dos terapeutas influenciou o desenvolvimento de defesas adaptadas, observando que as defesas no nível mais baixo da hierarquia (mal adaptadas/imaturas) evoluíam primeiro que os mecanismos defensivos mais adaptados.

Com o intuito de explorar se as relações interpessoais, funcionamentos defensivos e aliança terapêutica de vários pacientes, estariam associadas com a interpretação de defesas por parte do terapeuta, Hersoug, e colaboradores (2003), desenvolveram um estudo, em que as características do paciente e do terapeuta foram exploradas como preditores do uso de interpretação de defesas, em 40 sessões de psicoterapia breve. A amostra foi composta por 38 pacientes e 7 terapeutas, tendo sido utilizados como instrumentos o *Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS)*, numa sessão inicial (7ª sessão), e numa fase intermédia (16ª sessão), a *Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS)*, o *Working Alliance Inventory (WAI)*, a *Dynamic Relationships Scales (DynRel)*, o *SCL-90-R*, a *Global Assessment Scale (GAS)*, e a *Global Severity Index (GSI)*. Contrariamente à hipótese inicial, verificou-se que a baixa qualidade das relações interpessoais dos pacientes, foi associada com um maior volume de interpretação no início da terapia. Tal como esperado, os terapeutas com maior experiência realizaram um maior número de interpretações. A combinação de uma maior utilização de

defesas mal adaptadas com uma aliança terapêutica de baixa qualidade, foi associada com uma maior proporção de interpretação, contrariamente à hipótese estabelecida. As diferenças entre terapeutas, contaram para 35% da variância nas interpretações no início da terapia e 42% na fase intermédia. Em consonância com a hipótese estabelecida, os terapeutas deram significativamente mais interpretações na fase intermédia, comparativamente a uma fase inicial.

Vários autores sugerem linhas futuras de investigação, procurando compreender de forma mais aprofundada a importância de variáveis relacionadas com o terapeuta na evolução do funcionamento defensivo no processo psicoterapêutico. Assim, Hersoug, (2005), sublinham que as características pessoais do terapeuta são uma importante área para investigação futura, destacando a importância do estudo da relação entre características da personalidade do terapeuta, a técnica terapêutica utilizada, e os seus resultados, por exemplo, ao nível da diminuição da utilização de defesas mal adaptadas por parte do paciente. Autores como Perry, e colaboradores (2009), sublinham a pertinência da investigação de defesas em resposta às intervenções do terapeuta, tendo como expectativa que uma determinada forma de funcionamento defensivo irá interagir com certas intervenções, de modo a que existam diferenças nos resultados. Deste modo, explicam que tal estudo requer que tanto as defesas como as intervenções que pretendem afetá-las sejam analisadas em conjunto, um passo que tem começado a ser dado através do uso de diversos instrumentos que identifiquem intervenções terapêuticas relevantes. De acordo com Despland, e colaboradores, (2001), o ajustamento das intervenções terapêuticas, relativamente ao nível de funcionamento defensivo do paciente, é um preditor promissor, no que concerne ao desenvolvimento da aliança terapêutica, levando a mudanças positivas na mesma, logo nas primeiras 3 sessões de psicoterapia breve e deveria ser investigado mais consistentemente, tal como outros preditores de desenvolvimento terapêutico.

Perry, e colaboradores (2009), salientam que o resultado deste tipo de estudo, poderá demonstrar que as defesas podem ser examinadas em diversas fases do tratamento como um indicador do efeito do processo terapêutico, podendo também ser comparados entre sessões e entrevistas dentro ou fora da terapia, de modo a fornecer um indicador geral dos resultados.

Tal como, Hersoug, e colaboradores (2003) sublinham, pacientes com dificuldades relacionais, podem apresentar mais material adequado à exploração, e suscitar mais interpretações ao nível das defesas. O terapeuta nestes casos, pode deixar-se envolver por questões terapêuticas complicadas, e por essa razão pode sentir-se desconfortável (contratransferência). Um elevado uso da interpretação, pode ser o reflexo de uma tentativa

do terapeuta lidar com este desafio. A transferência negativa pode envolver hostilidade e vulnerabilidade, o que pode influenciar a interação paciente-terapeuta, e assim, permitir o desenvolvimento de mais interpretações. Um elevado grau de interpretação em pacientes com mais defesas mal adaptadas, pode refletir, que estes pacientes apresentam material que tanto terapeutas experientes como inexperientes pensam ser importante interpretar. Determinados terapeutas também podem usar a interpretação defensivamente (contratransferência), em resposta à transferência negativa, ou ao comportamento do paciente, por exemplo, a regressão, ou uma pose defensiva constante, interferem de forma negativa no curso da terapia e ambas têm impacto emocional no terapeuta. Na tradição dinâmica, a interpretação, é considerada a técnica clássica para trabalhar a resistência do paciente, que interfere na terapia. O impacto do uso da interpretação de forma intencional no processo terapêutico, depende desta ser utilizada de forma defensiva ou neutra por parte do terapeuta.

Visto isto, conclui-se que o estudo dos efeitos de variáveis pertencentes ao clínico e do seu impacto no funcionamento defensivo do paciente tem aumentado, e é uma área promissora de investigação do processo psicoterapêutico, sendo extremamente pertinente o incremento da produção de estudos empíricos que visem a compreensão da relação destas variáveis, e da sua influência no processo psicoterapêutico.

Conclusão

Graças ao facto de os mecanismos de defesa serem uma das questões centrais na terapia psicodinâmica, funcionando como um indicador de mudança estrutural no processo terapêutico ao revelar como a estrutura da personalidade está a funcionar numa dada ocasião da terapia, foi existindo uma necessidade de sistematizar o conceito, e de estudar a sua influência no tratamento, tendo-se destacado a sua relevância como ferramenta no estudo de mudança no processo terapêutico

Sabe-se hoje que identificar e compreender a função das defesas serve como um auxílio para o esclarecimento dos mais diversos problemas e desafios terapêuticos relativamente ao tratamento (Perry, et al, 2009), sendo também especialmente pertinente no estudo da mudança e eficácia do processo terapêutico.

Perry, e colaboradores (2009) sublinham que moderadores como as características do paciente, e mediadores como o tipo de tratamento, a frequência das sessões, a aliança terapêutica, a duração do tratamento, entre outros, ficam por definir e validar de modo mais aprofundado ao nível do seu impacto no processo terapêutico, o que sugere que a pesquisa empírica atual ainda tem um largo espectro de progresso.

Visto isto, pode-se concluir que apesar do reconhecido impacto dos mecanismos de defesa na relação terapêutica, ainda não se verifica uma visão clara acerca das suas implicações e inter-relações com outras variáveis. É então crucial que se aprofunde a temática, por meio da investigação empírica, numa tentativa de integração de diversas variáveis, tentando não restringir o enfoque apenas na figura do paciente. Vários estudos têm demonstrado que mais de 10% da variação do tratamento é devida ao clínico (Despland, et al, 2009), e cada vez é mais discutida a sua influência no processo terapêutico. Deste modo, vários autores (Hersoug, et al, 2005; Perry, et al, 2009; Despland, et al, 2001) sugerem linhas futuras de investigação, procurando compreender de forma mais aprofundada a importância de variáveis relacionadas com o terapeuta na evolução do funcionamento defensivo no processo psicoterapêutico.

Em suma, a evolução no campo da pesquisa relativa a mecanismos de defesa na última década, aumentou. Caminhamos para uma visão mais global dos processos de mudança na psicoterapia, o que na nossa visão é algo positivo, pois o processo terapêutico é composto tanto pela figura do paciente, como do terapeuta, e ainda daquilo que ambos produzem em conjunto ao longo deste processo (relembrando o “terceiro analítico” de Ogden, 1994).

Referências

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. *American Psychiatric Press*, 751-757. Washington, D.C.

Block, A., Shear, M., Markowitz, L., Leon, A., & Perry, J., (1993). An empirical study of defense mechanism in dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1194-1198.

Bond, M., & Perry, J., (2004). Long term changes in defense styles with psychodynamic therapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1665-1671.

Cramer, P., (1994). Encyclopedia of Human Behavior. *Defense Mechanisms*, 2,91-96.

Cramer, P., (1998). Defensiveness and defense mechanisms. *Journal of Personality*, *66*, 879-894.

Cramer, P., (2000). Defense mechanisms in psychology today – Further processes for adaptation. *American Psychologist*, *55*, 637-646.

Despland, J., Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J., (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapists interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *10*, pp., 155-164.

Despland, J., Bernard, M., Favre, N., Drapeau, M., Roten, Y., & Stiefel, F., (2009). Clinicians defenses: An empirical study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *82*, 73-81.

Hersoug, A., Bogwald K-P., & Hoglend, P., (2003). Are patient and therapist characteristics associated with the use of defense interpretation in brief dynamic psychotherapy? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*, 209-219.

Hersoug, A., Bogwald K-P., & Hoglend, P., (2005). Changes of defensive functioning. Does interpretation contribute to change? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*, 288-296.

Hersoug, A. G., Sexton, H., & Hoglend, P., (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, *56*, 539-554.

Kramer, U., Roten, Y., Michel, L., & Despland, J., (2009). Early change in defense mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: relations with symptoms and alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 408-417.

Kramer, U., Rotten, Y., Despland, J. & Perry, J. (2012). Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 1-13, doi:10.1037/a0029463.

Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S., (2010). An empirically supported psychoanalysis – The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 190-218.

Malan D, H., (1983). *A psicoterapia individual e a ciência psicodinâmica*. Artes Médicas, Porto Alegre.

Melo, J, (2005). *As faces do inconsciente*. Lisboa:Climepsi

Newman, D., & Beail, N., (2010). An exploratory study of the defense mechanisms used in psychotherapy by adults who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 579-583.

Ogden, T. H. (1994). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *International Journal Of Psycho-Analysis*, 75, 3-19.

Olson, T., Perry, C., Janzen, J., Petraglia, J., & Presniak, M., (2011). Addressing and interpreting defense mechanisms in psychotherapy: General considerations. *Psychiatry*, 74, 142-165.

Perry, J., & Cooper, S., (1986). A preliminary report on defense and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 863-893.

Perry, J., (1990). *Defense Mechanism Rating Scales*. Boston: Cambridge Hospital – Harvard Medical School.

Perry, J., (2001). A pilot study of defenses in psychotherapy of personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, pp., 651-660.

Perry, J., Beck, S. M., Constantinides, P., & Foley, J. (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases. In R. A. Levy, J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*, 121-153. Totowa, NJ US: Humana Press.

Presniak, M. Olson, T., Porcerelli, J., & Dauphin, V., (2010). Changes in defensive functioning in a case of avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 134-139.

Vaillant, G., (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.

Yoshida, E., (1998), Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escola e Educação*, 2, 115-127.

ARTIGO EMPIRICO

**MUDANÇA DOS MECANISMOS DE DEFESA E DAS CARACTERÍSTICAS DE
PERSONALIDADE NO PROCESSO TERAPÊUTICO**

Resumo

Embora já existam estudos empíricos acerca de mecanismos de defesa e da sua relação com a personalidade do paciente, não existem estudos que tenham combinado ambas as variáveis no decorrer de psicoterapias, de forma sistemática ao longo do tempo em pacientes com diferentes características de personalidade. O objetivo deste estudo consistiu em observar a relação entre a mudança nos mecanismos de defesa e nas características de personalidade ao longo do processo terapêutico, em dois pacientes com personalidades distintas. A avaliação dos mecanismos de defesa, foi feita através da escala *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)*. A avaliação das características de personalidade, foi feita através do *The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*. As participantes foram duas pacientes do mesmo terapeuta sob psicoterapia de inspiração psicanalítica (24 meses para a paciente 1; 18 meses para a paciente 2). Foram selecionadas e analisadas 33 gravações áudio de sessões. As sessões corresponderam ao início, 6º, 12º, 18º, e 24º mês, para uma das pacientes. Para a outra paciente as sessões corresponderam ao início, 6º, 12º, e 18º mês. Os resultados demonstraram que diferentes pacientes e grupos de patologias, resultaram num ritmo de mudança característico ao nível dos mecanismos defensivos. Os níveis globais de funcionamento defensivo na *DMRS*, e os indicadores de saúde mental do *SWAP-200*, variaram no mesmo sentido, em ambas as pacientes. Os resultados encontrados indicam que as flutuações na personalidade das pacientes, e no funcionamento defensivo estão relacionadas, constituindo um forte indicador das mudanças estruturais encontradas ao longo do processo terapêutico.

Palavras-Chave: *Mecanismos de Defesa; SWAP; DMRS; Psicoterapia; Mudança.*

Abstract

Although there are some empirical studies about defense mechanisms and their relationship with the patient's personality, there are no studies that have combined both variables consistently over time in patients with different personality traits during psychotherapy. The aim of this study was to observe the relationship between the change in defense mechanisms and personality characteristics, in two patients with distinct personalities during the therapeutic process. Defense mechanisms were accessed using *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)*. The assessment of personality characteristics was performed using *The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*. The participants were two patients from the same therapist attending Dynamic Psychotherapy (24 months for patient 1, 18 months for patient 2). We selected and analyzed 33 audio recordings of sessions corresponding to the beginning, 6th, 12th, 18th, 24th months (total of 19 sessions), for patient 1. For patient 2 the sessions corresponded to the beginning, 6th, 12th, and 18th months (total of 14 sessions). The results show that different groups of patients and pathologies resulted in a characteristic rate of change at the level of defensive mechanisms. Overall levels of defensive functioning in *DMRS*, and mental health indicators of the *SWAP-200*, varied in the same direction in both patients. The results indicate that fluctuations in the personality of the patients, and defensive functioning are related, constituting a strong indicator of the structural changes found throughout the therapeutic process.

Keywords: *Defense Mechanisms; SWAP; DMRS; Psychotherapy; Change.*

Introdução

Embora o funcionamento defensivo seja uma das questões centrais na terapia psicodinâmica (Hersoug, et al, 2005), poucos estudos em psicoterapias de longo curso examinaram o papel da mudança, em variáveis psicodinâmicas, como os mecanismos defensivos. No entanto, ultimamente tem existido um incremento de literatura demonstrativa de mudanças no uso das defesas em psicoterapias de longo curso (Presniak, et al, 2010).

De forma a tornar acessível à investigação empírica um conceito central na terapia psicodinâmica como o dos mecanismos de defesa, foram criados instrumentos de avaliação que propõem a sua hierarquização, segundo a qualidade da adaptação geral do sujeito (Perry, 1993). São exemplos desta hierarquização a *Defensive Functioning Scale* no *DSM-IV* (A.P.A.; 1994), e a *Defensive Mechanism Rating Scales (DMRS)* (Perry, 1990). Relativamente aos instrumentos de avaliação, tem existido uma preferência por instrumentos dependentes de juízes externos, como é o caso da *DMRS*, devido ao facto de os auto-administrados estarem limitados pela capacidade do sujeito em descrever e identificar os seus respetivos padrões defensivos, que por definição, são inconscientes e, portanto, inacessíveis, naquele momento, para o sujeito (Jacobson et al, 1986, cit por Yoshida, 1998). De acordo com vários autores e estudos, a *DMRS* é um dos instrumentos mais fiáveis de avaliação dos mecanismos de defesa, devido às suas propriedades psicométricas, fazendo com que este seja um excelente instrumento ao nível da compreensão da evolução dos pacientes que realizam Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (Hersoug, Sexton, & Hoglend, 2002; Perry, 2001; Perry, et al, 2009; Despland, et al, 2009).

Tal como sublinham Perry, e colaboradores (2009), as defesas são um bom indicador de como a estrutura da personalidade está a funcionar numa dada ocasião. Existe consenso na literatura, relativamente ao facto de determinados padrões defensivos, estarem relacionadas com tipos específicos de patologia. Deste modo, podemos observar o surgimento de defesas na terapia que estão ligadas ao funcionamento do paciente, e podemos aceder a essas defesas em momentos específicos para medir a ocorrência de mudanças estruturais (Perry, et. al., 2009).

Visando aprofundar o estudo dos mecanismos defensivos, vários autores investigaram a sua evolução em processos terapêuticos, o seu papel na mudança e eficácia da psicoterapia, e a sua ligação com outras variáveis relevantes, como a existência ou não de perturbação da personalidade, o tipo de perturbação, ou o tipo de intervenção do terapeuta (Bond, & Perry, 2004; Perry, 2001; Lingiard, et al, 2010; Presniak, et al, 2010) Nesta linha Lingiard, e

colaboradores (2010), investigaram as mudanças na personalidade e no funcionamento defensivo de uma paciente em Psicanálise durante dois anos, e a sua relação com as intervenções do terapeuta e as comunicações do paciente. Estudaram assim, a progressão da análise na perspectiva do terapeuta, e na perspectiva de uma equipa de investigação independente. Para o efeito, seleccionaram e analisaram 20 transcrições de sessões, utilizando 4 sessões a cada seis meses com a *Defense Mechanism Rating Scales- DMRS*, a *Analytic Process Scales- APS*, e 4 sessões de doze em doze meses, com o *Shedler-Westen Assessment Procedure- SWAP-200*. Os resultados obtidos no final do segundo ano de análise, demonstraram um aumento simultâneo do *high functioning score* do *SWAP*, e dos níveis de *Overall Defensive Functioning – ODF*, na *DMRS*. Na *APS*, existiu uma correlação substancial entre as intervenções do terapeuta e o aumento do progresso da paciente.

Estudos realizados (Bond & Perry, 2004; Perry, 2001; Kramer, et al, 2009), referem que mudanças reveladoras de efeitos terapêuticos nos mecanismos de defesa, são mais facilmente observáveis na 2ª metade de psicoterapias de inspiração psicanalítica, e em psicoterapias de longa duração (psicanálise). No estudo de Hersoug, e colaboradores (2002), as mudanças no funcionamento defensivo foram apenas observadas na segunda metade de uma psicoterapia breve de inspiração psicanalítica.

Apesar de já existirem estudos empíricos acerca de mecanismos de defesa e da sua relação com a personalidade do paciente, não existem estudos que tenham combinado ambas as variáveis no decorrer de psicoterapias, de forma sistemática ao longo do tempo em pacientes com diferentes características de personalidade. Vários autores (Cierpka, et al., 2007; Kächele, Schachter, & Thomä, 2008) apelam para o desenvolvimento de estudos empíricos e conceituais que abordem conceitos psicanalíticos e o processo terapêutico, procurando evitar a esterilidade teórica, melhorar os métodos de operacionalização de constructos, e investigar os processos inerentes à psicanálise e psicoterapias psicanalíticas. Respondendo a este apelo, o objetivo do presente trabalho é o de utilizar a *Defense Mechanisms Rating Scales – DMRS* (Perry, 1990), juntamente com o *Shedler-Westen Assesment Procedure- SWAP-200* (Shedler & Westen, 2009), de forma a observar a relação entre a mudança nos mecanismos de defesa e nas características de personalidade ao longo do processo terapêutico, em dois pacientes com personalidades distintas.

Método

Participantes

Paciente 1

A paciente 1 tem 37 anos, é solteira, e licenciada. Refere que nunca havia procurado apoio psicológico, mas que o facto ter terminado uma relação amorosa recentemente, e de estar desempregada há mais de 1 ano a deixou muito abalada. Clarificou o seu pedido, ao transmitir uma necessidade de ultrapassar a sua elevada dependência nas relações amorosas, e o estado de mal-estar generalizado em que se encontrava.

A paciente é a mais nova de uma fratria de três irmãos. Denota alguns sentimentos de inferioridade e ciúmes em relação aos irmãos. O seu cuidado foi essencialmente entregue à ama da família. Na infância, a relação com os pais é descrita como “ausente de mimos e carinho”, atribuindo esta “frieza” sobretudo à figura materna, e tendendo a desculpabilizar a figura paterna referindo que esta era muito ocupada.

Ao longo das sessões, a paciente faz referência essencialmente às suas duas relações mais duradouras. Apesar de reconhecer que estas não eram as relações ideais para si, afirma que estaria disposta a continuar com os parceiros tendo em conta que não “suporta estar sozinha”. Durante o processo psicoterapêutico, revelou interesse por vários homens, contudo escolhia sempre parceiros emocionalmente indisponíveis. Segundo o terapeuta, o seu funcionamento psíquico apresenta traços histéricos, e alguns traços de dependência.

Paciente 2

A paciente 2 tem 57 anos, é casada, e tem a 3ª classe. A paciente tem um irmão, sendo ela a filha mais nova. É filha de pai desconhecido, e de uma mãe com problemas de álcool. Viveu abandonos sucessivos por parte da mesma, vindo trabalhar sozinha para Lisboa com 12 anos. Ao referir-se à sua infância, salienta que esta foi dura pois por volta dos 6 anos todas as tarefas de casa estavam a seu cargo, e lhe eram exigidas pela mãe.

Tem três filhos, e um dos filhos (o do meio), faleceu há 16 anos, no entanto, não explica como. Apresenta várias problemáticas relacionadas com a saúde física: diabetes, hipertensão, apneia do sono. No momento em que procura apoio psicológico, encontrava-se a cuidar da sogra em casa. Passado poucos meses, a sua sogra foi transferida para um lar de idosos, onde faleceu pouco tempo depois. Esta situação despertou imensos sentimentos de culpa na paciente, uma vez que a sua sogra afirmava que não gostaria de acabar a vida num lar de idosos. O seu discurso é muito fatural, demonstrando alguma dificuldade em

nomear/associar os afetos às experiências passadas. O trabalho sempre foi um meio de se refugiar dos seus problemas. Apesar do cansaço inerente à sua atividade, refere que esta é um escape à sua situação familiar diária. As relações familiares são um pouco conflituosas, queixa-se de que a resolução dos problemas fica sempre a seu cargo, mas por outro lado sente-se “vazia” quando não tem qualquer tipo de obrigação ou responsabilidade.

Aos 18 meses de terapia, a paciente interrompe a análise devido à sua mudança para outra cidade. Segundo o terapeuta, a principal problemática parece assentar num luto adiado do filho, associado a traços obsessivos e depressivos.

Terapeuta

O terapeuta possui 3 anos de experiência, e a sua formação é em Psicologia Clínica no ISPA. A sua experiência inclui doze anos como analisando de Grupanálise e Psicanálise, bem como, formação em psicoterapia breve e de apoio, supervisionada por um analista experiente.

Terapia

A Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica, foi conduzida na Clínica Psicológica do ISPA-IU, com uma frequência semanal. As sessões tiveram uma duração média de 50 minutos. Existiam cerca de 60 sessões de acompanhamento da paciente 1 (24 meses), e 40 da Paciente 2 (18 meses), sendo que, em ambos os acompanhamentos ocorreram faltas e períodos de interrupção para férias. A paciente 2, por motivos de mudança para outra cidade, fez *drop-out* da terapia, pelo que apenas foram recolhidos dados até ao 18º mês de terapia.

Instrumentos

Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)

A escala *DMRS* (Perry, 1990), foi criada para captar os mecanismos de defesa utilizados pelo paciente durante a terapia. O manual da *DMRS* (Perry, 1990), explica detalhadamente como identificar mecanismos de defesa a partir de transcrições de sessões, bem como, de gravações de sessões em áudio, ou em vídeo. Na sua versão atual (5ª ed.), a *DMRS*, é composta por 28 mecanismos de defesa, e inclui a definição e a função de cada um, bem como, comentários sobre como discriminá-los de outras defesas.

Na *DMRS* existem 7 níveis de defesas, organizadas hierarquicamente de acordo com o seu nível de adaptabilidade e maturidade. Estão previstos os seguintes níveis de funcionamento das defesas: I- Maduras: 7. *Nível mais adaptado (maduro)* - afiliação,

altruísmo, antecipação, humor, assertividade, auto-observação, sublimação, supressão. II- Neuróticas: 6. *Obsessivas*- intelectualização, isolamento dos afetos, anulação. 5. *Outras defesas de nível neurótico*- (a) recalçamento, dissociação, (b) formação reativa, deslocamento. III- Imaturas: 4. *Nível de distorção de imagem menor (narcísico)* - desvalorização, idealização, onnipotência. 3. *Nível de evitamento*- negação, projeção, racionalização. Embora não consista numa defesa de evitamento, a fantasia autística é incluída neste nível. 2. *Nível de distorção de imagem maior (borderline)* - clivagem da imagem dos outros, clivagem da imagem do próprio, identificação projetiva. 1. *Defesas de ação*- agir (acting out), hipocondria (pedido de ajuda/rejeição/queixa), e agressão passiva. De acordo com Perry, e colaboradores (2009), a *DMRS* ainda não contempla uma secção completa de defesas de nível psicótico relativamente à produção de uma listagem de cotação das mesmas, sendo que estas se encontram em revisão por parte dos autores.

O manual da *DMRS* (Perry,1990), determina uma forma de avaliação qualitativa e outra quantitativa dos mecanismos de defesa. Na avaliação qualitativa, os avaliadores treinados devem identificar ao final da entrevista, os mecanismos defensivos predominantemente utilizados pelo paciente, numa escala de 3 pontos na qual: 0- corresponde à ausência do mecanismo; 1- à sua presença provável; e 2- à sua presença definitiva. Na avaliação quantitativa (Anexo 2), o investigador identifica o uso de cada mecanismo defensivo assim que este ocorre na sessão. Após este completar a avaliação, o número total de vezes que determinada defesa foi identificada, é multiplicada pelo peso da sua categoria, que vai de 7 (nível maduro/mais adaptado) a 1 (nível mais imaturo/menos adaptado), sendo depois dividido pelo número total de defesas encontradas, resultando numa percentagem individual para cada defesa em específico. Após esta operação, a percentagem total de defesas em cada nível defensivo, forma a base para o que os autores denominam “perfil defensivo”, o qual representa a natureza do funcionamento do paciente em determinado momento do processo terapêutico, e pode ser comparado com o funcionamento do mesmo, noutros momentos do processo terapêutico. As pontuações de todas as defesas são reunidas pela pontuação do *Overall Defensive Functioning – ODF* (Funcionamento Defensivo Geral). Este número varia de 1.00 a 7.00 conforme o grau de adaptação do funcionamento defensivo do paciente.

Segundo Lingardi e colaboradores (2010), as pontuações do *ODF* situam-se normalmente entre 2.5 e 6.5. As pontuações aproximadas do *ODF*, podem ser categorizadas da seguinte forma: 1 – Pontuações abaixo de 5.0, são associadas a perturbações da personalidade, depressões severas, e a condições borderline; 2 – Pontuações situadas entre 5.0 e 5.5, são associadas a personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas; 3 – Pontuações

de 5.5 até 6.0, remetem para funcionamentos neuróticos saudáveis; 4 – Pontuações acima de 6.0 são associadas a funcionamentos superiores.

A validade psicométrica da *DMRS*, e a sua capacidade de discriminação de diferentes perturbações e níveis de funcionamento, fazem com que este seja um excelente instrumento ao nível da compreensão da evolução dos pacientes que realizam Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (Perry, et. al., 2009).

The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) – Anexo 8

O *SWAP-200* (Shedler & Westen, 2007) é um instrumento de avaliação utilizado para fazer o diagnóstico da psicopatologia da personalidade. A sua tradução para a língua portuguesa, foi realizada por Pires e colaboradores (2012). De acordo com os seus criadores o *SWAP-200* é “um método empírico rigoroso de diagnóstico que preserva a riqueza e complexidade das descrições clínicas dos casos” (Shedler & Westen, 2007).

Tal como explicita Shedler e Westen (2007), o programa operacional do *SWAP-200* gera três quadros de análise distintos: o primeiro, “*Personality Disorder T-scores*”, é expresso através da combinação da avaliação do paciente com 11 fatores referentes a diferentes tipos de Perturbações de personalidade que correspondem a descrições prototípicas de perturbações do Eixo II do *DSM-IV*. O segundo, denominado de “*Q-factor T-scores*”, é baseado na correlação das descrições *SWAP* do paciente, e 11 tipos de personalidade (*Q-Factors*). Os “*Q-factor T-Scores*” proporcionam pontuações de um conjunto alternativo de perturbações da personalidade, identificados empiricamente. Este sistema alternativo aborda as limitações do sistema de diagnóstico do *DSM-IV* e foi projetado para capturar mais fielmente os padrões e perturbações observados na prática clínica. Embora muitas das categorias se assemelhem a critérios de diagnóstico do atual eixo II do *DSM-IV*, os “*Q-factors*” refletem a solução empírica que maximiza a sua distinção e minimiza a co-morbilidade. O terceiro, “*Factor T-score*”, diz respeito às categorias desenvolvidas pelos autores com base no modelo dos cinco fatores. Em cada um dos três quadros de análise, existe uma categoria onde se encaixam os itens mais saudáveis e de melhor funcionamento e adaptabilidade do paciente (a categoria *Psych Health Index*, no primeiro e segundo quadro de análise, e a *Psychological Health* no terceiro).

O *SWAP-200* contém 200 frases/afirmações descritivas da personalidade do paciente, cada frase pode retratar muito, pouco ou nada o estado do paciente. O *SWAP-200* fornece uma pontuação numérica que varia entre 0 e 7 para cada uma das 200 afirmações. Todas as afirmações têm um vocabulário padrão através do qual os clínicos podem expressar as suas

observações e inferências. (Shedler & Westen, 2010). A primeira categoria, a que é atribuída o valor 0 para dados analíticos, contém afirmações que são irrelevantes ou inaplicáveis ao paciente. A última categoria, que é atribuída um valor de 7, contém afirmações muito descritivas do paciente. A aplicação informatizada é feita num programa de Excel apropriado.

No *SWAP-200*, a pontuação das perturbações de personalidade é transformada em *T-scores*, onde a média é de 50 e o desvio padrão de 10. Sendo que 50 é a pontuação de referência, quanto mais o *T-score* é elevado acima de 50, maior é o encontro entre o paciente e o protótipo de diagnóstico. Segundo os estudos de validação do *SWAP-200* um *T-score* maior que 60 é um ponto a partir do qual se pode fazer um diagnóstico da categoria relativa à perturbação de personalidade, usando as atuais categorias do eixo II. Valores de *Personality Disorder Factors – PD*, e/ou *Q-Factors* superiores a $T=55$, marcam um traço ou padrão significativo da respetiva perturbação de personalidade (Shedler & Westen, 1999a). O mesmo esquema de leitura se aplica para os gráficos do *Q-factor T-scores* e do *Factor T-score*.

Segundo vários estudos, o *SWAP-200* apresenta uma muito boa consistência interna, sensibilidade, convergência, e validade discriminativa (Shedler & Westen, 1999b; Westen & Weinberger, 2004), apresentando-se ainda como um excelente instrumento na avaliação da mudança em psicoterapia (Lingiardi, Shedler & Gazillo, 2006).

Procedimento

Inicialmente realizou-se um estudo aprofundado dos instrumentos com o propósito de alcançar um maior entendimento sobre o seu funcionamento, e a sua aplicação.

De seguida, procedeu-se a uma fase de treino da *DMRS*, como forma de preparação para as futuras aplicações utilizadas no estudo empírico final. Este treino consistiu na aplicação do instrumento a notas de sessões de 2 pacientes tendo sido analisadas 6 sessões de cada paciente, perfazendo um total de 12 sessões de treino analisadas. O treino do instrumento foi realizado por dois avaliadores (o autor do estudo e um finalista de mestrado) que realizaram as cotações da *DMRS* de forma independente, com o intuito de assegurar a validade requerida pelo instrumento. No final da cotação de cada sessão, as cotações de cada avaliador foram comparadas tendo-se obtido um acordo inter-observadores de $r = 0.78$.

Após a fase de treino, foram analisadas as gravações de sessões áudio de duas pacientes (paciente 1, e paciente 2); (Anexo 6; Anexo 7), seguidas em psicoterapia de inspiração psicanalítica pelo mesmo terapeuta, por um período de 24 meses no caso da

paciente 1, e 18 meses no caso da paciente 2. Para a análise das defesas foi usada a versão quantitativa da *DMRS*, pois segundo Perry, (1990), é a mais indicada para estudos longitudinais que visam a detecção de mudança no processo. A cotação da *DMRS* foi realizada por dois avaliadores independentes (primeiro e terceiro autores do estudo) que no final da cotação das sessões compararam as suas cotações chegando a um acordo numa cotação final, tal como é requerido no manual do instrumento. Os dados da *DMRS* foram calculados segundo as fórmulas disponíveis no manual.

Os dados do *SWAP-200*, foram fornecidos por um terceiro avaliador (finalista de mestrado), que procedeu primeiramente a um estudo aprofundado do instrumento, visando a preparação para as futuras aplicações utilizadas no estudo empírico final. O treino residiu na aplicação do instrumento a notas de sessões de 2 pacientes, tendo sido analisadas e cotadas 6 sessões de cada paciente, perfazendo um total de 12 sessões de treino analisadas. O treino do instrumento foi efetuado por um único avaliador (finalista de mestrado), que discutiu as cotações com um avaliador treinado no *SWAP* (orientador da dissertação), procedendo de seguida à análise e cotação das sessões da paciente 1 e 2 (Anexo 9; Anexo 11). A análise dos dados relativos ao *SWAP-200* foi feita com recurso ao programa disponível para o efeito, em formato *Excel*.

Para a avaliação dos mecanismos de defesa (*DMRS*), e das características de personalidade (*SWAP-200*), foram selecionadas e analisadas 33 gravações áudio de sessões. No caso da paciente 1, as sessões analisadas corresponderam a 4 sessões do início, 6º, 12º, 18º, e três sessões do 24º mês, perfazendo um total de 19 sessões. Quanto à paciente 2 as sessões analisadas corresponderam a 4 sessões do início, 4 sessões do 6º mês, 2 sessões do 12º mês, e 4 sessões do 18º mês, perfazendo um total de 14 sessões. Para evitar o enviesamento dos resultados os investigadores, quer do *DMRS*, quer do *SWAP-200*, desconheciam o período a que pertenciam as sessões analisadas durante a cotação dos respetivos instrumentos, tendo tido apenas acesso a esta informação após o término da cotação.

Resultados

Paciente 1 – Evolução dos Perfis de Personalidade (SWAP-200), e Evolução do funcionamento defensivo da paciente (DMRS)

Segundo os resultados obtidos no início da terapia, o *Overall Defensive Functioning* – *ODF* da paciente 1 correspondia a 4,02, o que, está associado a perturbações de personalidade, depressões severas, e a condições borderline (Lingiardi et al., 2010). Relativamente ao *SWAP-200*, a figura 1 mostra o gráfico da classificação dos itens da paciente 1 no quadro de classificação da Perturbação de Personalidade do *DSM-IV* (*Personality Disorder T-scores*). Podemos notar que no primeiro momento da terapia, a paciente registou o valor mais alto na categoria “Dependente” (59,6), o que chama a atenção para a possibilidade de existência de uma perturbação de personalidade dependente, corroborada pelo valor do *ODF* inicial (DMRS) de 4,02, que também remete para perturbação de personalidade (Lingiardi, et al, 2010). É também de referir a existência dos traços de personalidade “Borderline” (57,9), e “Histriónico” (57,3). O nível de funcionamento mental “*Psych Health Index*” situou-se na média esperada (53,0). O quadro *Q-factor T-scores* está dividido em 7 categorias: Disfórica, Antissocial, Esquizoide, Paranoide, Obsessiva, Histriónica e Narcísica. A categoria Disfórica divide-se em 5 subfactores: Evitante, Depressivo, Desregulado, Dependente, e Hostil-Externo. Os valores do quadro “*Q Factor T-Scores*” (figura 2), do início da terapia da paciente 1, vão ao encontro dos resultados encontrados no *PD T-Score*, evidenciando com mais saliência a subcategoria “Dependente” (65,5), o que confirma a presença de uma perturbação de personalidade, já apontada no valor de *ODF* da *DMRS*. É também de salientar a categoria “Histriónico” (61,8), que surge em evidência, tal como no *PD T-Score*, sendo até mais saliente que nesse.

No 6º mês, o *ODF* (DMRS) da paciente situou-se no valor 4,09, mantendo-se com poucas alterações relativamente ao início. Os resultados do *SWAP-200* também se mantêm estáveis no quadro “*PD T-scores*”, excetuando um aumento leve na categoria “Borderline” (60,1), o que corrobora os resultados anteriores, relativamente à presença de perturbação de personalidade. Este valor também se encontra em concordância com o *ODF* encontrado na *DMRS*, que remete para a existência de perturbação de personalidade (Lingiardi, et al, 2010). É ainda de referir a existência dos traços de personalidade “Dependente” (58,9), e “Histriónico” (57,5). O nível de funcionamento mental “*Psych Health Index*” decresceu muito ligeiramente (52,7). Não existiram mudanças significativas nos resultados da classificação do

“*Q-factor T-scores*”, ou seja continuaram a ir ao encontro dos resultados encontrados no “*PD T-Score*”, e ao valor *ODF (DMRS)*. É apenas de salientar um aumento ligeiro na subcategoria “Desregulado” (56,6).

No 12º mês de terapia, o *ODF* da paciente situou-se no valor 4,07, seguindo o mesmo padrão dos períodos anteriores. Os resultados do *SWAP-200* decresceram ligeiramente em todas as categorias enunciadas anteriormente no quadro “*PD T-scores*”. Já no quadro “*Q-factor T-scores*”, os valores de todas as categorias decresceram ligeiramente, à exceção da subcategoria “Dependente” que aumentou o seu valor para 67,3, bem como a categoria “Histriónico” (62,1), o que indica um agravamento da perturbação (perturbação de personalidade) nestas duas áreas. Os resultados encontrados durante este período, vão ao encontro, dos resultados do *ODF (DMRS)*, sendo que também neste existiu uma regressão.

No 18º mês de terapia, registou-se um decréscimo acentuado do *ODF*, que se situou no valor 3,83, o que corresponde a um aumento de utilização de defesas menos evoluídas. No *SWAP-200*, o quadro “*PD T-scores*”, registou um aumento das categorias “Dependente” (59,7), “Depressivo” (56,3), e “Histriónico” (57,1), relativamente ao período anterior. A categoria “*Psych Health Index*” (51,8) decresceu, registando o valor mais baixo no decorrer da terapia, o que indica um decréscimo do nível de funcionamento mental. No quadro “*Q-factor T-scores*”, a subcategoria “Dependente” (64,5) e a categoria “Histriónico” (59,9), continuaram a ser as mais evidentes. Existiu um aumento significativo na subcategoria “Desregulado” (55,5) e na categoria “Esquizóide” (42,1). O resultado na categoria “*Psych Health Index*” (51,8), registou o valor mais baixo de todos os momentos de avaliação, o que vai de acordo com os resultados do quadro “*PD T-scores*”, e está em concordância com o decréscimo acentuado do valor *ODF (DMRS)* para o mesmo período, que reporta ao decréscimo na utilização de defesas mais adaptadas.

No 24º mês, registou-se um aumento do *ODF*, que se situou no valor de 4,56, sendo este o valor mais alto atingido na terapia, o que reflete um aumento de utilização de defesas mais evoluídas. Quanto ao *SWAP-200*, no quadro “*PD T-scores*”, registaram-se decréscimos significativos nas categorias “Depressivo” (45,8), e “Borderline” (49,8), e um decréscimo ligeiro na categoria “Dependente” (56,3) e “Histriónico” (56,3), que continuaram a ser os traços de personalidade mais evidentes na paciente. Registou-se também um aumento da categoria “*Psych Health Index*” (58), atingindo o resultado mais elevado de todos os tempos de avaliação, o que indica um aumento do nível de funcionamento mental. Atribuímos esta subida, ao decréscimo muito significativo do valor da categoria “Borderline”. No quadro “*Q-factor T-scores*”, a subcategoria “Dependente” (65,6), e a categoria “Histriónico” (64,2),

registaram um aumento ligeiro, continuando a ser as categorias mais evidentes. Existiu um decréscimo muito acentuado na subcategoria “Desregulado” (38,2), tornando-se o valor mais baixo registado nesta categoria ao longo de toda a avaliação. Associamos a melhoria do funcionamento mental neste quadro, ao decréscimo acentuado da subcategoria “Desregulado”, que aparenta estar ligada à categoria “Borderline” do quadro anterior. Tal como no “*PD T-scores*”, a categoria “*Psych Health Index*” (58), aumentou significativamente, o que corrobora os resultados encontrados na *DMRS*, que registaram o valor de *ODF* mais elevado de sempre para o mesmo período. Estes resultados evidenciam um aumento na utilização de defesas mais adaptadas, e um aumento do nível de saúde mental da paciente.

No quadro “*Swap Trait Dimensions – Factor-T scores*” (Figura 3; complemento para o diagnóstico), as categorias “Conflito Edipiano”, “Desregulação Emocional”, e “Disforia”, demonstraram valores muito acentuados ao longo de toda a avaliação, tendo apenas decrescido no último período (24º mês), o que vai ao encontro com o aumento da categoria “*Psychological Health*”. Tal fenómeno corrobora os resultados obtidos tanto nos quadros “*PD T-scores*” e “*Q-factor T-scores*” (“*Psych Health Index*”), e vai ao encontro com a subida registada no valor de *ODF* (*DMRS*).

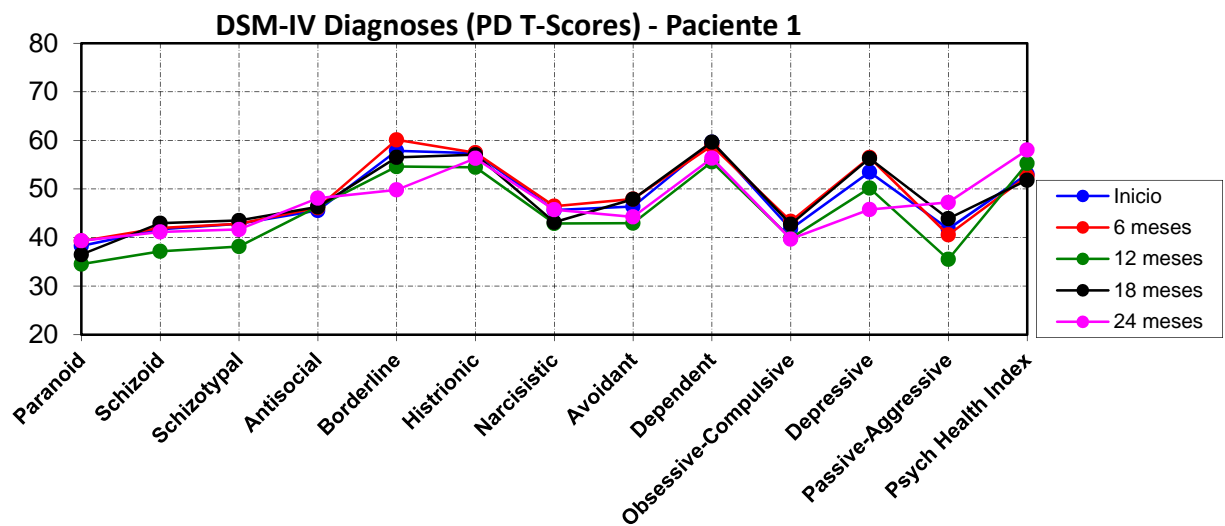


Figura 1 – DSM-IV Diagnoses (PD T-Scores) – Paciente 1 – Anexo 10

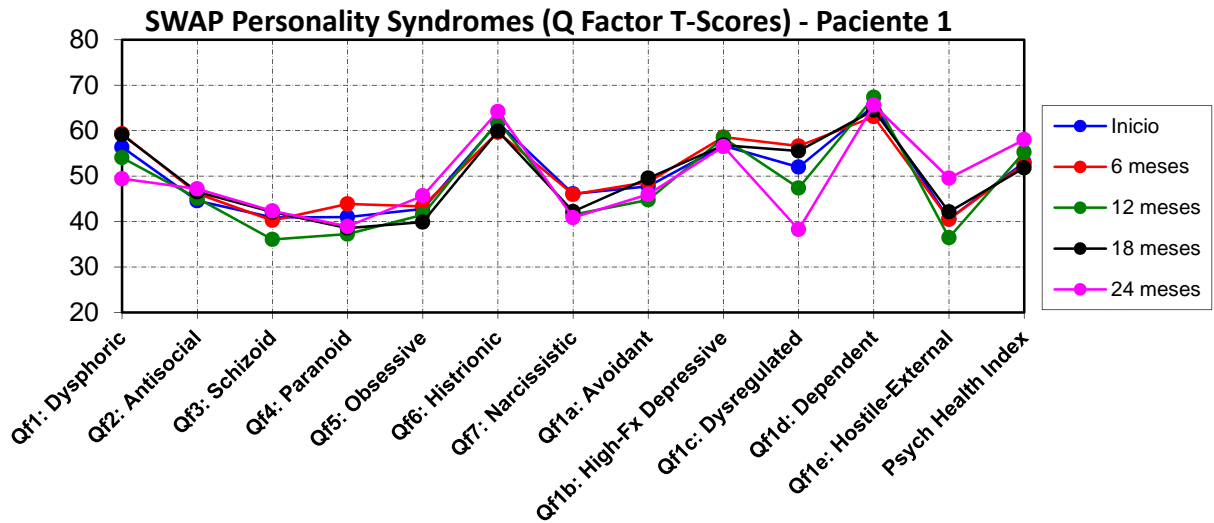


Figura 2 – Swap Personality Syndromes (Q Factor T-Scores) – Paciente 1 – Anexo 10

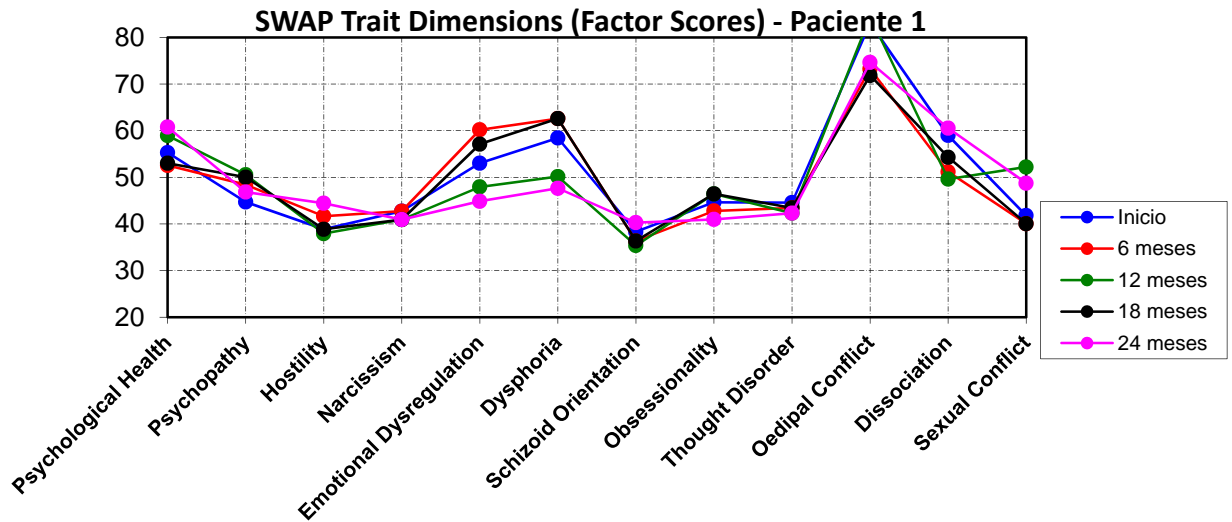


Figura 3 – Swap Trait Dimensions (Factor Scores) – Paciente 1 – Anexo 10

Relativamente ao perfil defensivo da paciente 1 (Figura 4), este sofreu várias alterações ao longo dos 24 meses de terapia. Inicialmente a paciente, utilizou maioritariamente defesas dos grupos: “Outras Neuróticas” (1ª dimensão mais utilizada – nível 5), “Evitamento” (2ª dimensão mais utilizada – nível 3), “Defesas Obsessivas” (3ª dimensão mais utilizada – nível 6), e “Narcísicas” (4ª dimensão mais utilizada – nível 4). Relativamente às dimensões menos utilizadas, estas correspondem aos seguintes grupos defensivos: “Ação” (1ª dimensão menos utilizada – nível 1), “Defesas Maduras” (2ª dimensão menos utilizada – nível 7), e “Borderline” (3ª dimensão menos utilizada – nível 2).

No 6º mês de terapia, das dimensões defensivas assinaladas como as mais utilizadas, verificou-se um decréscimo leve em todos os grupos, com a exceção do grupo “Narcísicas”

(nível 4), onde se verificou um aumento moderado. Relativamente às dimensões defensivas assinaladas como as menos utilizadas, as mudanças mais relevantes dizem respeito ao aumento significativo do grupo “Ação” (nível 1).

Relativamente ao 12º mês de terapia, os resultados vão ao encontro dos dados verificados no 6º mês de terapia, excetuando um aumento ligeiro do grupo “Evitamento” (nível 3), e uma diminuição ligeira do grupo “Defesas Obsessivas” (nível 6), relativamente às defesas mais utilizadas. A respeito das defesas menos utilizadas, o grupo “Defesas Maduras” (nível 7) sofreu um aumento ligeiro como tinha sido observado nos períodos prévios de avaliação, e o grupo “Ação” (nível 1) seguiu o padrão demonstrado de aumento ligeiro.

No 18º mês de avaliação, existiram mudanças significativas no perfil defensivo da paciente. Relativamente às defesas mais utilizadas o grupo “Outras Neuróticas” (nível 5), sofreu um decréscimo drástico, e o grupo “Narcísicas” (nível 4) um aumento significativo, o que explica a nosso ver, o decréscimo do valor *ODF* referido anteriormente. Relativamente às defesas menos utilizadas os resultados permaneceram estáveis.

No 24º mês, assinalaram-se mudanças significativas nas defesas mais utilizadas. O grupo “Outras Neuróticas” (nível 5) reverteu o resultado do período anterior, tendo aumentado significativamente, e o grupo “Defesas Obsessivas” (nível 6) também sofreu um aumento acentuado, o que parece explicar o visível decréscimo no grupo “Narcísicas” (nível 4), e no grupo “Evitamento” (nível 3). A respeito das defesas menos utilizadas, o grupo “Ação” (nível 1) decresceu ligeiramente, e o grupo “Defesas Maduras” (nível 7) sofreu o aumento mais significativo de todos os momentos de avaliação, o que parece estar estritamente ligado com o aumento do valor *ODF* encontrado no mesmo período, destacando o aumento da utilização de defesas mais evoluídas no final da terapia.

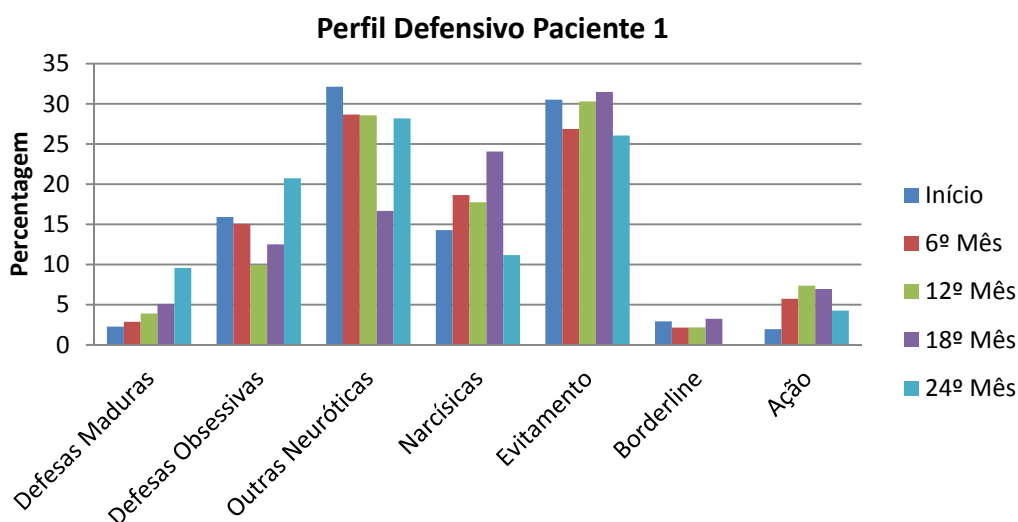


Figura 4 – Perfil Defensivo – Paciente 1 – Anexo 3

Paciente 2 – Evolução dos Perfis de Personalidade (SWAP-200), e Evolução do funcionamento defensivo da paciente (DMRS)

No início da terapia, o *Overall Defensive Functioning* – *ODF* da paciente 2 correspondia a 4,37, o que segundo Lingiard e colaboradores (2010), está associado a perturbações de personalidade, depressões severas, ou a condições borderline. No *SWAP-200*, a figura 5 mostra-nos o gráfico da classificação dos itens no quadro de classificação da Perturbação de Personalidade do *DSM-IV* (*PD T-scores*), na qual existe uma distribuição relativamente homogênea para a paciente 2 (entre 34.9 a 49.8), não sendo perceptível qualquer valor significativo, apropriado para fazer um diagnóstico da categoria relativa à perturbação da personalidade, para o eixo II do *DSM-IV*. O único dado digno de referência resulta da categoria “*Psych Health Index*” (68,4), que remete para um bom funcionamento mental da paciente. No quadro “*Q-factor T-scores*” (Figura 6; sistema alternativo de avaliação que proporciona pontuações de um conjunto alternativo de perturbações da personalidade, identificados empiricamente, e que aborda as limitações do sistema de diagnóstico do *DSM-IV*), é evidenciada a categoria “Obsessivo” (61.3), e a subcategoria “Depressão” (61,3), o que contrariamente aos resultados verificados no quadro anterior (*PD T-scores*), corrobora o valor inferior a 5 encontrado no *ODF* da paciente ao início da terapia, e que reporta a perturbação de personalidade, ou a depressão severa (Lingiard et al., 2010).

No 6º mês, o *ODF* da paciente aumentou para o valor mais alto registado durante toda a terapia, tendo-se situado no valor 5,21, o que remete para um aumento significativo na utilização de defesas mais evoluídas, e está associado a personalidades neuróticas e a perturbações sintomáticas (Lingiard et al., 2010). No *SWAP-200*, os resultados mantiveram-se estáveis no quadro “*PD T-scores*”, excetuando um aumento na categoria “*Psych Health Index*” (70,9), e na categoria “Obsessivo” (55,6), o que aponta para um traço de personalidade. Estes valores encontram-se em concordância com o aumento verificado no *ODF* da paciente, que nesta fase da avaliação aponta para uma personalidade neurótica e/ou perturbações sintomáticas. Não existiram mudanças significativas a registar nos resultados da classificação do “*Q-factor T-scores*”, excetuando um aumento leve da categoria “Obsessivo” (67,4), na subcategoria “Depressivo” (62,3), e na categoria “*Psych Health Index*” (70,9). Apesar dos resultados encontrados nos quadros “*PD T-Score*” e “*Q-factor T-scores*” parecerem algo contraditórios (aumento de traços patológicos, em simultâneo com o aumento do funcionamento mental saudável), os valores gerais de ambos os quadros aproximaram-se

nas dimensões obsessivas da personalidade, e nas de bom funcionamento mental, o que vai ao encontro com o valor de *ODF* encontrado na *DMRS* que também subiu.

No 12º mês de terapia, o *ODF* da paciente situou-se no valor 4,61, descendo neste período que coincidiu com a morte da sua sogra. No *SWAP-200* os resultados sofreram algumas alterações significativas no quadro “*PD T-scores*”, sendo que aumentaram as seguintes categorias: “Obsessivo” (57,8), e “Depressivo” (56,6), o que aponta para traços obsessivos, e depressivos da personalidade. Por fim, neste quadro existiu um decréscimo acentuado da categoria “*Psych Health Index*” (59,2), registrando o valor mais baixo de todos os momentos de avaliação. Relativamente aos resultados do “*Q-factor T-scores*”, continuou a existir aparentemente um padrão de dados contraditórios (decréscimo de traços patológicos em simultâneo com o decréscimo do funcionamento mental saudável), sendo que os valores da categoria “Obsessivo” (59,6), da subcategoria “Depressivo” (58,0), e da categoria “*Psych Health Index*” (59,2) decresceram simultaneamente, o que poderá ser explicado em parte pelo aumento de outras categorias, tais como, “Disfórico”, “Esquizoide”, e da subcategoria “Desregulado” (ainda que estas tenham ficado abaixo dos valores médios), mas também por uma hipótese proposta por nós, que passará a ser explicitada mais à frente (denominada “Depressão Falhada”). É ainda de notar, que o decréscimo dos índices de funcionamento mental em ambos os quadros, corroboram o *ODF* encontrado nesta fase da avaliação, que também assinalou o valor mais baixo registado.

No 18º mês de terapia, registou-se um aumento do *ODF*, que se situou no valor 5,03, e que corresponde a um aumento de utilização de defesas mais evoluídas. Os resultados do *SWAP-200* sofreram duas alterações significativas no quadro “*PD T-scores*”: a diminuição da categoria “Depressivo” (51,3), e o aumento da categoria “*Psych Health Index*” (65,9), sendo que a categoria “Obsessivo” permaneceu relativamente estável (56,6), continuando a apontar para este traço de personalidade. Já os resultados correspondentes ao quadro “*Q-factor T-scores*”, continuaram com o padrão contraditório verificado no 6º mês (aumento simultâneo de traços patológicos e do funcionamento mental saudável), sendo que, existiu um aumento na categoria “Obsessivo” (61,9), na subcategoria “Depressivo” (60,6), e na categoria “*Psych Health Index*” (65,9). O aumento dos valores “*Psych Health Index*” em ambos os quadros, seguiu mais uma vez o aumento do *ODF* (*DMRS*), o que sugere um aumento da saúde mental, e conseqüente da utilização de mecanismos de defesa mais evoluídos.

No quadro “*Swap Trait Dimensions – Factor-T scores*” (Figura 7), a categoria “Obsessão” revelou uma evolução ascendente até ao final da terapia, contrariamente à categoria “Dissociação”, que evoluiu no sentido descendente durante o mesmo período, ainda

que ambas tenham sido as categorias mais significativas verificadas na paciente, neste quadro. A categoria “Disforia”, revelou um aumento significativo na segunda metade da terapia. Por último, a categoria “*Psychological Health*”, revelou dados que corroboram flutuação das categorias análogas encontradas, no “*PD T-scores*” (“*Psych Health Index*”), no “*Q-factor T-scores*” (“*Psych Health Index*”), e nos valores de *ODF (DMRS)*.

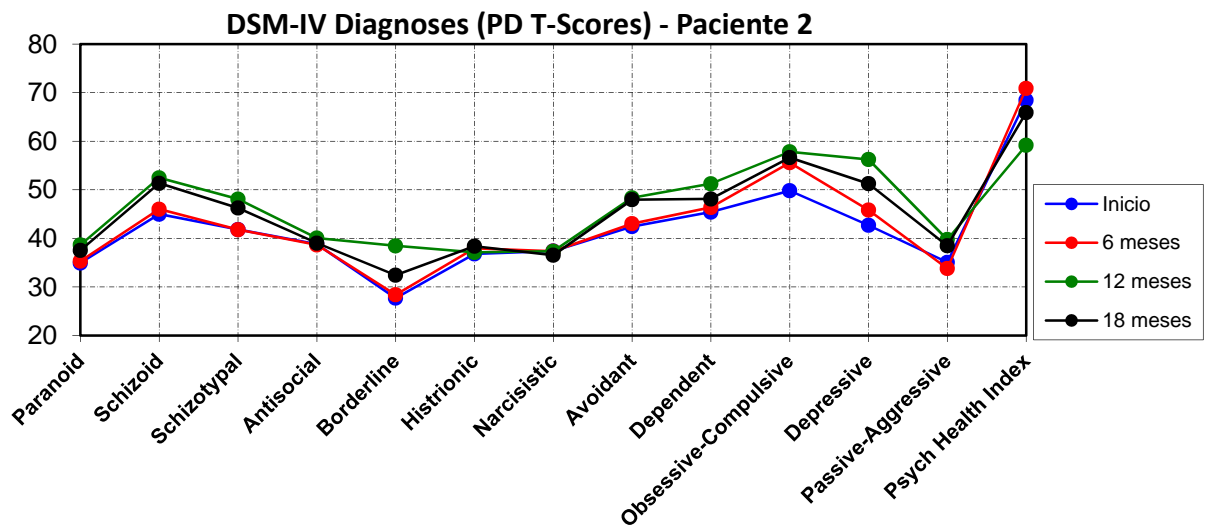


Figura 5 – DSM-IV Diagnoses (PD T-Scores) – Paciente 2 – Anexo 12

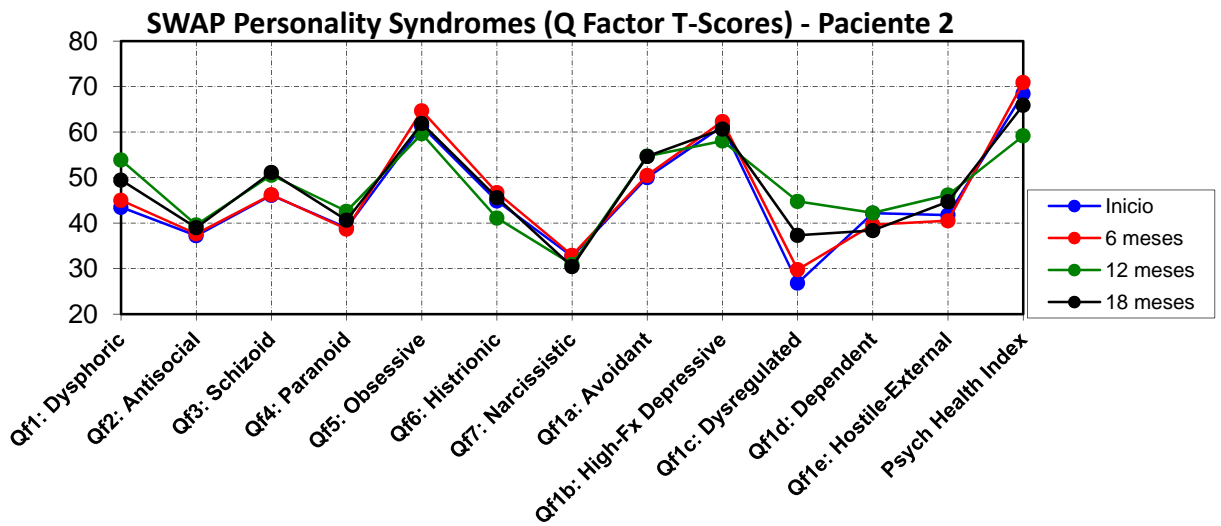


Figura 6 – SWAP Personality Syndromes (Q Factor T-Scores) - Paciente 2 – Anexo 12

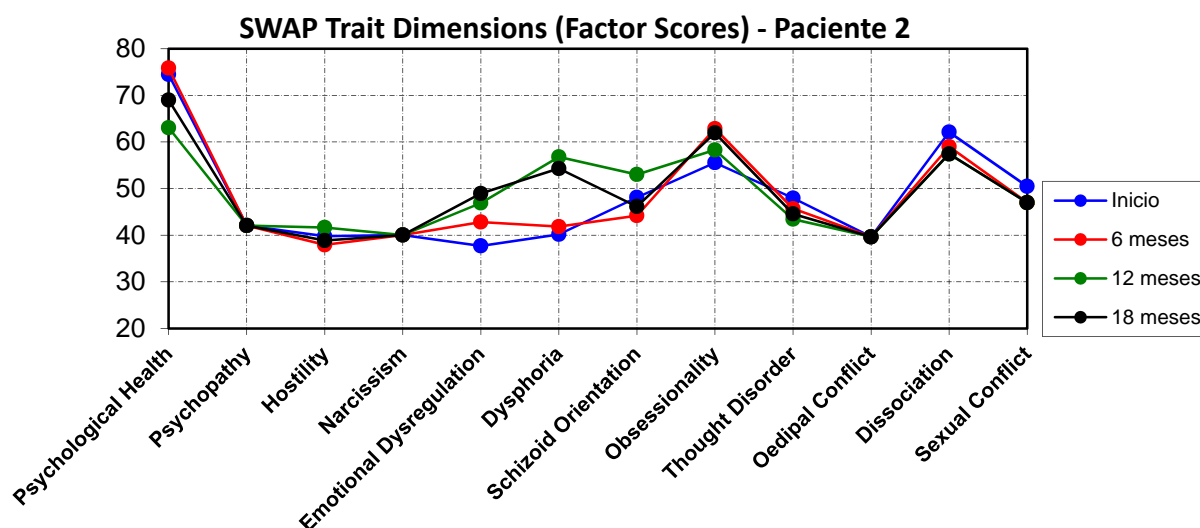


Figura 7 – SWAP Personality Syndromes (Q Factor T-Scores) - Paciente 2 – Anexo 12

Relativamente ao perfil defensivo da paciente 2 (Figura 8), este sofreu várias alterações ao longo dos 24 meses de terapia. Inicialmente a paciente, utilizou maioritariamente defesas dos grupos: “Evitamento” (1ª dimensão mais utilizada – nível 3), “Outras Neuróticas” (2ª dimensão mais utilizada – nível 5), “Narcísicas” (3ª dimensão mais utilizada – nível 4), e “Defesas Obsessivas” (4ª dimensão mais utilizada – nível 6). As dimensões menos utilizadas, correspondem aos seguintes grupos defensivos: “Ação” (1ª dimensão menos utilizada – nível 1), “Borderline” (2ª dimensão menos utilizada – nível 2), e “Defesas Maduras” (3ª dimensão menos utilizada – nível 7).

No 6º mês, das dimensões defensivas assinaladas como as mais utilizadas, verificou-se um decréscimo leve nos grupos “Outras Neuróticas” (nível 5), e “Narcísicas” (nível 4), um decréscimo acentuado no grupo “Evitamento” (nível 3), e um aumento ligeiro do grupo “Defesas Obsessivas” (nível 6). Relativamente às dimensões defensivas assinaladas como as menos utilizadas, é de assinalar um aumento muito significativo do grupo “Defesas Maduras” (nível 7), que se tornou neste período de avaliação o grupo defensivo mais utilizado no geral, e que a nosso ver explica o aumento significativo do valor *ODF* verificado anteriormente. É ainda de notar que este grupo defensivo, a partir deste momento de avaliação, passou a estar inserido no agrupamento de defesas mais utilizadas pela paciente.

Relativamente ao 12º mês de terapia, os resultados vão ao encontro dos dados verificados no 6º mês de terapia, excetuando uma quebra significativa no grupo “Defesas Maduras” (nível 7), e um aumento nos grupos “Outras Neuróticas” (nível 5), e “Evitamento” (nível 3), relativamente às defesas mais utilizadas. A respeito das defesas menos utilizadas, a única alteração evidente deu-se no grupo “Ação” (nível 1) que demonstrou um aumento

ligeiro. Os resultados evidenciados neste período, vão ao encontro do decréscimo do valor de *ODF* encontrado no mesmo momento, e parecem estar estritamente relacionados com o decréscimo acentuado do grupo defensivo “Defesas Maduras” (nível 7).

No 18º mês, existiram mudanças significativas no perfil defensivo da paciente, pois todos os grupos defensivos sofreram um decréscimo de valores, excetuando o grupo “Defesas Maduras” (nível 7), que demonstrou os valores mais altos registados ao longo de todos os momentos de avaliação, o que está associado ao aumento do *ODF* encontrado no mesmo período, destacando o aumento da utilização de defesas mais evoluídas no final da terapia.

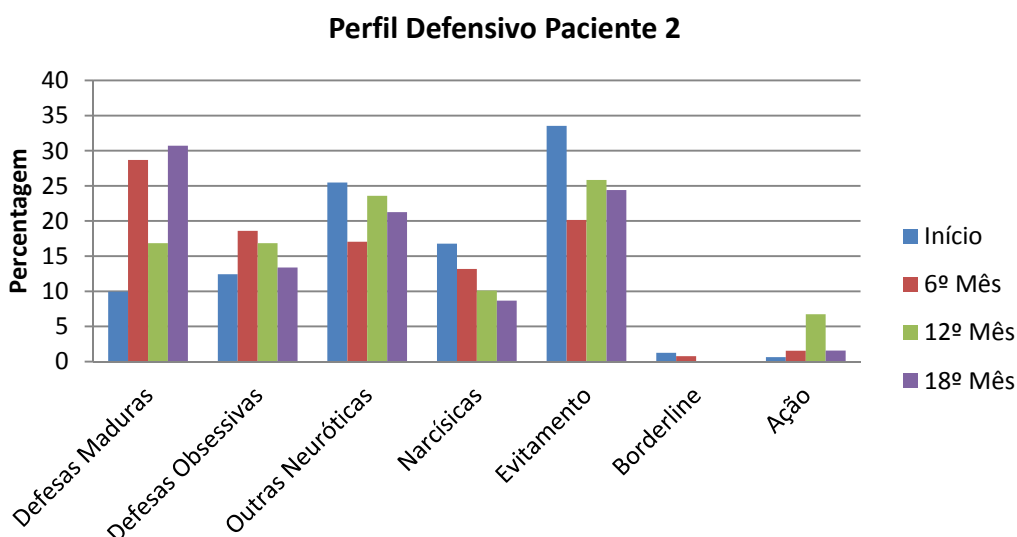


Figura 8 – Perfil Defensivo - Paciente 2 – Anexo 3

Em suma, a paciente 1, denota a existência de um *ODF* inferior a 5 que remete para uma perturbação de personalidade na *DMRS*, utilizando maioritariamente defesas dos grupos “Outras Neuróticas”, “Narcísicas” e de “Evitamento”, tendo igualmente apresentado a existência co-mórbida de Perturbação de Personalidade Dependente, e de Perturbação de Personalidade Histriónica, e Borderline no *SWAP-200*. Quanto à paciente 2, denota a existência de um *ODF* relativo ao início, e ao 12º mês inferior a 5, o que no caso desta paciente reporta a depressão severa, segundo Lingiard e colaboradores (2010). No 6º mês, e no final da terapia registou-se um *ODF* de valor superior a 5, que remete para personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas (Lingiard et al., 2010). Utilizou maioritariamente defesas dos grupos “Maduras”, “Outras Neuróticas” e de “Evitamento”. No *SWAP-200*, os traços de personalidade mais salientes foram o “Obsessivo”, e o “Depressivo”.

Os níveis globais de funcionamento defensivo (*ODF*) na *DMRS*, e os níveis de bom funcionamento mental dos quadros de análise do *SWAP-200*, variaram em simultâneo ao longo das terapias de ambas as pacientes.

Discussão

O objetivo do presente estudo consistiu em observar a relação entre a mudança nos mecanismos de defesa, e as características de personalidade ao longo do processo terapêutico, em duas pacientes com personalidades distintas.

No que concerne à paciente 1, os resultados verificados ao longo dos 24 meses de terapia, apontam para uma oscilação simultânea dos indicadores de saúde mental do *SWAP-200*, e do *ODF* da *DMRS*. Os resultados do *SWAP-200* apontam para uma perturbação de personalidade dependente, co-mórbida com uma perturbação histriónica e borderline da personalidade, que é confirmada pelos valores de *ODF* (*DMRS*) abaixo de 5, que denotam também a existência de perturbação da personalidade. Segundo Frances e Ross (2004, p. 354), “*a perturbação dependente da personalidade é frequentemente co-mórbida com outras perturbações da personalidade, em especial as perturbações de estado limite, evitante e histriónica da personalidade*”.

Como esperado, no 24º mês existiu um aumento simultâneo dos níveis de bom funcionamento mental (“*Psych Health Index*” dos quadros “*PD T-scores*” e “*Q-factor T-scores*”, e da categoria “*Psychological Health*”, do quadro “*Swap Trait Dimensions – Factor-T scores*”) do *SWAP-200*, e dos níveis globais de funcionamento defensivo (*ODF*) na *DMRS*, que demonstrou que as defesas se tornaram mais adaptadas no 24º mês. No entanto, o valor encontrado de *ODF* continuou num nível que remete para perturbação de personalidade, o que vai de acordo com a permanência dos níveis altos da subcategoria “*Dependente*”, bem como, da categoria “*Histriónico*” do quadro “*Q-factor T-scores*”, encontrados no *SWAP-200*. O decréscimo acentuado do *ODF* (*DMRS*) no 18º mês, e o seu aumento significativo no 24º mês, vai ao encontro de um fenómeno descrito por outros autores (Gabbard, 2004; Gill, 1951, e Perry, 2001, cit por Presniak, et al., 2010), que consiste num retorno de defesas menos adaptadas numa fase intermédia da terapia (após a segunda metade da terapia), e numa melhoria do funcionamento defensivo numa fase mais avançada e mais próxima do final do tratamento.

Relativamente à paciente 2, os resultados verificados ao longo dos 18 meses de terapia, através do *ODF* da *DMRS*, e dos níveis de saúde mental do *SWAP*, encontraram-se em concordância. No entanto, ao longo do processo notou-se que os resultados de traços depressivos e obsessivos andam a par com os índices de saúde mental, e que estes acompanham as flutuações no *ODF*. Sugerimos que este fenómeno aparentemente contraditório (aumento simultâneo de categorias relacionadas com perturbação obsessiva e

depressiva, juntamente com os valores de bom funcionamento mental), parece servir a paciente de uma proteção perante a depressão profunda. Relembramos que o valor de *ODF* inicial da paciente 2 era de 4,37 (associado a depressões severas). Assim, os constantes resultados elevados, relacionados com traços obsessivos, surgem na nossa opinião para servir como uma proteção perante o vazio da depressão, uma forma mascarada de fuga para não enfrentar o vazio emocional, o que nos remete para a construção de uma hipótese explicativa.

Neste sentido, Matos (2003, p. 51), quando aborda a questão da “*depressão falhada/sonho falhado*”, sugere “*que um não existe sem o outro*”, e acrescenta que, “*não tendo sido desejado, o sujeito vê-se impossibilitado de desejar. E sem desejo não existe objeto. Não existindo objeto, não é possível fazer o luto em caso de perda*”. Surge então a “*depressão falhada*”, uma depressão que não é sentida nem elaborada”, o que nos leva a colocar a hipótese da paciente 2, padecer desta problemática. A infância marcada por um pai ausente, e por uma mãe com problemas de alcoolismo, que se demitia do seu papel de mãe, as múltiplas queixas somáticas, os traços obsessivos acentuados, o apego ao fatural e ao dever, a procura de suporte emocional através do trabalho, a necessidade de resolução de problemas familiares que faz com que por um lado se sinta sobrecarregada por ficarem sempre a seu cargo, mas que por outro se não os fizesse, a fazia sentir-se vazia, bem como, a tendência a reprimir ou distorcer memórias de acontecimentos traumáticos (a sua infância; morte da mãe; morte do filho), levam a crer que estamos perante uma “*depressão falhada*”, o que pensamos levar a uma resposta explicativa para a aparente contradição de resultados.

Ao longo do processo na paciente 2, as flutuações dos índices de saúde mental (“*Psych Health Index*”, e “*Psychological Health*”) de todos os quadros do *SWAP-200*, variam no mesmo sentido que os valores do *ODF* da *DMRS*. Tal como esperado no final da terapia existiu um aumento simultâneo dos índices de saúde mental em todos os quadros do *SWAP-200*, e do *ODF* na *DMRS*, que evidenciou o incremento do uso de defesas mais evoluídas. Embora se tenha registado um aumento simultâneo da saúde mental (*SWAP-200*), e do uso de defesas mais evoluídas (*DMRS*) no 18º mês, estes nunca voltaram a atingir os elevados níveis do 6º mês, que corresponde ao período em que a sua sogra foi internada num lar de idosos, tendo a paciente ficado com mais tempo para trabalhar, o que na altura a satisfez bastante. Neste sentido, o acentuado decréscimo do *ODF* (*DMRS*) e dos níveis de saúde mental (*SWAP-200*) aos 12 meses, parece estar ligado à morte da sua sogra, e à incapacidade de elaborar esta morte, despoletando sentimentos passados de perda não elaborados (infância; morte do filho). A subida simultânea do valor de *ODF* (*DMRS*), e das categorias de saúde mental do *SWAP-200* no 18º mês, evidenciam a evolução na terapia, e embora nunca

cheguem a atingir os valores encontrados ao 6º mês (período antes da morte da sogra), evidenciam a existência de um progresso, que nos parece que poderia ter sido superior se não tivesse existido um *drop-out* ao 18º mês, que sucedeu devido à imperativa mudança de cidade.

Tal como esperado, na paciente 1 as mudanças reveladoras de efeitos terapêuticos nos mecanismos de defesa, foram apenas observáveis na segunda metade da psicoterapia. Este fenómeno não se revelou de um modo tão claro na paciente 2, pois embora tenha registado melhorias no 18º mês, a nível de saúde mental no *SWAP-200*, e ao nível do funcionamento defensivo na *DMRS*, estes resultados nunca voltaram a atingir os valores positivos registados no 6º mês, o que pensamos estar relacionado a acontecimentos marcantes durante o processo terapêutico (ida da sogra para um lar – 6º mês; morte da sogra – 12º mês; *drop-out* – 18º mês).

De acordo com a literatura, esperou-se que diferentes pacientes e grupos de patologias, resultassem num ritmo de mudança característico ao nível dos mecanismos defensivos (Perry, et al, 2009). Os resultados encontrados nas duas pacientes confirmam esta hipótese. Os resultados encontrados, vão também de acordo com os achados do estudo de Lingardi e colaboradores (2010), pois os níveis globais de funcionamento defensivo (*ODF*) na *DMRS*, e os níveis de bom funcionamento mental dos quadros de análise do *SWAP-200*, variaram no mesmo sentido, em ambas as pacientes. Em concordância com os achados do estudo de Perry, e colaboradores (2009), os resultados do presente estudo, indicam que as flutuações na personalidade das pacientes, e no funcionamento defensivo estão relacionadas, constituindo um forte indicador das mudanças estruturais encontradas ao longo do processo terapêutico.

Os dados encontrados não podem ser generalizados, pois dizem apenas respeito a duas pacientes, e a um terapeuta, por isso consideramos que a utilização de um maior número de participantes, bem como, de um número mais elevado de sessões analisadas permitiriam a obtenção de resultados mais concretos. Apontamos como as principais limitações deste estudo, o reduzido número de participantes, e a ausência de dados empíricos relativos a certas dimensões do processo, tais como, alterações na aliança terapêutica, o tipo de intervenções do terapeuta, os padrões transferenciais e contratransferenciais existentes, entre outras.

Tendo em conta as limitações assinaladas, pode-se concluir que apesar de se ter encontrado uma relação entre os mecanismos de defesa e as características de personalidade, evidenciando-se o seu impacto no processo terapêutico, não foram exploradas as implicações e inter-relações das variáveis estudadas, com outras variáveis pertencentes ao mesmo universo. É então crucial que se aprofunde a temática, por meio da investigação empírica, numa tentativa de integração de diversas variáveis, tentando não restringir o enfoque apenas

na figura do paciente. Vários autores (Hersoug, et al, 2005; Perry, et al, 2009; Despland, et al, 2001) sugerem linhas futuras de investigação, procurando compreender de forma mais aprofundada a importância de variáveis relacionadas com o terapeuta, na evolução de variáveis do paciente no processo psicoterapêutico, sendo também essa uma sugestão nossa.

Pensamos que a produção de estudos empíricos, que investiguem a mudança no processo terapêutico, e as variáveis que influenciam esta mudança, é extremamente relevante. Este conhecimento ajuda a clarificar a escolha do tipo de intervenção mais adequado tendo em conta as características de determinado paciente, e a compreender os fatores determinantes na evolução do processo, ajudando o terapeuta, e os investigadores a clarificar e a articular o que acontece durante a psicoterapia, e oferecendo um conhecimento que diminui o afastamento que existe entre ciência e prática.

Referências

- Bond, M., & Perry, J., (2004). Long term changes in defense styles with psychodynamic therapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1665-1671.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., & Stasch, M. (2007). The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology* (40), 209-220.
- Coimbra de Matos, A., (2003). *Mais Amor Menos Doença. A Psicossomática Revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Despland, J., Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J., (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapists interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *10*, pp., 155-164.
- Despland, J., Bernard, M., Favre, N., Drapeau, M., Roten, Y., & Stiefel, F., (2009). Clinicians defenses: An empirical study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *82*, 73-81.
- Frances, A., & Ross, R., (2002/2004). *Casos Clínicos, DSM-IV-TR – Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi
- Hersoug, A. G., Sexton, H., & Hoglend, P., (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, *56*, 539-554.
- Hersoug, A., Bogwald K-P., & Hoglend, P., (2005). Changes of defensive functioning. Does interpretation contribute to change? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*, 288-296.
- Kächele, H., Schachter, J., & Thomä, H. (2008). Psychoanalytical therapy process research. In H. Kächele, J. Schachter & H. Thomä (Eds.), *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice*, 10-35. New York: The Analytic Press.
- Kramer, U., Roten, Y., Michel, L., & Despland, J., (2009). Early change in defense mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: relations with symptoms and alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 408-417.

- Lingiardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of Personality Assessment*, 86, (1), 23-32.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S., (2010). An empirically supported psychoanalysis – The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 190-218.
- Perry, J., (1990). Defense Mechanism Rating Scales. Boston: Cambridge Hospital – Harvard Medical School.
- Perry, J., (2001). A pilot study of defenses in psychotherapy of personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, pp., 651-660.
- Perry, J., Beck, S. M., Constantinides, P., & Foley, J. (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases. In R. A. Levy, J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*, 121-153. Totowa, NJ US: Humana Press.
- Pires, A. P., Mateus, F., Sá, D., Cabrita, S., & Velez, R. (2012). Tradução para português do Shedler and Westen Assessment Procedure - SWAP-200. *Revista Portuguesa de Psicanálise, Psicoterapia Psicanalítica*. 4, 165-175.
- Presniak, M. Olson, T., Porcerelli, J., & Dauphin, V., (2010). Changes in defensive functioning in a case of avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 134-139.
- Shedler, J., & Westen, D. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- Shedler, J., & Westen, D. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part 2: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-55.
- Shedler, J. & Westen, D. (2010), The Shedler-Westen Assessment Procedure: making personality diagnosis clinically meaningful, in Clarkin, J., Fonagy, P. & Gabbard, G. (Eds), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook*, 1^a Ed. (pp.125-161), American Psychiatric Publishing, Inc.

- Westen, D. & Weinberger, J. (2005), In praise of clinical judgment: Meehl's forgotten Legacy. *Journal of Clinical Psychology*, 61, (10), 1257-1276.
- Yoshida, E., (1998), Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escola e Educação*, 2, 115-127.

ANEXOS

Anexo 1 - Tabela dos Estudos Empíricos

Autor/Data/Objectivo	Método	Resultados
<p>Perry, & Cooper, (1986)</p> <p>Objetivo: Verificar a associação entre as defesas, medidas através da DMRS e o funcionamento global do paciente, medido através da "Global Assessment Scale" - GAS.</p>	<p>- Amostra, composta por 81 pacientes com distúrbio de personalidade borderline, com distúrbio antissocial e com distúrbio afetivo de tipo bipolar-II. Os participantes foram avaliados em dois momentos distintos: no momento em que o sujeito procurou os serviços clínicos do Hospital Cambridge, e posteriormente, em várias avaliações realizadas ao longo de vários anos de terapia, em que a estabilidade do quadro psicopatológico era verificada.</p> <p>Instrumentos: Defence Mechanism Rating Scales (DMRS); Global Assessment Scale - GAS.</p>	<p>- As defesas imaturas estavam associadas a índices mais elevados de sintomas, funcionamento global mais pobre e maior proporção de tempo em que o desempenho de papéis psicossociais estava prejudicado</p>
<p>Block, Shear, Markowitz, Leon, & Perry, (1993).</p> <p>Objetivo: Comparar o nível das defesas utilizadas por sujeitos com diagnósticos diferentes, de acordo com o DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).</p>	<p>-Estudo com participantes 22 pacientes distímicos, e 22 pacientes com episódios de pânico; Estudo piloto em que a DMRS foi usada para a avaliação psicodinâmica de pacientes distímicos e com episódios de pânico.</p> <p>Instrumento: Defence Mechanism Rating Scales (DMRS)</p>	<p>- Os resultados mostram que embora os dois grupos de pacientes apresentem primordialmente defesas dos níveis mais baixos de maturidade, os distímicos apresentam pontuações significativamente mais elevadas de defesas narcísicas, de evitamento e de ação.</p>
<p>Perry, (2001),</p> <p>Objetivo- Examinar o funcionamento defensivo de adultos no início e no decorrer de Psicoterapia Dinâmica, e determinar quais as defesas que predizem a permanência na terapia no final do primeiro ano.</p>	<p>- Amostra composta por 14 adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos, com perturbações de personalidade, e depressão. Análise de Gravações Audio de 5 sessões.</p> <p>Instrumento: Defence Mechanism Rating Scales (DMRS), na sua versão quantitativa</p>	<p>- Funcionamentos defensivos mais adaptados estavam associados à permanência na terapia no final do 1º ano. Os resultados demonstram que as mudanças nos mecanismos de defesa, sobretudo de carácter profundo, são mais facilmente observáveis em psicoterapias de longa duração, como a psicanálise.</p>
<p>Despland, Roten, Despars, Stigler, & Perry, (2001),</p> <p>Objectivo: Examinar como é que os mecanismos defensivos dos pacientes, e as intervenções do terapeutas influenciam a formação da aliança terapêutica.</p>	<p>- Análise de 4 sessões de Psicoterapia Breve correspondentes ao início da terapia de 12 pacientes (com um mínimo de 18 anos) e com pelo menos um diagnóstico presente dos seguintes 3 grupos: perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, ou perturbações de personalidade. Participação de 5 terapeutas com 19 anos de experiência clínica em média.</p> <p>Instrumento: Defence Mechanism Rating Scales (DMRS), na sua versão quantitativa; Helping</p>	<p>- O ajustamento das intervenções terapêuticas, relativamente ao nível de funcionamento defensivo do paciente, é um preditor promissor, no que concerne ao desenvolvimento da aliança terapêutica, levando a mudanças positivas na mesma, logo nas primeiras 3 sessões de psicoterapia breve e deveria ser investigado mais consistentemente,</p>

	Alliance Questionnaire (HAQ-1); Psychodynamic Intervention Rating Scales (PIRS).	tal como outros preditores de desenvolvimento terapêutico.
Hersoug, Sexton, & Hoglend, (2002). Investigar as mudanças no funcionamento defensivo em psicoterapia breve de inspiração psicanalítica. Analisar a mudança nos mecanismos de defesa, e averiguar se estes predizem a evolução do processo terapêutico.	- Estudo composto 7 terapeutas, e por 43 pacientes com média de idade de 35,7 anos, sendo 38 (86%) do sexo feminino. Análise de 40 sessões de psicoterapia breve de inspiração psicanalítica. Instrumentos- Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS); Defense Style Questionnaire (DSQ); Global Assessment Scale (GAS); Symptom Checklist 90, Revised (SCL-90-R); Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C); Ways of Coping Checklist (WCCL); Working Alliance Inventory (WAI)	O ODF inicial não predizia a qualidade da aliança terapêutica, nem influenciava o progresso da terapia. As mudanças no funcionamento defensivo (ODF) foram significativas. A melhoria dos sintomas deu-se rapidamente no início da terapia, enquanto as mudanças no funcionamento defensivo foram apenas observadas na 2ª metade de uma psicoterapia breve de inspiração psicanalítica.
Hersoug, Bogwald, & Hoglend, (2003). Objetivo: Explorar se as relações interpessoais, funcionamentos defensivos e aliança terapêutica de vários pacientes, estariam associadas com a interpretação de defesas por parte do terapeuta, Explorar as características do paciente e do terapeuta como preditores do uso de interpretação de defesas, em psicoterapia breve.	- Amostra composta por 38 pacientes e 7 terapeutas, em 40 sessões de psicoterapia breve. Instrumentos: Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS), numa sessão inicial (7ª sessão), e numa fase intermédia (16ª sessão), Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS), o Working Alliance Inventory (WAI), a Dynamic Relationships Scales (DynRel), o Symptom Checklist 90, Revised (SCL-90-R), a Global Assessment Scale (GAS), e a Global Severity Index (GSI).	- A baixa qualidade das relações interpessoais dos pacientes, foi associada com um maior volume de interpretação no início da terapia. Os terapeutas com maior experiência realizaram um maior número de interpretações. A combinação de uma maior utilização de defesas mal adaptadas com uma aliança terapêutica de baixa qualidade, foi associada com uma maior proporção de interpretação, contrariamente à hipótese estabelecida. As diferenças entre terapeutas, contaram para 35% da variância nas interpretações no início da terapia e 42% na fase intermédia. Os terapeutas deram significativamente mais interpretações na fase intermédia, comparativamente a uma fase inicial.
Bond & Perry, (2004) Examinar se pacientes com ansiedade crónica e recorrente, bem como com perturbações depressivas e de personalidade demonstram evolução nos seus estilos defensivos ao longo de psicoterapias de longo curso. Compreender qual a relação entre	Estudo composto por uma amostra de 53 participantes com ansiedade crónica e recorrente, bem como com perturbações depressivas e de personalidade. As Psicoterapias de Inspiração Psicanalítica, tiveram a duração de pelo menos 3 anos. Os instrumentos de medida das defesas, dos	Os resultados demonstraram que os estilos defensivos se tornaram mais adaptados (maduros), e que os sintomas decresceram ao longo do tempo. As mudanças nos estilos defensivos foram um preditor de mudança sintomática, mas a causa deste fenómeno não foi encontrada.

<p>a mudança no estilo defensivo e a mudança na sintomatologia</p>	<p>sintomas, e do funcionamento do paciente foram administrados em intervalos regulares ao longo de 3 a 5 anos de Psicoterapias de Inspiração Psicanalítica</p> <p>Instrumentos: Defense Style Questionnaire-DSQ, California Psychotherapy Alliance Scale-Patient Version, Global Assessment of Functioning Scale- GAF, Depression Rating Scale, SCL-90</p>	<p>Concluiu-se também que as mudanças nos mecanismos de defesa, sobretudo de caráter profundo, são mais facilmente observáveis em psicoterapias de longa duração, como a psicanálise.</p>
<p>Hersoug, A., Bogwald K-P., & Hoglend, P., (2005).</p> <p>Objetivo: Explorar mudanças no funcionamento defensivo, no decorrer de psicoterapias breves de inspiração psicanalítica. Compreender se as interpretações realizadas por terapeutas influenciam o desenvolvimento de funcionamentos defensivos mal adaptados.</p>	<p>-Amostra composta por 39 pacientes diagnosticados com depressão, perturbações de ansiedade e personalidade, submetidos a psicoterapias breves de inspiração psicanalítica com um máximo de 40 sessões.</p> <p>Instrumentos: Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS); Psychodynamic Intervention Rating Scales (PIRS).</p>	<p>- A proporção de defesas mal adaptadas decresceu no decorrer da terapia. Uma maior proporção de interpretações foi associada a um decréscimo do uso de defesas mal adaptadas após o término da terapia, embora o uso de interpretações não tenha sido um preditor de mudança ao nível de funcionamentos defensivos adaptados. Nem o uso de interpretações nem o uso de intervenções de suporte por parte dos terapeutas influenciou o desenvolvimento de defesas adaptadas. As defesas no nível mais baixo da hierarquia, consideradas mal adaptadas evoluíam primeiro que os mecanismos defensivos mais adaptados.</p>
<p>Perry, J., Beck, S., Constantinides, P., & Foley, J., (2009).</p> <p>Objetivo: Observar quais os processos de mudança no funcionamento defensivo ao longo de Psicoterapias de curta, média e longa duração. Investigar, de que modo a avaliação quantitativa dos mecanismos defensivos pode ser um bom indicador de progresso e eficácia em investigação psicoterapêutica.</p>	<p>- Estudo com 4 participantes; 4 casos clínicos, um de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, e os restantes três casos de Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica.</p> <p>Instrumento: Defence Mechanism Rating Scales (DMRS), na sua versão quantitativa.</p>	<p>- Mudanças nos níveis defensivos ocorreram de forma progressiva e segmentada. Os pacientes trocam defesas no nível mais baixo da hierarquia, por defesas no meio da hierarquia, e só mais tarde conseguem atingir defesas do nível mais alto da hierarquia (maduras); Diferentes pacientes ou grupos de patologias, têm um ritmo de mudança próprio, que pode variar consoante diferentes tipos de tratamento. À medida que o funcionamento defensivo se torna mais evoluído, os sintomas decrescem e outros aspetos de funcionamento do paciente evoluem.</p>

<p>Kramer, Roten, Michel, & Despland, (2009).</p> <p>Objetivo: Investigar processos adaptacionais, relacionando mecanismos de defesa e coping de um ponto de vista integrativo ou comparativo., tendo como objetivo observar mudanças precoces nas defesas e no coping.</p>	<p>-Estudo composto por 32 pacientes, na sua maioria diagnosticados com perturbações de adaptação, acompanhados em psicoterapia de inspiração psicanalítica de curta duração com o máximo de 40 sessões.</p> <p>Instrumentos: Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS), o Coping Action Patterns (CAP), o Symptom Check List (SCL-90-R),e o Helping Alliance Questionnaire (HAQ-J).</p>	<p>- Foram observadas mudanças nos mecanismos de coping numa fase inicial da terapia, sendo a aliança terapêutica uma variável moderadora desta mudança, Nos mecanismos de defesa o funcionamento global não se alterou, nas primeiras 20 sessões, não se tendo a aliança terapêutica revelado como uma variável moderadora. Os autores especulam que mudanças reveladoras de efeitos terapêuticos nos mecanismos de defesa podem apenas ser observáveis na 2ª metade de psicoterapias de inspiração psicanalítica.</p>
<p>Lingiardi, Gazzillo, & Waldron, (2010).</p> <p>Objetivo: Investigar o processo terapêutico e a sua eficácia, bem como a relação entre intervenções do terapeuta e comunicações do paciente ao nível das suas repercussões na eficácia do tratamento,</p>	<p>- Estudo de caso de um tratamento psicanalítico de uma paciente em análise durante 2 anos. Foram selecionadas 20 sessões, das 240 existentes, utilizando 4 sessões a cada seis meses, com o APS e o DMRS. No que concerne ao SWAP, foram utilizadas 12 sessões de doze em doze meses. Cada grupo de quatro sessões foi avaliado como uma unidade singular de análise representativa de determinado período do processo analítico (início, 6º mês, final do 1º ano, 18º mês e final do 2º ano). Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS), a Analytic Process Scales (APS), e Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200).</p> <p>Instrumentos: Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS), a Analytic Process Scales (APS), e Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200).</p>	<p>-Os resultados obtidos no final do 2º ano de análise, demonstraram um aumento simultâneo do high functionig score do SWAP, e do Overall Defensive Functioning – ODF, na DMRS. Na APS, existiu uma correlação substancial entre as intervenções do terapeuta e o progresso da paciente. Os resultados obtidos relativamente ao funcionamento defensivo demonstraram, que o paciente reteve o seu estilo defensivo no domínio neurótico, no entanto, as defesas utilizadas eram de um nível mais elevado do que as obtidas no final do primeiro ano.</p>
<p>Presniak,, Olson, Porcerelli, & Dauphin, (2010).</p> <p>Este estudo surge na sequência de um primeiro, realizado por Porcerelli, e colaboradores (2007; cit por Presniak,, et al., 2010),</p> <p>Objetivo: Reexaminar este caso, com especial enfoque nas mudanças ao nível do</p>	<p>- Estudo de caso com um paciente diagnosticado com Perturbação Evitante de Personalidade, e acompanhado em tratamento psicanalítico durante 5 anos. Para a análise da evolução do funcionamento defensivo foram utilizadas 25 sessões gravadas e transcritas, correspondentes ao início da terapia, ao final de cada ano e a uma sessão de acompanhamento posterior com a duração de 90 minutos.</p>	<p>- Os autores encontraram um incremento significativo no nível global de funcionamento defensivo (Overall Defensive Functioning – ODF), e nas defesas mais adaptadas do “Sr. A”, entre o início da terapia e o seu acompanhamento posterior. Os resultados encontrados vão de encontro com um fenómeno descrito por outros autores (Gabbard, G.,</p>

<p>funcionamento defensivo ao longo do tratamento e numa fase de acompanhamento posterior.</p>	<p>Instrumento: Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS)</p>	<p>2004; Gill, M., 1951 e Perry, J., 2001, cit por Presniak, M., et al., 2010), que consiste num retorno de defesas menos adaptadas numa fase intermédia da terapia (na segunda metade da terapia), e numa melhoria constante do funcionamento defensivo numa fase mais avançada da terapia, bem como, no fim e após o término do tratamento.</p>
<p>Kramer, Rotten, Despland, & Perry, (2012). Objetivo: Investigar o funcionamento defensivo em sujeitos com perturbação borderline, em comparação com sujeitos sem perturbação</p>	<p>Estudo com 25 sujeitos com perturbação borderline, e um grupo de controlo com 25 sujeitos sem perturbação. Todos os participantes realizaram uma entrevista de paradigma dinâmico com a duração de 50 minutos. Estas entrevistas foram transcritas e cotadas através da Defence Mechanisms Rating Scales (DMRS). O Outcome Questionnaire (OQ-45.2), foi preenchido pelos participantes após a realização das entrevistas. Instrumentos: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II); Global Severity Index; Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS); Outcome Questionnaire (OQ-45.2).</p>	<p>Os resultados indicaram que os pacientes com perturbação borderline utilizam uma maior percentagem de defesas de acção, borderline, de evitamento, e ainda de ordem narcísica e histérica, e uma menor percentagem de defesas maduras e de defesas obsessivas, em comparação com o grupo de controlo. Verificaram ainda que o <i>Overall Defensive Functioning (ODF)</i> do <i>DMRS</i>, era significativamente mais baixo nos pacientes com perturbação borderline, em comparação com o grupo de controlo.</p>

Referências

- Block, A., Shear, M., Markowitz, L., Leon, A., & Perry, J., (1993). An empirical study of defense mechanism in dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1194-1198.
- Bond, M., & Perry, J., (2004). Long term changes in defense styles with psychodynamic therapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1665-1671.
- Despland, J., Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J., (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapists interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *10*, pp., 155-164.

- Hersoug, A., Bogwald K-P., & Hoglend, P., (2003). Are patient and therapist characteristics associated with the use of defense interpretation in brief dynamic psychotherapy? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*, 209-219.
- Hersoug, A., Bogwald K-P., & Hoglend, P., (2005). Changes of defensive functioning. Does interpretation contribute to change? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*, 288-296.
- Hersoug, A. G., Sexton, H., & Hoglend, P., (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, *56*, 539-554.
- Kramer, U., Roten, Y., Michel, L., & Despland, J., (2009). Early change in defense mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: relations with symptoms and alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 408-417.
- Kramer, U., Rotten, Y., Despland, J. & Perry, J. (2012). Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 1-13, doi:10.1037/a0029463.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S., (2010). An empirically supported psychoanalysis – The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, *27*, 190-218.
- Perry, J., & Cooper, S., (1986). A preliminary report on defense and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *34*, 863-893.
- Perry, J., (2001). A pilot study of defenses in psychotherapy of personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*, pp., 651-660.
- Perry, J., Beck, S. M., Constantinides, P., & Foley, J. (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases. In R. A. Levy, J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*, 121-153. Totowa, NJ US: Humana Press.
- Presniak, M. Olson, T., Porcerelli, J., & Dauphin, V., (2010). Changes in defensive functioning in a case of avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *47*, 134-139.

Anexo 2 - Folha de cotação da DMRS

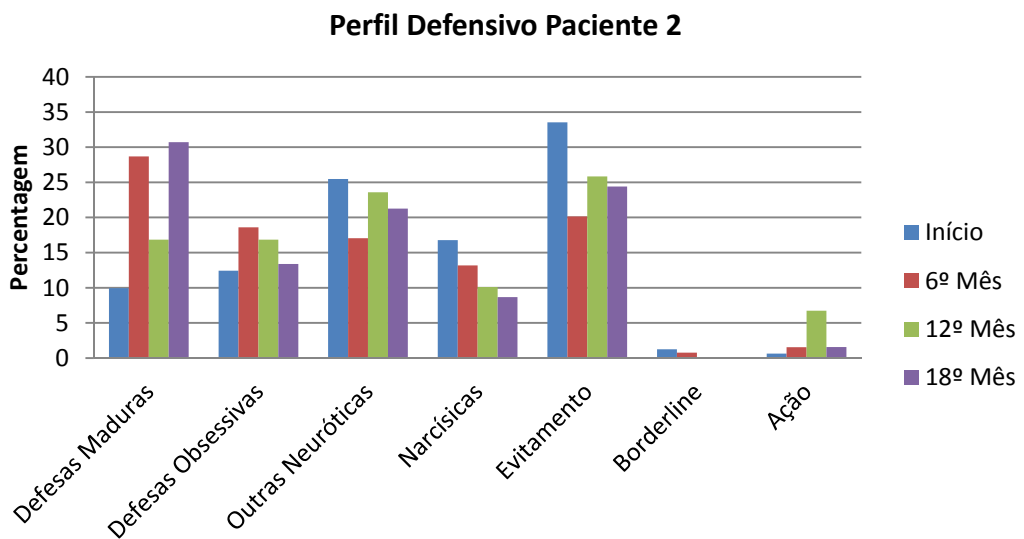
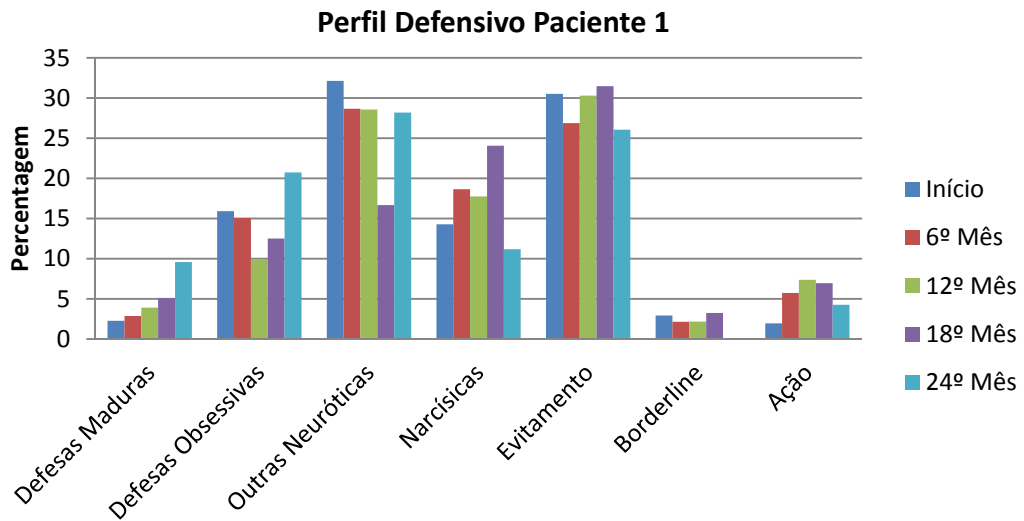
DEFENSE INTERVIEW SCORING SHEET: Psychotherapy Session version

J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.

Subject code _____	[1-6]	_____	_____	_____
DATA TYPE: 1-Dynamic interview, 2-RAP, 3-therapy session	[5]	_____	_____	_____
Random No. or letter designation _____	Real Intervue # [6-8]	_____	_____	_____
Rater _____	[9-10]	_____	_____	_____
For Data (1- reliability only, 9- final rating/consensus)	[11]	_____	_____	_____
Week of Follow-up (if longitudinal study: Lifewk1)	[12-14]	_____	_____	_____
7 HIGH ADAPTIVE LEVEL [15-30]				
Affiliation	30	Aff	_____	_____
Altruism	29	Alt	_____	_____
Anticipation	28	Ant	_____	_____
Humor	27	H	_____	_____
Self-assertion	26	SA	_____	_____
Self-observation	25	SO	_____	_____
Sublimation	24	Sub	_____	_____
Suppression	23	Sup	_____	_____
High Adapt _____	x 7 = _____			
6 OBSESSIONAL [31-36]				
Isolation	22	Iso	_____	_____
Intellectualization	21	Intel	_____	_____
Undoing	20	Undo	_____	_____
Obsession _____	x 6 = _____			
5 OTHER NEUROTIC [37-44]				
Repression	19	Rep	_____	_____
Dissociation	18	Diss	_____	_____
Reaction Formation	17	RF	_____	_____
Displacement	16	Displ	_____	_____
Other Neurotic _____	x 5 = _____			
4 MINOR IMAGE-DISTORTING (Narcissistic) [45-52]				
omnipotence	15	Omnip	_____	_____
Idealization of others	14	O-Ideal	_____	_____
Idealization of self	13	S-Ideal	_____	_____
Devaluation of self	12	S-Dev	_____	_____
Devaluation of others	11	O-Dev	_____	_____
Minor Image _____	x 4 = _____			
3 DISAVOWAL [53-58]				
Denial	10	Den	_____	_____
Projection	9	Proj	_____	_____
Rationalization	8	Rat	_____	_____
Fantasy [59-60]	7	Fan	_____	_____
Fantasy _____	x 3 = _____			
2 MAJOR IMAGE DISTORTING (Borderline) [61-66]				
Splitting (Others' Images)	6	Splt-O	_____	_____
Splitting (Self images)	5	Splt-S	_____	_____
Projective Identification	4	ProjId	_____	_____
Major Image _____	x 2 = _____			
1 ACTION [67-72]				
Acting Out	3	AO	_____	_____
Passive Aggression	2	P-Agg	_____	_____
Help-rejecting complaining	1	HRC	_____	_____
Action _____	x 1 = _____			End Deck
a. Sum of Defenses x weights	_____			
b. Total # of Defenses	_____			
c. Overall Defensive Functioning (1-low, 7 - high)	a/b = _____			

Anexo 3 - Níveis de ODF (DMRS) e Perfis Defensivos de ambas as pacientes

ODF DMRS	Paciente 1	Paciente 2
Início	4,02	4,37
6º mês	4,09	5,21
12º mês	4,07	4,61
18º mês	3,83	5,03
24º mês	4,56	



Anexo 4 - Percentagem de defesas utilizadas por período – Paciente 1

Percentagem de defesas utilizadas Paciente 1 (Inicio) – Pasta D	N	%
Afiliação	0	0
Altruísmo	1	0,324675
Antecipação	2	0,649351
Humor	1	0,324675
Assertividade	0	0
Auto-observação	2	0,649351
Sublimação	0	0
Supressão	1	0,324675
Intelectualização	0	0
Isolamento dos afectos	16	5,194805
Anulação	33	10,71429
Recalcamento	21	6,818182
Dissociação	1	0,324675
Formação reativa	54	17,53247
Deslocamento	23	7,467532
Desvalorização	32	10,38961
Idealização	12	3,896104
Omnipotência	0	0
Negação	27	8,766234
Projectão	40	12,98701
Racionalização	27	8,766234
Fantasia autística	0	0
Clivagem	9	2,922078
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	1	0,324675
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	5	1,623377
Total	308	100

Percentagem de defesas utilizadas Paciente 1 (6 meses) – Pasta C	N	%
Afiliação	2	0,716846
Altruísmo	1	0,358423
Antecipação	2	0,716846
Humor	2	0,716846
Assertividade	0	0
Auto-observação	1	0,358423
Sublimação	0	0
Supressão	0	0
Intellectualização	2	0,716846
Isolamento dos afectos	10	3,584229
Anulação	30	10,75269
Recalcamento	20	7,168459
Dissociação	1	0,358423
Formação reativa	37	13,26165
Deslocamento	22	7,885305
Desvalorização	40	14,33692
Idealização	6	2,150538
Omnipotência	6	2,150538
Negação	23	8,243728
Projectão	28	10,03584
Racionalização	24	8,602151
Fantasia autística	0	0
Clivagem	5	1,792115
Identificação projectiva	1	0,358423
Agir (acting out)	2	0,716846
Hipocondria	7	2,508961
Agressão passiva	7	2,508961
Total	279	100

Percentagem de defesas utilizadas Paciente 1 (12 meses) – Pasta A	N	%
Afiliação	0	0
Altruísmo	0	0
Antecipação	0	0
Humor	5	2,164502
Assertividade	0	0
Auto-observação	3	1,298701
Sublimação	1	0,4329
Supressão	0	0
Intellectualização	4	1,731602
Isolamento dos afectos	7	3,030303
Anulação	12	5,194805
Recalcamento	27	11,68831
Dissociação	0	0
Formação reativa	17	7,359307
Deslocamento	22	9,52381
Desvalorização	32	13,85281
Idealização	8	3,463203
Omnipotência	1	0,4329
Negação	26	11,25541
Projectão	21	9,090909
Racionalização	23	9,95671
Fantasia autística	0	0
Clivagem	5	2,164502
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	8	3,463203
Hipocondria	1	0,4329
Agressão passiva	8	3,463203
Total	231	100

Percentagem de defesas utilizadas Paciente 1 (18 meses) – Pasta B	N	%
Afiliação	4	1,851852
Altruísmo	3	1,388889
Antecipação	1	0,462963
Humor	2	0,925926
Assertividade	0	0
Auto-observação	1	0,462963
Sublimação	0	0
Supressão	0	0
Intellectualização	1	0,462963
Isolamento dos afectos	12	5,555556
Anulação	14	6,481481
Recalcamento	10	4,62963
Dissociação	0	0
Formação reativa	7	3,240741
Deslocamento	19	8,796296
Desvalorização	42	19,444444
Idealização	9	4,166667
Omnipotência	1	0,462963
Negação	25	11,57407
Projectão	18	8,333333
Racionalização	25	11,57407
Fantasia autística	0	0
Clivagem	6	2,777778
Identificação projectiva	1	0,462963
Agir (acting out)	5	2,314815
Hipocondria	6	2,777778
Agressão passiva	4	1,851852
Total	216	100

Percentagem de defesas utilizadas Paciente 1 (24 meses) – Pasta E	N	%
Afiliação	0	0
Altruísmo	5	2,659574
Antecipação	1	0,531915
Humor	3	1,595745
Assertividade	3	1,595745
Auto-observação	5	2,659574
Sublimação	1	0,531915
Supressão	0	0
Intellectualização	1	0,531915
Isolamento dos afectos	11	5,851064
Anulação	27	14,3617
Recalcamento	6	3,191489
Dissociação	3	1,595745
Formação reativa	31	16,48936
Deslocamento	13	6,914894
Desvalorização	15	7,978723
Idealização	3	1,595745
Omnipotência	3	1,595745
Negação	20	10,6383
Projecção	19	10,10638
Racionalização	10	5,319149
Fantasia autística	0	0
Clivagem	0	0
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	8	4,255319
Total	188	100

Anexo 5 - Percentagem de defesas utilizadas por período – Paciente 2

Percentagem de defesas utilizadas Paciente 2 (Inicio) – Pasta E	N	%
Afiliação	1	0,621118
Altruísmo	3	1,863354
Antecipação	0	0
Humor	1	0,621118
Assertividade	2	1,242236
Auto-observação	4	2,484472
Sublimação	4	2,484472
Supressão	1	0,621118
Intelectualização	0	0
Isolamento dos afectos	12	7,453416
Anulação	8	4,968944
Recalcamento	11	6,832298
Dissociação	1	0,621118
Formação reativa	12	7,453416
Deslocamento	17	10,55901
Desvalorização	6	3,726708
Idealização	20	12,42236
Omnipotência	1	0,621118
Negação	9	5,590062
Projectão	14	8,695652
Racionalização	31	19,25466
Fantasia autística	0	0
Clivagem	2	1,242236
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	1	0,621118
Total	161	100

Percentagem de defesas utilizadas Paciente 2 (6 meses) – Pasta C	N	%
Afiliação	0	0
Altruísmo	4	3,100775
Antecipação	11	8,527132
Humor	0	0
Assertividade	9	6,976744
Auto-observação	8	6,20155
Sublimação	2	1,550388
Supressão	3	2,325581
Intellectualização	1	0,775194
Isolamento dos afectos	11	8,527132
Anulação	12	9,302326
Recalcamento	8	6,20155
Dissociação	1	0,775194
Formação reativa	4	3,100775
Deslocamento	9	6,976744
Desvalorização	8	6,20155
Idealização	8	6,20155
Omnipotência	1	0,775194
Negação	3	2,325581
Projectão	9	6,976744
Racionalização	14	10,85271
Fantasia autística	0	0
Clivagem	1	0,775194
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	2	1,550388
Total	129	100

Percentagem de defesas utilizadas Paciente 2 (12 meses) – Pasta A	N	%
Afiliação	1	1,123596
Altruísmo	4	4,494382
Antecipação	4	4,494382
Humor	0	0
Assertividade	0	0
Auto-observação	1	1,123596
Sublimação	4	4,494382
Supressão	1	1,123596
Intellectualização	0	0
Isolamento dos afectos	9	10,11236
Anulação	6	6,741573
Recalcamento	4	4,494382
Dissociação	1	1,123596
Formação reativa	6	6,741573
Deslocamento	10	11,23596
Desvalorização	4	4,494382
Idealização	5	5,617978
Omnipotência	0	0
Negação	0	0
Projecção	11	12,35955
Racionalização	12	13,48315
Fantasia autística	0	0
Clivagem	0	0
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	6	6,741573
Total	89	100

Percentagem de defesas utilizadas Paciente 2 (18 meses) – Pasta D	N	%
Afiliação	6	4,724409
Altruísmo	1	0,787402
Antecipação	17	13,38583
Humor	0	0
Assertividade	5	3,937008
Auto-observação	6	4,724409
Sublimação	3	2,362205
Supressão	1	0,787402
Intellectualização	0	0
Isolamento dos afectos	11	8,661417
Anulação	6	4,724409
Recalcamento	0	0
Dissociação	1	0,787402
Formação reativa	8	6,299213
Deslocamento	18	14,17323
Desvalorização	5	3,937008
Idealização	6	4,724409
Omnipotência	0	0
Negação	4	3,149606
Projectão	13	10,23622
Racionalização	14	11,02362
Fantasia autística	0	0
Clivagem	0	0
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	2	1,574803
Total	127	100

Anexo 6 - Cotação das sessões áudio (DMRS) – Paciente 1

Paciente 1 (Início) - Pasta D - Ficheiro - 03MAFC

- 1 – Negação – 01m:17s / 01m:20s
- 2 – Isolamento dos Afectos – 01m:22s / 01m:41s
- 3 – Recalcamento – 01m:43s / 02m:00s
- 4 – Racionalização – 02m:19s / 02m:55s
- 5 – Dissociação – 02m:57s / 03m:00s
- 6 – Recalcamento – 03m:25s / 03m:55s
- 7 – Anulação – 04m:29s / 04m:46s
- 8 – Anulação – 05m:26s / 05m:46s
- 9 – Formação Reactiva – 05m:48s / 06m:00s
- 10 – Formação Reactiva – 06m:33s / 07m:17s
- 11 – Anulação – 07m:19s / 07m:24s
- 12 – Formação Reactiva – 08m:45s / 09m:15s
- 13 – Negação – 11m:10s / 12m:00s
- 14 – Agressão Passiva – 12m:09s / 12m:28s
- 15 – Formação Reactiva – 14m:29s / 14m:45s
- 16 – Racionalização – 15m:08s / 15m:16s
- 17 – Desvalorização – 15m:23s / 15m:25s
- 18 – Anulação – 15m:33s / 15m:38s
- 19 – Projeção – 15m:49s / 15m:56s
- 20 – Deslocamento – 16m:04s / 16m:14s
- 21 – Projeção – 16m:15s / 16m:25s
- 22 – Racionalização – 16m:53s / 16m:59s
- 23 – Recalcamento – 17m:23s / 17m:31s

- 24 – Racionalização – 17m:34s / 17m:39s
- 25 – Negação – 18m:45s / 18m:59s
- 26 – Anulação – 19m:53s / 20m:05s
- 27 – Anulação – 20m:18s / 20m:27s
- 28 – Negação – 22m:00s / 23m:37s
- 29 – Negação – 25m:15s / 25m:16s
- 30 – Formação Reactiva – 26m:00s / 26m:09s
- 31 – Projeção – 26m:14s / 26m:19s
- 32 – Desvalorização – 26m:38s / 26m:33s
- 33 – Desvalorização – 27m:35s / 27m:55s
- 34 – Formação Reactiva – 28m:17s / 28m:41s
- 35 – Anulação – 28m:48s / 28m:50s
- 36 – Antecipação – 28m:54s / 29m:19s
- 37 – Recalcamento – 29m:20s / 29m:45s
- 38 – Negação – 29m:50s / 29m:55s
- 39 – Deslocamento – 33m:10s / 33m:15s
- 40 – Formação Reactiva – 33m:16s / 33m:26s
- 41 – Racionalização – 33m:27s / 33m:39s
- 42 – Racionalização – 34m:13s / 34m:25s
- 43 – Negação – 34m:32s / 34m:40s
- 44 – Isolamento dos Afectos – 35m:29s / 36m:08s
- 45 – Deslocamento – 37m:05s / 37m:18s
- 46 – Formação Reactiva – 39m:12s / 39m:15s
- 47 – Formação Reactiva – 40m:16s / 41m:40s
- 48 – Auto-observação – 41m:41s / 42m:50s
- 49 – Formação Reactiva – 43m:07s / 43m:53s
- 50 – Negação – 44m:11s / 44m:17s

- 51 – Negação – 46m:35s / 47m:22s
- 52 – Recalcamento – 47m:29s / 47m:42s
- 53 – Formação Reactiva – 47m:47s / 48m:10s
- 54 – Anulação – 48m:13s / 48m:35s
- 55 – Recalcamento – 48m:40s / 48m:44s
- 56 – Anulação – 48m:55 / 49:09s
- 57 – Formação Reactiva – 49m:13s / 49m:56s
- 58 – Desvalorização – 50m:26s / 50m:53s
- 59 – Recalcamento – 50m:59s / 51m:33s
- 60 – Desvalorização – 51m:35s / 52m:03s
- 61 – Recalcamento – 53m:38s / 55m:12s
- 62 – Formação Reactiva – 55m:27s / 55m:55s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- **1**

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- **1**

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 2

Anulação- 9

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 8

Dissociação- 1

(b) Formação reativa- 13

Deslocamento- 3

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 5

Idealização- 0

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 9

Projecção- 3

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 1

TOTAL = 62

Paciente 1 (Início) - Pasta D - Ficheiro - 12MAFC

- 1 – Desvalorização – 02m:05s / 02m:35s
- 2 – Deslocamento – 02m:51s / 03m:04s
- 3 – Formação Reactiva – 03m:49s / 03m:55s
- 4 – Recalcamento – 03m:56s / 04m:33s
- 5 – Formação Reactiva – 04m:50s / 04m:55s
- 6 – Negação – 04m:56s / 05m:00s
- 7 – Anulação – 05m:09s / 05m:14s
- 8 – Racionalização – 05m:18s / 05m:30s
- 9 – Clivagem – 05m:31s / 05m:35s
- 10 – Idealização – 05m:36s / 05m:55s
- 11 – Recalcamento – 05m:56s / 06m:45s
- 12 – Racionalização – 06m:46s / 06m:59s
- 13 – Clivagem – 07m:20s / 07m:40s
- 14 – Clivagem – 08m:20s / 08m:29s
- 15 – Formação Reactiva – 08m:30s / 08m:40s
- 16 – Isolamento dos Afectos – 08m:50s / 09m:34s
- 17 – Recalcamento – 09m:37s / 09m:47s
- 18 – Formação Reactiva – 10m:00s / 10m:15s
- 19 – Agressão Passiva – 11m:10s / 11m:22s
- 20 – Formação Reactiva – 11m:28s / 11m:32s
- 21 – Isolamento dos Afectos – 11m:50s / 12m:30s
- 22 – Desvalorização – 12m:40s / 13m:00s
- 23 – Auto-observação – 13m:05s / 13m:32s
- 24 – Anulação – 13m:33s / 13m:45s
- 25 – Formação Reactiva – 14m:50s / 15m:05s

- 26 – Desvalorização – 15m:26s / 15m:30s
- 27 – Negação – 15m:33s / 15m:36s
- 28 – Racionalização – 15m:37s / 15m:59s
- 29 – Negação – 17m:06s / 17m:17s
- 30 – Isolamento dos Afectos – 17m:19s / 18m:40s
- 31 – Projecção – 19m:00s / 19m:10s
- 32 – Anulação – 19m:44s / 20m:00s
- 33 – Desvalorização – 21m:20s / 21m:21s
- 34 – Isolamento dos Afectos – 21m:22s / 25m:22s
- 35 – Desvalorização – 26m:27s / 26m:30s
- 36 – Projecção – 26m:53s / 27m:00s
- 37 – Desvalorização – 27m:10s / 27m:15s
- 38 – Projecção – 27m:17s / 27m:27s
- 39 – Formação Reactiva – 27m:26s / 27m:33s
- 40 – Projecção – 27m:46s / 27m:59s
- 41 – Racionalização – 28m:00s / 28m:15s
- 42 – Formação Reactiva – 28m:16s / 28m:20s
- 43 – Projecção – 28m:23s / 28m:25s
- 44 – Desvalorização – 28m:30s / 28m:36s
- 45 – Projecção – 28m:37s / 28m:40s
- 46 – Formação Reactiva – 28m:41s / 28m:44s
- 47 – Desvalorização – 29m:12s / 29m:23s
- 48 – Negação – 30m:50s / 31m:00s
- 49 – Desvalorização – 31m:01s / 31m:11s
- 50 – Anulação – 36m:28s / 36m:33s
- 51 – Formação Reactiva – 36m:34s / 36m:46s
- 52 – Projecção – 36m:48s / 37m:00s

- 53 – Desvalorização – 37m:13s / 37m:29s
- 54 – Idealização – 37m:33s / 37m:44s
- 55 – Formação Reactiva – 37m:47s / 37m:51s
- 56 – Anulação – 37m:52 / 37m:56s
- 57 – Formação Reactiva – 37m:58s / 38m:00s
- 58 – Desvalorização – 38m21s / 38m:30s
- 59 – Anulação – 38m:50s / 38m:59s
- 60 – Projecção – 39m:00s / 39m:23s
- 61 – Desvalorização – 39m:33s / 39m:40s
- 62 – Racionalização – 40m:15s / 40m:50s
- 63 – Projecção – 40m:52s / 41m:00s
- 64 – Desvalorização – 42m:04s / 42m:07s
- 65 – Racionalização – 42m:10s / 42m:14s
- 66 – Acting Out – 42m:42s / 43m:00s
- 67 – Anulação – 43m:10s / 43m:17s
- 68 – Formação Reactiva – 43m:18s / 43m:25s
- 69 – Deslocamento – 44m:08s / 45m:55s
- 70 – Desvalorização – 46m:13s / 46m:15s
- 71– Deslocamento – 46m:45s / 47m:25s
- 72– Negação – 47m:35s / 47m:38s
- 73 – Desvalorização – 48m:45s / 49m:00s
- 74 – Anulação – 49m:11s / 49m:22s
- 75 – Recalcamento – 49m:23s / 49m:50s
- 76 – Projecção – 50m:10s / 50m:23s
- 77 – Recalcamento – 50m:24s / 51m:08s
- 78 – Projecção – 51m:10s / 51m:18s
- 79 – Racionalização – 52m:40s / 53m:04s

- 80 – Deslocamento – 53m:09s / 54m:00s
- 81 – Projecção – 54m:02s / 54m:18s
- 82 – Racionalização – 54m:19s / 54m:30s
- 83 – Racionalização – 54m:52s / 55m:00s
- 84– Deslocamento – 55m:01s / 55m:29s
- 85– Formação Reactiva – 55m:59s / 56m:09s
- 86– Formação Reactiva – 56m:54s / 57m10s
- 87– Formação Reactiva – 57m:46s / 58m:00s
- 88– Recalcamento – 58m:01s / 58m:15s
- 89– Formação Reactiva – 58m:20s / 59m:19s
- 90– Formação Reactiva – 01h 01m:00s / 01h 01m:15s
- 91– Desvalorização – 01h 01m:29s / 01h 02m:02s
- 92 – Idealização – 01h 02m:10s / 01h 02m:15s
- 93 – Formação Reactiva – 01h 02m:36s / 01h 02m:44s
- 94 – Projecção – 01h 02m:51s / 01h 03m:03s
- 95 – Desvalorização – 01h 03m:30s / 01h 03m:15s
- 96 – Formação Reactiva – 01h 03m:16s / 01h03m:23s
- 97 – Anulação – 01h 03m:25s / 01h03m:31s
- 98 – Formação Reactiva – 01h 05m:14s / 01h05m:35s
- 99 – Racionalização – 01h06m:11s / 01h06m:14s
- 100– Formação Reactiva – 01h08m:27s / 01h08m:37s
- 101– Idealização – 01h08m:38s / 01h08m:54s
- 102– Formação Reactiva – 01h08m:55s / 01h09m:41s
- 103– Clivagem – 01h11m:08s / 01h11m:26s
- 104– Negação – 01h13m:35s / 01h13m:40s
- 105– Isolamento dos Afectos – 01h14m:05s /01h 14m:19s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 5

Anulação- 9

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 6

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 23

Deslocamento- 5

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 17

Idealização- 4

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 6

Projectão- 13

Racionalização- 10

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 4

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 1

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 1

TOTAL = 105

Paciente 1 (Inicio) - Pasta D - Ficheiro - 20MAFC

- 1 – Anulação – 00m:08s / 00m:14s
- 2 – Agressão Passiva – 00m:15s / 00m:41s
- 3 – Isolamento dos Afectos – 00m:42s / 01m:26s
- 4 – Deslocamento – 02m:14s / 03m:15s
- 5 – Racionalização – 03m:45s / 04m:22s
- 6 – Anulação – 04m:28s / 04m:40s
- 7 – Formação Reactiva – 04m:40s / 04m:55s
- 8 – Anulação – 04m:59s / 05m:05s
- 9 – Agressão Passiva – 05m:05s / 05m:40s
- 10 – Anulação – 05m:40s / 05m:47s
- 11 – Deslocamento – 06m:05s / 06m:57s
- 12 – Desvalorização – 07m:17s / 07m:37s
- 13 – Supressão – 05m:58s / 09m:07s
- 14 – Projecção – 09m:34s / 09m:47s
- 15 – Negação – 09m:55s / 10m:00s
- 16 – Deslocamento – 10m:00s / 10m:20s
- 17 – Recalcamento – 10m:20s / 11m:25s
- 18 – Projecção – 11m:45s / 11m:50s
- 19 – Desvalorização – 11m:50s / 11m:57s
- 20 – Projecção – 12m:04s / 12m:40s
- 21 – Agressão Passiva – 13m:04s / 13m:43s
- 22 – Negação – 13m:51s / 14m:07s
- 23 – Negação – 14m:15s / 14m:19s
- 24 – Projecção – 14m:20s / 14m:32s
- 25 – Formação Reactiva – 15m:09s / 14m:23s

- 26 – Anulação – 15m:24s / 15m:29s
- 27 – Isolamento dos Afectos – 15m:30s / 15m:53s
- 28 – Formação Reactiva – 16m:19s / 16m:27s
- 29 – Formação Reactiva – 17m:25s / 17m:34s
- 30 – Racionalização – 18m:27s / 18m:59s
- 31 – Racionalização – 20m:00s / 21m:11s
- 32 – Projecção – 21m:50s / 23m:20s
- 33 – Anulação – 23m:30s / 23m:50s
- 34 – Formação Reactiva – 24m:14s / 24m:25s
- 35 – Deslocamento – 25m:00s / 25m:16s
- 36 – Idealização – 27m:23s / 28m:20s
- 37 – Recalcamento – 29m:00s / 31m:00s
- 38 – Deslocamento – 29m:00s / 31m:00s
- 39 – Desvalorização – 31m:52s / 32m:20s
- 40 – Formação Reactiva – 32m:20s / 32m:26s
- 41 – Racionalização – 32m:42s / 33m:10s
- 42 – Anulação – 33m:26s / 33m:42s
- 43 – Idealização – 33m:50s / 34m:15s
- 44 – Deslocamento – 34m:53s / 35m:12s
- 45 – Recalcamento – 35m:22s / 35m:27s
- 46 – Isolamento dos Afectos – 36m:02s / 37m:30s
- 47 – Projecção – 41m:45s / 42m:05s
- 48 – Formação Reactiva – 43m:22s / 43m:30s
- 49 – Desvalorização – 44m:05s / 44m:26s
- 50 – Deslocamento – 44m:40s / 44m:47s
- 51 – Clivagem – 44m:50s / 45m:40s
- 52 – Racionalização – 45m:49s / 46m:35s

- 53 – Isolamento dos Afectos – 46m:36s / 46m:55s
- 54 – Projecção – 47m:05s / 47m:15s
- 55 – Deslocamento – 47m:15s / 47m:40s
- 56 – Isolamento dos Afectos – 47m:52s / 49m:47s
- 57 – Idealização – 49m:48s / 50m:45s
- 58 – Racionalização – 51m:20s / 51m:30s
- 59 – Desvalorização – 51m:30s / 52m:20s
- 60 – Idealização – 52m:29s / 52m:45s
- 61 – Projecção – 53m:53s / 54m:06s
- 62 – Clivagem – 54m:06s / 54m:18s
- 63 – Projecção – 54m:19s / 54m:42s
- 64 – Formação Reactiva – 56m:15s / 56m:26s
- 65 – Projecção – 56m:26s / 57m:08s
- 66 – Deslocamento – 57m:08s / 57m:40s
- 67 – Idealização – 57m:57s / 59m:35s
- 68 – Formação Reactiva – 59m:40s / 59m:45s
- 69 – Deslocamento – 59m:45s / 01h:00m:10s
- 70 – Racionalização – 01h:02m:10s / 01h:03m:15s
- 71 – Formação Reactiva – 01h:03m:30s / 01h:03m:45s
- 72 – Recalcamento – 01h:03m:45s / 01h:03m:55s
- 73 – Anulação – 01h:03m:56s / 01h:04m:04s
- 74 – Racionalização – 01h:04m:04s / 01h:04m:37s
- 75 – Recalcamento – 01h:04m:37s / 01h:04m:48s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 1

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 5

Anulação- 8

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 5

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 10

Deslocamento- 10

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 5

Idealização- 5

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 3

Projecção- 10

Racionalização- 8

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 3

TOTAL = 75

Paciente 1 (Início) - Pasta D - Ficheiro - 08MAFC

- 1 – Isolamento dos Afectos – 01m:13s / 01m:40s
- 2 – Projecção – 01m:45s / 02m:05s
- 3 – Negação – 02m:06s / 02m:15s
- 4 – Formação Reactiva – 02m:16s / 02m:40s
- 5 – Racionalização – 05m:03s / 05m:30s
- 6 – Anulação – 06m:48s / 07m:04s
- 7 – Desvalorização – 07m:05s / 07m:20s
- 8 – Projecção – 07m:25s / 08m:10s
- 9 – Formação Reactiva – 08m:10s / 08m:26s
- 10 – Projecção – 08m:28s / 08m:55s
- 11 – Altruísmo – 08m:55s / 09m:29s
- 12 – Formação Reactiva – 10m:45s / 11m:12s
- 13 – Projecção – 11m:44s / 11m:47s
- 14 – Recalcamento – 12m:36s / 12m:40s
- 15 – Racionalização – 12m:56s / 14m:04s
- 16 – Isolamento dos Afectos – 15m:28s / 15m:40s
- 17 – Clivagem – 16m:02s / 16m:12s
- 18 – Projecção – 17m:30s / 17m:38s
- 19 – Idealização – 17m:39s / 18m:18s
- 20 – Deslocamento – 18m:45s / 19m:24s
- 21 – Negação – 19m:25s / 19m:31s
- 22 – Idealização – 19m:32s / 20m:47s
- 23 – Anulação – 20m:48s / 20m:58s
- 24 – Projecção – 21m:00s / 21m:28s
- 25 – Negação – 21m:33s / 21m:51s

- 26 – Anulação – 22m:13s / 22m:19s
- 27 – Negação – 22m:50s / 22m:56s
- 28 – Desvalorização – 23m:06s / 23m:17s
- 29 – Anulação – 23m:22s / 23m:34s
- 30 – Deslocamento – 23m:34s / 24m:03s
- 31 – Negação – 24m:05s / 24m:19s
- 32 – Projecção – 24m:37s / 24m:50s
- 33 – Formação Reactiva – 25m:49s / 26m:20
- 34 – Negação – 26m:25s / 27m:28s
- 35 – Racionalização – 27m:14s / 27m:30s
- 36 – Anulação – 27m:30s / 27m:50s
- 37 – Projecção – 28m:43s / 28m:55s
- 38 – Negação – 28m:56s / 29m:21s
- 39 – Deslocamento 29m:30s / 30m:15s
- 40 – Antecipação – 30m:30s / 30m:41s
- 41 – Deslocamento – 31m:20s / 31m:46s
- 42 – Formação Reactiva – 31m:48s / 31m:58s
- 43 – Isolamento dos Afectos – 32m:45s / 33m:15s
- 44 – Desvalorização – 34m:18s / 34m:21s
- 45 – Deslocamento – 36m:04s / 36m:44s
- 46 – Clivagem – 37m:24s / 37m:32s
- 47 – Desvalorização – 37m:35s / 38m:45s
- 48 – Anulação – 39m:00s / 39m:28s
- 49 – Projecção – 39m:35s / 39m:45s
- 50 – Clivagem – 39m:45s / 40m:34s
- 51 – Formação Reactiva – 43m:06s / 43m:11s
- 52 – Projecção – 43m:11s / 43m:16s

- 53 – Formação Reactiva – 44m:44s / 45m:00s
- 54 – Projecção – 45m:42s / 45m:54s
- 55 – Isolamento dos Afectos – 48m:22s / 48m:44s
- 56 – Negação – 50m:02s / 50m:06s
- 57 – Negação – 52m:35s / 52m:45s
- 58 – Projecção – 52m:52s / 52m:59s
- 59 – Humor – 53m:00s / 53m:13s
- 60 – Projecção – 53m:13s / 53m:35s
- 61 – Desvalorização – 53m:35s / 54m:48s
- 62 – Idealização – 54m:50s / 55m:50s
- 63 – Anulação – 55m:54s / 56m:00
- 64 – Projecção – 56m:35s / 56m:56s
- 65 – Formação Reactiva – 56m:56s / 57m:01s
- 66 – Recalcamento – 58m:58s / 59m:14s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 1

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 4

Anulação- 7

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 2

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 8

Deslocamento- 5

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 5

Idealização- 3

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- **9**

Projecção- **14**

Racionalização- **3**

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- **3**

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 0

TOTAL = 66

Paciente 1 (6 meses) - Pasta C - Ficheiro - 01MAFC

- 1 – Anulação – 00m:00s / 00m:17s
- 2 – Dissociação – 00m:18s / 00m:59s
- 3 – Negação – 01m:00s / 01m:05s
- 4 – Recalcamento – 03m:10s / 03m:20s
- 5 – Deslocamento – 03m:22s / 03m:29s
- 6 – Recalcamento – 03m:40s / 04m:30s
- 7 – Isolamento dos Afectos – 04m:40s / 05m:00s
- 8 – Desvalorização – 06m:02s / 06m:26s
- 9 – Recalcamento – 07m:00s / 07m:45s
- 10 – Racionalização – 07m:55s / 08m:17s
- 11 – Negação – 08m:45s / 08m:54s
- 12 – Racionalização – 09m:15s / 09m:40s
- 13 – Deslocamento – 13m:25s / 14m:10s
- 14 – Recalcamento – 14m:32s / 15m:04s
- 15 – Formação Reactiva – 16m:17s / 16m:18s
- 16 – Negação – 16m:20s / 16m:29s
- 17 – Formação Reactiva – 17m:17s / 17m:25s
- 18 – Formação Reactiva – 20m:16s / 20m:22s
- 19 – Negação – 21m:06s / 21m:15s
- 20 – Negação – 22m:18s / 22m:36s
- 21 – Anulação – 22m:36s / 22m:50s
- 22 – Racionalização – 23m:00s / 23m:23s
- 23 – Formação Reactiva – 23m:27s / 23m:39s
- 24 – Formação Reactiva – 23m:40s / 24m:52s
- 25 – Racionalização – 23m:53s / 23m:58s

- 26 – Formação Reactiva – 25m:10s / 25m:27s
- 27 – Negação – 25m:28s / 25m:44s
- 28 – Negação – 25m:54s / 26m:07s
- 29 – Intellectualização – 26m:09s / 26m:14s
- 30 – Clivagem – 26m:15s / 26m:30s
- 31 – Omnipotência – 26m:43s / 27m:09s
- 32 – Isolamento dos Afectos – 27m:13s / 27m:59s
- 33 – Recalcamento – 28m:10s / 28m:40s
- 34 – Deslocamento – 28m:56s / 31m:15s
- 35 – Deslocamento – 33m:03s / 33m:05s
- 36 – Desvalorização – 33m:10s / 33m:26s
- 37 – Formação Reactiva – 33m:30s / 33m:50s
- 38 – Recalcamento – 33m:53s / 33m:55s
- 39 – Formação Reactiva – 34m:21s / 34m:40s
- 40 – Recalcamento – 34m:52s / 35m:20s
- 41 – Recalcamento – 35m:56s / 36m:07s
- 42 – Projeção – 38m:04s / 38m:10s
- 43 – Recalcamento – 39m:15s / 39m:28s
- 44 – Isolamento dos Afectos – 39m:37s / 40m:50s
- 45 – Recalcamento – 41m:20s / 41m:35s
- 46 – Anulação – 42m:32s / 42m:59s
- 47 – Negação – 46m:25s / 46m:35s
- 48 – Desvalorização – 46m:42s / 46m:45s
- 49 – Hipocondria (Pedido de ajuda- Rejeição- Nova queixa) – 46m:46s / 47m:00s
- 50 – Acting Out – 47m: 02s / 47m: 12s
- 51 – Racionalização – 47m:16s / 48m:09s
- 52 – Anulação – 48m:30s / 48m:46s

- 53 – Auto-observação – 48m:47s / 49m:21s
- 54 – Desvalorização – 50m:00s / 51m:20s
- 55 – Hipocondria (Pedido de ajuda- Rejeição- Nova queixa) – 52m:10s / 53m:11s
- 56 – Deslocamento – 53m:14 / 54:10s
- 57 – Acting Out – 54m:28s / 54m:45s
- 58 – Isolamento dos Afectos – 54m50s / 56m:05s
- 59 – Hipocondria (Pedido de ajuda- Rejeição- Nova queixa) – 56m:44s / 56m:59s
- 60 – Racionalização – 57m:04s / 57m:19s
- 61 – Hipocondria (Pedido de ajuda- Rejeição- Nova queixa) – 57m:20s / 58m:24s
- 62 – Formação Reactiva – 58m:44s / 58m:50s
- 63 – Recalcamento – 59m:04s / 59m:10s
- 64 – Negação – 59m:15s / 59m:28s
- 65 – Formação Reactiva –01h:00m:02s / 01h:00m:20s
- 66 – Racionalização –01h:01m:03s / 01h:01m:50s
- 67 – Negação –01h:02m:50s / 01h:03m:00s
- 68 – Isolamento dos Afectos –01h:03m:18s / 01h:04m:19s
- 69 – Negação – 01h:05m:22s / 01h:05m:35s
- 70 – Racionalização –01h:07m:30s / 01h:08m:10s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 1

Isolamento dos afectos- 5

Anulação- 4

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 11

Dissociação- 1

(b) Formação reactiva- 10

Deslocamento- 5

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 4

Idealização- 0

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 11

Projecção- 1

Racionalização- 8

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 2

Hipocondria- 4

Agressão passiva- 0

TOTAL = 70

Paciente 1 (6 meses) - Pasta C - Ficheiro - 06MAFC

- 1 – Racionalização – 00m:05s / 01m:03s
- 2 – Desvalorização – 01m:34s / 01m:44s
- 3 – Agressão Passiva – 01m:50s / 02m:40s
- 4 – Desvalorização – 02m:54s / 02m:55s
- 5 – Agressão Passiva – 02m:55s / 05m:18s
- 6 – Desvalorização – 05m:56s / 06m:02s
- 7 – Deslocamento – 06m:03s / 06m:17s
- 8 – Altruísmo – 06m:17s / 06m:30s
- 9 – Antecipação – 06m:37s / 07m:18s
- 10 – Projecção – 08m:02s / 08m:30s
- 11 – Onnipotência – 08m:35s / 08m:50s
- 12 – Desvalorização – 12m:06s / 12m:18s
- 13 – Desvalorização – 12m:35s / 13m:00s
- 14 – Desvalorização – 13m:52s / 14m:00s
- 15 – Projecção – 15m:44s / 15m:56s
- 16 – Anulação – 15m:57s / 16m:06s
- 17 – Recalcamento – 16m:36s / 16m:40s
- 18 – Projecção – 18m:48s / 19m:27s
- 19 – Anulação – 19m:30s / 19m:42s
- 20 – Formação Reactiva – 20m:15s / 20m:30s
- 21 – Racionalização – 20m:31s / 21m:00s
- 22 – Onnipotência – 21m:04s / 21m:10s
- 23 – Desvalorização – 21m:15s / 21m:30s
- 24 – Idealização – 23m:25s / 23m:50s
- 25 – Onnipotência – 26m:26s / 28m:12s

- 26 – Desvalorização – 28m:12s / 28m:17s
- 27 – Agressão Passiva – 28m:28s / 29m:20s
- 28 – Desvalorização – 29m:30s / 29m:50s
- 29 – Agressão Passiva – 29m:50s / 30m:37s
- 30 – Idealização – 30m:39s / 30m:49s
- 31 – Negação – 30m:51s / 30m:53s
- 32 – Formação Reactiva – 30m:54s / 31m:00s
- 33 – Racionalização 31m:00s / 31m:22s
- 34 – Projecção – 32m:55s / 33m:05s
- 35 – Anulação – 34m:24s / 34m:30s
- 36 – Formação Reactiva – 34m:34s / 34m:54s
- 37 – Projecção – 34m:58s / 35m:00s
- 38 – Isolamento dos Afectos – 35m:00s / 37m:25s
- 39 – Desvalorização – 37m:55s / 38m:35s
- 40 – Anulação – 38m:35s / 38m:39s
- 41 – Desvalorização – 38m:39s / 38m:50s
- 42 – Anulação – 38m:50s / 39m:11s
- 43 – Humor – 39m:22s / 40m:44s
- 44 – Desvalorização – 40m:50s / 40m:57s
- 45 – Idealização – 41m:30s / 42m:30s
- 46 – Intelectualização – 43m:25s / 43m:30s
- 47 – Desvalorização – 45m:14s / 45m:35s
- 48 – Projecção – 47m:17s / 47m:30s
- 49 – Formação Reactiva – 48m:04s / 48m:19s
- 50 – Desvalorização – 48m:20s / 48m:27s
- 51 – Racionalização – 48m:27s / 48m:50s
- 52 – Deslocamento – 50m:13s / 50m:20s

- 53 – Isolamento dos Afectos – 51m:11s / 52m:06s
- 54 – Projecção – 52m:30s / 52m:45s
- 55 – Projecção – 52m:45s / 52m:55s
- 56 – Racionalização – 52m:56s / 53m:20s
- 57 – Deslocamento – 53m:22s / 53m:29s
- 58 – Formação Reactiva – 54m:17s / 54m:34s
- 59 – Anulação – 54m:35s / 54m:50s
- 60 – Projecção – 55m:14s / 56m:14s
- 61 – Racionalização – 56m:48s / 57m:05s
- 62 – Projecção – 58m:33s / 58m:48s
- 63 – Formação Reactiva – 58m:48s / 58m:58s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 1

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 1

Isolamento dos afectos- 2

Anulação- 6

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 1

Dissociação- 0

(b) Formação reactiva- 6

Deslocamento- 3

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 14

Idealização- 3

Omnipotência- 3

3. Nível de evitamento-

Negação- 1

Projectão- 10

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 4

TOTAL = 63

Paciente 1 (6 meses) - Pasta C - Ficheiro - 15MAFC

- 1 – Desvalorização – 00m:02s / 00m:38s
- 2 – Formação Reactiva – 01m:08s / 01m:10s
- 3 – Racionalização – 01m:19s / 01m:30s
- 4 – Desvalorização – 01m:32s / 01m:44s
- 5 – Racionalização – 01m:45s / 02m:02s
- 6 – Isolamento dos Afectos – 03m:17s / 03m:32s
- 7 – Deslocamento – 03m:35s / 05m:35s
- 8 – Formação Reactiva – 07m:20s / 07m:26s
- 9 – Projeção – 09m:02s / 09m:08s
- 10 – Formação Reactiva – 09m:30s / 09m:39s
- 11 – Isolamento dos Afectos – 09m:42s / 10m:00s
- 12 – Agressão Passiva – 10m:03s / 10m:49s
- 13 – Projeção – 11m:00s / 11m:25s
- 14 – Formação Reactiva – 12m:00s / 12m:12s
- 15 – Desvalorização – 12m:16s / 12m:25s
- 16 – Desvalorização – 13m:48s / 13m:59s
- 17 – Projeção – 14m:00s / 14m:20s
- 18 – Afiliação – 15m:00s / 15m:23s
- 19 – Anulação – 15m:00s / 15m:23s
- 20 – Deslocamento – 17m:00s / 17m:09s
- 21 – Anulação – 17m:10s / 17m:20s
- 22 – Desvalorização – 17m:30s / 19m:00s
- 23 – Clivagem – 19m:20s / 19m:28s
- 24 – Desvalorização – 19m:29s / 19m:32s
- 25 – Anulação – 19m:36s / 19m:38s

- 26 – Anulação – 20m:00s / 20m:14s
- 27 – Hipocondria (Pedido de ajuda- Rejeição- Nova queixa) – 20m:59s / 21m:59s
- 28 – Anulação – 22m:00s / 22m:09s
- 29 – Recalcamento – 22m:10s / 22m:30s
- 30 – Formação Reactiva – 23m:17s / 23m:37s
- 31 – Projeção – 23m:43s / 23m:58s
- 32 – Anulação – 24m:17s / 24m:22s
- 33 – Afiliação – 24m:24s / 24m:30s
- 34 – Negação – 24m:31s / 24m:46s
- 35 – Projeção – 25m:00s / 25m:16s
- 36 – Formação Reactiva – 25m:18s / 25m:26s
- 37 – Projeção – 25m:27s / 25m:34s
- 38 – Anulação – 26m:12s / 26m:15s
- 39 – Projeção – 28m:23s / 28m:50s
- 40 – Hipocondria (Pedido de ajuda- Rejeição- Nova queixa) – 29m:35s / 33m:47s
- 41 – Desvalorização – 32m:52s / 33m:12s
- 42 – Formação Reactiva – 34m:19s / 35m:10s
- 43 – Desvalorização – 35m:15s / 35m:29s
- 44 – Negação – 35m:32s / 36m:05s
- 45 – Formação Reactiva – 36m:06s / 36m:20s
- 46 – Projeção – 36m:34s / 36m:57s
- 47 – Idealização – 38m:20s / 38m:50s
- 48 – Anulação – 39m:36s / 39m:46s
- 49 – Racionalização – 39m:50s / 40m:02s
- 50 – Desvalorização – 40m:07s / 40m:12s
- 51 – Recalcamento – 40m:20s / 40m:40s
- 52 – Formação Reactiva – 40m:50s / 40m:52s

- 53 – Anulação – 40m:53s / 40m:57s
- 54 – Formação Reactiva – 40m:58s / 41m:32s
- 55 – Anulação – 41m:33s / 41m:50s
- 56 – Racionalização – 41m:52 / 42m:10s
- 57 – Formação Reactiva – 42m:15s / 42m:53s
- 58 – Negação – 43m16s / 43m:29s
- 59 – Anulação – 44m:28s / 44m:39s
- 60 – Formação Reactiva – 45m:00s / 45m:55s
- 61 – Anulação – 46m:00s / 46m:09s
- 62 – Formação Reactiva – 46m:12s / 46m:18s
- 63 – Formação Reactiva – 46m:50s / 47m:10s
- 64 – Anulação – 47m:11s / 47m:30s
- 65 – Negação – 47m:33s / 48m:10s
- 66 – Anulação – 48m:20s / 48m:30s
- 67 – Clivagem – 48m:31s / 048m:38s
- 68 – Negação – 48m:47s / 48m:56s
- 69 – Racionalização – 49m:03s / 49m:47s
- 70 – Projeção – 50m:46s / 50m:59s
- 71– Desvalorização – 51m:26s / 51m:32s
- 72– Deslocamento – 51m:35s / 51m:55s
- 73 – Anulação – 52m:00s / 52m:03s
- 74 – Omnipotência – 52m:20s / 52m:24s
- 75 – Desvalorização – 52m:26s / 52m:30s
- 76 – Agressão Passiva – 53m:53s / 54m:00s
- 77 – Deslocamento – 56m:03s / 56m:15s
- 78 – Desvalorização – 58m:00s / 58m:30s
- 79 – Deslocamento – 58m:40s / 01h: 00m:33s

80 – Desvalorização – 01h: 00m:35s / 01h:00m:42s

81 – Anulação – 01h:00m:43s / 01h:00m:59s

82 – Desvalorização – 01h:02m:24s / 01h:03m:24s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- **2**

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- **2**

Anulação- **16**

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- **2**

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- **14**

Deslocamento- **5**

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 14

Idealização- 1

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 5

Projecção- 9

Racionalização- 5

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 2

Agressão passiva- 2

TOTAL = 82

Paciente 1 (6 meses) - Pasta C - Ficheiro - 18MAFC

- 1 – Anulação – 01m:19s / 01m:28s
- 2 – Formação Reactiva – 02m:47s / 03m:20s
- 3 – Anulação – 03m:20s / 03m:28s
- 4 – Deslocamento – 03m:38s / 03m:45s
- 5 – Negação – 03m:48s / 03m:55s
- 6 – Racionalização – 03m:58s / 04m:25s
- 7 – Desvalorização – 05m:25s / 05m:30s
- 8 – Formação Reactiva – 07m:10s / 07m:15s
- 9 – Racionalização – 07m:15s / 07m:55s
- 10 – Projecção – 08m:05s / 08m:21s
- 11 – Deslocamento – 08m:22s / 08m:40s
- 12 – Deslocamento – 09m:00s / 11m:40s
- 13 – Recalcamento – 13m:35s / 13m:45s
- 14 – Formação Reactiva – 14m:00s / 14m:30s
- 15 – Negação- 14m:35s / 14m:38s
- 16 – Desvalorização (self) – 16m:00s / 16m:12s
- 17 – Projecção – 16m:22s / 16m:28s
- 18 – Deslocamento – 17m:09s / 17m:21s
- 19 – Hipocondria – 17m:21s / 19m:58s
- 20 – Desvalorização – 20m:00s / 20m:05s
- 21 – Deslocamento – 20m:05s / 21m:14s
- 22 – Antecipação – 21m:25s / 21m:40s
- 23 – Projecção – 21m:55s / 22m:10s
- 24 – Desvalorização – 22m:25s / 22m:30s
- 25 – Formação Reactiva – 22m:55s / 23m:06s

- 26 – Negação – 23m:20s / 23m:25s
- 27 – Anulação – 23m:27s / 23m:34s
- 28 – Desvalorização – 23m:38s / 23m:59s
- 29 – Projecção – 24m:00s / 24m:18s
- 30 – Formação Reactiva – 24m:30s / 25m:00s
- 31 – Racionalização – 25m:00s / 26m:10s
- 32 – Deslocamento – 26m:10s / 26m:32s
- 33 – Projecção – 26m:33s / 26m:50s
- 34 – Recalcamento – 28m:14s / 28m:25s
- 35 – Idealização – 29m:45s / 30m:10s
- 36 – Humor – 30m:18s / 30m:50s
- 37 – Negação – 31m:24s / 31m:30s
- 38 – Isolamento dos Afectos – 32m:45s / 33m:01s
- 39 – Identificação Projectiva – 33m:02s / 33m:14s
- 40 – Projecção – 33m:45s / 33m:56s
- 41 – Formação Reactiva – 34m:42s / 35m:14s
- 42 – Deslocamento – 38m:00s / 38m:33s
- 43 – Racionalização – 38m:37s / 38m:55s
- 44 – Projecção – 39m:56s / 40m:24s
- 45 – Recalcamento – 41m:55s / 42m:03s
- 46 – Recalcamento – 44m:05s / 44m:33s
- 47 – Deslocamento – 45m:00s / 46m:20s
- 48 – Projecção – 46m:21s / 46m:57s
- 49 – Agressão Passiva – 47m:08s / 47m:25s
- 50 – Negação – 48m:20s / 48m:24s
- 51 – Recalcamento – 48m:25s / 48m:37s
- 52 – Desvalorização – 49m:25s / 49m:50s

- 53 – Deslocamento – 50m:00s / 50m:26s
- 54 – Racionalização 50m:27s / 50m:51s
- 55 – Desvalorização – 51m:19s / 55m:10s
- 56 – Recalcamento – 55m:18 / 55:49s
- 57 – Idealização – 55m:55s / 56m:05s
- 58 – Negação – 56m07s / 56m:10s
- 59 – Formação Reactiva – 56m:43s / 57m:30s
- 60 – Clivagem – 58m:20s / 58m:45s
- 61 – Anulação – 58m:46s / 59m:04s
- 62 – Clivagem – 59m:05s / 59m:45s
- 63 – Omnipotência – 59m:53s / 01h:00m:00s
- 64 – Desvalorização - 01h:00m:00s / 01h:00m:06s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 1

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 1

Anulação- 4

5. Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 6

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 7

Deslocamento- 9

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 8

Idealização- 2

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 6

Projecção- 8

Racionalização- 5

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 1

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 1

Agressão passiva- 1

TOTAL = 64

Paciente 1 (12 meses) - Pasta A - Ficheiro - 02MAFC

- 1 – Agressão Passiva – 01m:55s / 02m:44s
- 2 – Formação Reactiva – 02m:43s / 02m:57s
- 3 – Recalcamento – 03m:30s / 04m:11s
- 4 – Racionalização – 04m:27s / 04m:50s
- 5 – Projeção – 04m:49s / 05m:06s
- 6 – Idealização – 05m:12s / 05m:30s
- 7 – Acting Out – 05m:39s / 05m:54s
- 8 – Formação Reactiva – 06m:04s / 06m:42s
- 9 – Agressão Passiva – 07m:07s / 07m:20s
- 10 – Idealização – 07m:33s / 07m:48s
- 11 – Negação – 07m:56s / 08m:39s
- 12 – Projeção – 09m:00s / 09m:20s
- 13 – Recalcamento – 09m:45s / 09m:58s
- 14 – Anulação – 10m:04s / 10m:10s
- 15 – Auto-observação – 10m:58s / 11m:20s
- 16 – Acting Out – 11m:25s / 11m:50s
- 17 – Isolamento dos Afectos – 13m:05s / 13m:41s
- 18 – Racionalização – 13m:23s / 15m:24s
- 19 – Formação Reactiva – 16m:09s / 16m:14s
- 20 – Projeção – 16m:20s / 16m:30s
- 21 – Negação – 16m:40s / 17m:14s
- 22 – Racionalização – 17m:53s / 18m:07s
- 23 – Recalcamento – 18m:09s / 18m:14s
- 24 – Deslocamento – 20m:00s / 20m:19s
- 25 – Recalcamento – 20m:30s / 21m:32s

- 26 – Negação – 21m:51s / 21m:53s
- 27 – Negação – 23m:29s / 23m:36s
- 28 – Formação Reactiva – 23m:47s / 23m:56s
- 29 – Negação – 24m:08s / 24m:17s
- 30 – Racionalização – 24m:20s / 24m:36s
- 31 – Negação – 24m:42s / 25m:15s
- 32 – Clivagem – 25m:18s / 25m:25s
- 33 – Negação – 25m:36s / 25m:42s
- 34 – Racionalização – 25m:27s / 26m:16s
- 35 – Projeção – 26m:17s / 26m:55s
- 36 – Clivagem – 28m:09s / 28m:38s
- 37 – Racionalização – 29m:20s / 29m:38s
- 38 – Clivagem – 30m:02s / 30m:10s
- 39 – Negação – 30m:11s / 30m:23s
- 40 – Desvalorização – 31m:51s / 32m:01s
- 41 – Formação Reactiva – 32m:28s / 32m:34s
- 42 – Negação – 33m:28s / 33m:38s
- 43 – Idealização – 34m:19s / 34m:52s
- 44 – Formação Reactiva – 35m:15s / 35m:49s
- 45 – Desvalorização – 35m:56s / 36m:05s
- 46 – Recalcamento – 36m:25s / 36m:50s
- 47 – Deslocamento – 37m:00s / 37m:59s
- 48 – Negação – 38m:00s / 38m:12s
- 49 – Desvalorização – 38m:53s / 39m:28s
- 50 – Formação Reactiva – 39m:39s / 39m:41s
- 51 – Recalcamento – 39m:59s / 40m:18s
- 52 – Formação Reactiva – 41m:36s / 42m:00s

- 53 – Recalcamento – 43m:14s / 43m:42s
- 54 – Negação – 45m:15s / 45m:20s
- 55 – Recalcamento – 45m:21s / 46m:45s
- 56 – Formação Reactiva – 51m:32 / 51:43s
- 57 – Desvalorização – 51m:44s / 52m:12s
- 58 – Formação Reactiva – 52m16s / 52m:30s
- 59 – Projeção – 52m:36s / 52m:54s
- 60 – Deslocamento – 54m:01s / 54m:05s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

- Afiliação- 0
- Altruísmo- 0
- Antecipação- 0
- Humor- 0
- Assertividade- 0
- Auto-observação- **1**
- Sublimação- 0
- Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

- Intelectualização- 0
- Isolamento dos afectos- **1**
- Anulação- **1**

5.Outras defesas de nível neurótico-

- (a) Recalcamento- **8**
- Dissociação- 0

(b) Formação reactiva- **10**

Deslocamento- **3**

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- **4**

Idealização- **3**

Omnipotência- **0**

3. Nível de evitamento-

Negação- **11**

Projectão- **5**

Racionalização- **6**

Fantasia autística- **0**

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- **3**

Identificação projectiva- **0**

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - **2**

Hipocondria- **0**

Agressão passiva- **2**

TOTAL = 60

Paciente 1 (12 meses) - Pasta A - Ficheiro: 07MAFC

- 1 – Agressão Passiva – 00m:00s / 00m:07s
- 2 – Deslocamento – 00m:16s / 01m:15s
- 3 – Projecção – 01m:20s / 01m:34
- 4 – Humor – 01m:35s / 01m:44s
- 5 – Projecção – 01m:45s / 02m:03s
- 6 – Deslocamento – 02m:16s / 02m:25s
- 7 – Intelectualização – 02m26s / 02m:58s
- 8 – Desvalorização – 03m:16s / 03m:34s
- 9 – Racionalização – 03m:35s / 04m:16s
- 10 – Recalcamento – 04m:17s / 04m:20s
- 11 – Desvalorização – 04m:21s / 04m:30s
- 12 – Racionalização - 04m:30s / 05m:14s
- 13 – Racionalização – 05m:15s / 05m:36s
- 14 – Idealização – 05m:37s / 05m:43s
- 15 – Projecção – 05m:44s / 05m:52s
- 16 – Desvalorização – 05m:53s / 06m:30s
- 17 – Idealização – 06m:30s / 06m:55s
- 18 – Desvalorização – 06m:55s / 07m:25s
- 19 – Desvalorização – 07m:37s / 07m:44s
- 20 – Projecção – 07m: 45s / 07m: 56s
- 21 – Acting-Out – 08m: 55s / 09m: 43s
- 22 – Recalcamento – 10m:50s / 10m:53s
- 23 – Clivagem – 10m:57s / 12m:47s
- 24 – Isolamento dos Afectos – 13m:47s / 14m:37s
- 25 – Desvalorização – 15m:00 / 15m:22s

- 26 – Deslocamento – 16m:04s / 16m:40s
- 27 – Racionalização – 16m:41s / 16m:50s
- 28 – Anulação – 17m:32s / 17m:43s
- 29 – Negação – 18m:04s / 18m:10s
- 30 – Deslocamento – 18m:39s / 18m:44s
- 31 - Recalcamento - 19m:52s / 20m:00
- 32 – Desvalorização – 20m:07s / 20m:10s
- 33 – Deslocamento – 20m:40s / 21m:27s
- 34 – Humor – 21m:30s / 22m:13s
- 35 – Desvalorização – 23m:16s / 24m:50s
- 36 – Desvalorização – 24m:30s / 24m:50s
- 37 – Agressão Passiva – 24m:57s / 25m:30s
- 38 – Recalcamento – 25m:31s / 26m:07s
- 39 – Formação Reactiva – 27m:01s / 27m:59s
- 40 - Projecção – 29m:50s / 30m:10s
- 41 – Racionalização – 30m:14s / 30m:59s
- 42 – Idealização – 31m:00 / 31m:14s
- 43 – Formação Reactiva – 33m:10s / 33m:31s
- 44 – Negação – 33m:34s / 33m:44s
- 45 – Anulação – 35m:10s / 35m:20s
- 46 – Negação – 35m:20s / 36m:05s
- 47 – Agressão Passiva – 36m:36s / 37m:50s
- 48 – Negação – 38m:02s / 38m:20s
- 49 – Deslocamento – 38m:30s / 38m:36s
- 50 – Agressão Passiva – 38m:40s / 38m:47s
- 51 – Racionalização – 39m:13s / 39m:28s
- 52 – Anulação – 41m:35s / 41m:42s

- 53 – Negação – 41m:45s / 41m:50s
- 54 – Agressão Passiva – 41m:50s / 42m:02s
- 55 – Desvalorização - 42m:56s / 46m:18s
- 56 – Projecção – 46m:21s / 46m:46s
- 57 – Deslocamento – 46m:47s / 47m:12s
- 58 – Projecção – 47m:14s / 47m:50s
- 59 – Projecção – 47m:53s / 48m:50s
- 60 – Negação – 50m:44s / 50m:47s
- 61 – Projecção – 53m:05s / 54m:00s
- 62 – Isolamento dos Afectos – 54m:15s / 54m:29s
- 63 – Recalcamento – 55m:20s / 55m:40s
- 64 – Deslocamento 55m:41s / 55m:50s
- 65 – Recalcamento 55m:51s / 57m:20s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- **2**

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- **1**

Isolamento dos afectos- **2**

Anulação- **3**

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- **6**

Dissociação- 0

(b) Formação reactiva- **2**

Deslocamento- **8**

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- **10**

Idealização- **3**

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- **6**

Projecção- 9

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 1

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 5

TOTAL = 65

Paciente 1 (12 meses) - Pasta A- 11MAFC

- 1 – Deslocamento – 00m:03s / 01m:04s
- 2 – Isolamento dos Afectos – 01m:05s / 03m:20s
- 3 – Racionalização – 01m:49s / 02m:02s
- 4 – Projeção – 02m:03s / 02m:13s
- 5 – Deslocamento – 03m:00s / 04m:17s
- 6 – Negação – 04m:22s / 04m:28s
- 7 – Projeção – 05m:08s / 06m:47s
- 8 – Deslocamento – 07m:40s / 08m:05s
- 9 – Racionalização – 08m:06s / 08m:22s
- 10 – Deslocamento – 08m:23s / 08m:43s
- 11 – Recalcamento – 08m:44s / 09m:00s
- 12 – Isolamento dos Afectos – 09m:01s / 10m:10s
- 13 – Intelectualização – 10m:11s / 11m:12s
- 14 – Desvalorização – 11m:37s / 11m:45s
- 15 – Deslocamento- 11m:46s / 11m:50s
- 16 – Deslocamento – 12m:00s / 12m:12s
- 17 – Desvalorização – 12m:20s / 12m:44s
- 18 – Projeção – 12m:45s / 13m:09s
- 19 – Desvalorização – 13m:16s / 13m:20s
- 20 – Projeção – 13m:25s / 14m:00s
- 21 – Desvalorização – 14m:36s / 15m:22s
- 22 – Desvalorização – 15m:40s / 15m:50s
- 23 – Deslocamento – 15m:52s / 16m:23s
- 24 – Anulação – 18m:00s / 18m:06s
- 25 – Desvalorização – 18m:30s / 19m:41s
- 26 – Deslocamento – 22m:00s / 22m:09s

- 27 – Desvalorização – 22m:10s / 23m:43s
- 28 – Negação – 24m:01s / 24m:10s
- 29 – Desvalorização – 24m:30s / 24m:50s
- 30 – Isolamento dos Afectos – 24m:55s / 25m:35s
- 31 – Anulação – 25m:41s / 25m:47s
- 32 – Recalcamento – 26m:14s / 26m:21s
- 33 – Projecção – 27m:00s / 27m:28s
- 34 – Desvalorização – 27m:29s / 27m:40s
- 35 – Desvalorização – 28m:30s / 29m:00s
- 36 – Projecção – 29m:25s / 29m:54s
- 37 – Anulação – 29m:55s / 30m:02s
- 38 – Negação – 30m:03s / 30m:18s
- 39 – Agressão Passiva – 30m:40s / 31m:12s
- 40 – Anulação – 33m:00s / 33m:25s
- 41 – Racionalização – 33m:34s / 33m:56s
- 42 – Desvalorização – 36m:32s / 36m:58s
- 43 – Isolamento dos Afetos – 37m:57s / 38m:38s
- 44 – Desvalorização – 39m:00s / 39m:10s
- 45 – Racionalização – 42m:22s / 42m:43s
- 46 – Desvalorização – 43m:13s / 43m:28s
- 47 – Negação – 44m:30s / 45m:45s
- 48 – Negação – 46m:10s / 46m:20s
- 49 – Idealização – 46m:25s / 46m:46s
- 50 – Anulação – 48m:26s / 48m:31s
- 51 – Recalcamento – 48m:38s / 49m:20s
- 52 – Deslocamento – 50m:30s / 50m:40s
- 53 – Formação Reactiva – 52m:16s / 52m:49s

- 54 – Deslocamento – 54m:19s / 54m:29s
- 55 – Projeção – 56m:58s / 57m:12s
- 56 – Racionalização – 57m:28 / 57:30s
- 57 – Recalcamento – 58m:05s / 58m:30s
- 58 – Formação Reactiva – 58m41s / 58m:57s
- 59 – Recalcamento – 01h00m:26s / 01h00m:40s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

- Afiliação- 0
- Altruísmo- 0
- Antecipação- 0
- Humor- 0
- Assertividade- 0
- Auto-observação- 0
- Sublimação- 0
- Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

- Intellectualização-1
- Isolamento dos afectos- 4
- Anulação- 5

5.Outras defesas de nível neurótico-

- (a) Recalcamento- 5

Dissociação- 0

- (b) Formação reactiva- 2

Deslocamento- 10

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 13

Idealização- 1

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 5

Projecção- 7

Racionalização- 5

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 1

TOTAL = 59

Paciente 1(12 meses) - Pasta A - Ficheiro: 16MAFC

- 1 – Acting Out – 10s / 1m:10s
- 2 – Hipocondria – 1m:15s / 1m:30s
- 3 – Intelectualização – 1m:30s / 2m:50s
- 4 – Racionalização – 3m:41 / 3m:48
- 5 – Humor – 4m:30s / 4m:50s
- 6 – Anulação – 4m:57s / 5m:10s
- 7 – Acting-Out – 5m: 36s / 5m: 50
- 8 – Auto-observação – 7m:58s / 8m:03s
- 9 – Recalcamento – 8m:04s / 8m:55s
- 10 – Recalcamento – 8m:55s / 9m:31s
- 11 – Anulação – 10m:08s / 10m:10s
- 12 – Racionalização – 10m:13s / 10m:32s
- 13 – Sublimação – 10m:51s / 11m:06s
- 14 – Recalcamento – 11m:08s / 11m:14s
- 15 – Deslocamento – 11m:58s / 12m:11s
- 16 – Acting-Out – 12m: 12s / 12m: 33s
- 17 – Formação Reactiva – 12m:34s / 14m:00s
- 18 – Acting-Out – 15m: 03s / 15m: 20s
- 19 – Negação – 16m:04 / 16m:16s
- 20 – Desvalorização – 17m:5s / 17m:13s
- 21 – Humor – 18m:05s / 18m:10s
- 22 – Racionalização – 19m:01s / 22m:35s
- 23 – Negação – 24m:4s / 24m:19s
- 24 – Formação Reactiva – 24m:20s / 24m:33s
- 25 – Omnipotência – 24m:10s / 26m:00s

- 26 – Idealização – 26m:04 / 16m:10s
- 27 – Racionalização – 26m:30s / 26m:55s
- 28 – Anulação – 29m:23s / 30m:14s
- 29 – Racionalização – 30m:41s / 31m:37s
- 30 – Auto-Observação – 33m:08s / 33m:22s
- 31 – Racionalização – 38m:03s / 38m:40s
- 32 – Desvalorização – 38m:41s / 39m:30s
- 33 – Acting-Out – 41m: 58s / 42m: 02s
- 34 – Negação – 42m:03s / 42m:20s
- 35 – Recalcamento – 42m:44s / 43m:08
- 36 – Negação – 43m:20s / 43m:22s
- 37 – Formação Reactiva – 44m:05s / 44m:28s
- 38 – Recalcamento – 44m:55s / 45m:25s
- 39 – Intelectualização – 45m:25s / 45m:50s
- 40 – Desvalorização – 46m:05s / 46m:16s
- 41 – Recalcamento – 48m:16s / 50m:26s
- 42 – Clivagem – 51m:30s / 51m:40s
- 43 – Recalcamento – 53m:40s / 54m:06s
- 44 – Desvalorização – 55m:30s / 55m:45s
- 45 – Humor – 55m:58s / 56m:08s
- 46 – Recalcamento – 1h:01m:20s / 1h:02m:00s
- 47 – Desvalorização – 1h:02m:01s / 1h:02m:38s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- **3**

Assertividade- 0

Auto-observação- **2**

Sublimação- **1**

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- **2**

Isolamento dos afectos- 0

Anulação- **3**

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- **8**

Dissociação- 0

(b) Formação reactiva- **3**

Deslocamento- **1**

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- **5**

Idealização- **1**

Omnipotência- **1**

3. Nível de evitamento-

Negação- 4

Projecção- 0

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 5

Hipocondria- 1

Agressão passiva- 0

TOTAL = 47

Paciente 1 (18 meses) - Pasta B - Ficheiro - 04MAFC

- 1 – Acting-Out – 00m: 06s / 00m: 29s
- 2 – Racionalização – 00m:30s / 00m:57s
- 3 – Deslocamento – 01m:08s / 01m:31s
- 4 – Racionalização – 02m:17s / 02m:36s
- 5 – Deslocamento – 03m:48s / 03m:58s
- 6 – Isolamento dos Afectos – 04m:25s / 05m:20s
- 7 – Recalcamento – 05m:50s / 06m:06s
- 8 – Anulação – 09m:03s / 09m:07s
- 9 – Desvalorização – 09m:23s / 09m:33s
- 10 – Agressão Passiva – 10m:47s / 11m:10s
- 11 – Racionalização – 11m:25s / 11m:43s
- 12 – Racionalização – 12m:54s / 13m:17s
- 13 – Anulação – 15m:33s / 15m:39s
- 14 – Racionalização – 16m:02s / 16m:32s
- 15 – Desvalorização – 17m:51s / 18m:30s
- 16 – Isolamento dos Afectos – 20m:28s / 20m:45s
- 17 – Desvalorização – 20m:47s / 21m:06s
- 18 – Isolamento dos Afectos – 21m:07s / 21m:42s
- 19 – Anulação – 21m:59s / 22m:10s
- 20 – Formação Reactiva – 23m:12s / 23m:30s
- 21 – Anulação – 23m:32s / 23m:46s
- 22 – Idealização – 23m:55s / 24m:05s
- 23 – Racionalização – 24m:12s / 24m:22s
- 24 – Formação Reactiva – 24m:38s / 24m:51s
- 25 – Racionalização – 25m:07s / 25m:32s

- 26 – Clivagem – 25m:42s / 26m:44s
- 27 – Deslocamento – 27m:12s / 27m:30s
- 28 – Hipocondria (Pedido de ajuda- Rejeição- Nova queixa) – 27m:53s / 28m:10s
- 29 – Recalcamento – 28m:17s / 30m:01s
- 30 – Negação – 30m:15s / 31m:00s
- 31 – Anulação – 31m:08s / 31m:11s
- 32 – Anulação – 33m:42s / 33m:46s
- 33 – Idealização – 34m:05s / 34m:25s
- 34 – Anulação – 39m:25s / 39m:34s
- 35 – Negação – 40m:19s / 40m:23s
- 36 – Racionalização – 41m:10s / 41m:21s
- 37 – Clivagem – 41m:39s / 41m:49s
- 38 – Deslocamento – 41m:53s / 42m:10s
- 39 – Hipocondria (Pedido de ajuda- Rejeição- Nova queixa) – 42m:11s / 42m:24s
- 40 – Formação Reactiva – 42m:26s / 43m:03s
- 41 – Racionalização – 44m:12s / 44m:30s
- 42 – Desvalorização – 44m:33s / 44m:48s
- 43 – Agressão Passiva – 45m:15s / 45m:36s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 3

Anulação- 7

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 2

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 3

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 4

Idealização- 2

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 2

Projecção- 0

Racionalização- 9

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 1

Hipocondria- 2

Agressão passiva- 2

TOTAL = 43

Paciente 1 (18 meses) - Pasta B - Ficheiro - 09MAFC

- 1 – Recalcamento – 00m:18s / 00m:33s
- 2 – Deslocamento – 00m:34s / 01m:40s
- 3 – Acting-Out – 01m: 41s / 02m: 00
- 4 – Desvalorização – 02m:42s / 03m:10 s
- 5 – Isolamento dos Afectos – 03m:30s / 03m:45s
- 6 – Idealização – 04m:07s / 04m:35s
- 7 – Projecção – 04m:50s / 04m:55s
- 8 – Racionalização - 04m56s / 05m:30s
- 9 – Projecção – 06m:00 / 06m:10s
- 10 – Deslocamento – 07m:10s / 07:15s
- 11 – Desvalorização – 08m:30s / 08m:41s
- 12 – Afiliação – 08m:55s / 09m:08s
- 13 – Desvalorização – 09m:21s / 09m:42s
- 14 – Intelectualização – 10m:00 / 10m:20s
- 15 – Desvalorização – 10m:30s / 10m:54
- 16 – Desvalorização – 11m:10s / 11m:30s
- 17 – Projecção – 11m:30s / 11m:45s
- 18 – Desvalorização – 13m:38 / 13m:50
- 19 – Projecção – 15m:15s / 16m:14s
- 20 – Projecção – 18m:08s / 19m:29s
- 21 – Recalcamento – 21m:00s / 22m:15s
- 22 – Anulação – 22m:45s / 22m:55s
- 23 – Altruísmo – 23m:12 / 23m:20
- 24 – Auto-Observação – 24m:05s / 24m:30s
- 25 – Desvalorização – 27m:00s / 27m:18s

- 26 – Idealização – 28m:10s / 28m:20s
- 27 – Desvalorização – 28m:34s / 28m:45s
- 28 – Humor – 28m:49s / 29m:04s
- 29 – Racionalização – 30m:00 / 30m:49s
- 30 – Negação – 32m:00 / 32m:15s
- 31 – Afiliação – 32m:44s / 32m:50s
- 32 – Idealização – 32m:50s / 33m:05s
- 33 – Deslocamento – 33m25s / 33m:30s
- 34 – Racionalização – 33m55s / 34m:44s
- 35 – Negação – 35m:05s / 35m:10s
- 36 – Isolamento dos Afectos – 36m:05s / 37m:04s
- 37 – Hipocondria – 37m:10s / 37m:42s
- 38 – Deslocamento – 38m:34s / 38m:57s
- 39 – Recalcamento – 39m:05s / 39m:14s
- 40 – Deslocamento – 39m:29s / 39m:45s
- 41 – Acting-Out – 40m: 37s / 40m: 49s
- 42 – Desvalorização – 40m:50s / 41m:00
- 43 – Deslocamento – 41m:23s / 41m:45s
- 44 – Desvalorização – 42m:20s / 42m:30s
- 45 – Onnipotência – 43m:03s / 43m:13s
- 46 – Desvalorização – 43m39s / 43m:59s
- 47 – Negação – 44m:53s / 45m:00s
- 48 – Negação – 46m:04s / 46m:08s
- 49 – Formação Reactiva – 46m:09s / 46m:13s
- 50 – Desvalorização – 47m:37s / 47m:43s
- 51 – Negação – 48m:29s / 48m:36s
- 52 – Projecção – 49m:40s / 49m:50s

- 53 - Negação – 50m:25s / 50m:37s
- 54 – Deslocamento – 50m:35s / 50m:42s
- 55 – Negação – 50m:44s / 50m:47s
- 56 – Projecção – 51m:34s / 51m:45s
- 57 – Altruísmo – 51m:55s / 53m:03s
- 58 – Clivagem – 53m:08s / 53m:16s
- 59 – Projecção – 54m:07s / 54m:17s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 2

Altruísmo- 2

Antecipação- 0

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 1

Isolamento dos afetos- 2

Anulação- 1

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 3

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 1

Deslocamento- 7

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 12

Idealização- 3

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação-7

Projecção- 8

Racionalização- 3

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 2

Hipocondria- 1

Agressão passiva- 0

TOTAL = 59

Paciente 1 (18 meses) - Pasta B - Ficheiro - 13MAFC

- 1 – Acting-Out – 00m: 05s / 00m: 28s
- 2 – Desvalorização – 00m:49s / 01m:02s
- 3 – Desvalorização – 01m:04s / 01m:10s
- 4 – Desvalorização – 01m:35s / 01m:38s
- 5 – Isolamento dos Afectos – 01m:39s / 02m:17s
- 6 – Altruísmo – 02m:51s / 03m:24s
- 7 – Desvalorização – 04m:00s / 04m:14s
- 8 – Recalcamento – 04m:42s / 04m:57s
- 9 – Deslocamento – 05m:01s / 05m:22s
- 10 – Desvalorização – 05m:41s / 05m:47s
- 11 – Afiliação – 05m:55s / 06m:20s
- 12 – Racionalização – 07m:25s / 07m:45s
- 13 – Agressão Passiva – 07m:50s / 08m:04s
- 14 – Desvalorização – 08m:09s / 08m:18s
- 15 – Racionalização – 10m:04s / 10m:28s
- 16 – Afiliação – 10m:40s / 10m:52s
- 17 – Desvalorização – 10m:53s / 11m:21s
- 18 – Acting-Out – 12m: 12s / 12m: 16s
- 19 – Anulação – 12m:20s / 12m:31s
- 20 – Racionalização – 13m:10s / 13m:49s
- 21 – Desvalorização – 13m:50s / 13m:51s
- 22 – Racionalização – 15m:35s / 15m:48s
- 23 – Desvalorização – 16m:07s / 16m:16s
- 24 – Projeção – 16m:17s / 16m:24s
- 25 – Deslocamento – 17m:00s / 17m:55s

- 26 – Isolamento dos Afectos – 19m:43s / 20m:05s
- 27 – Antecipação – 20m:52s / 20m:58s
- 28 – Negação – 22m:04s / 22m:12s
- 29 – Desvalorização – 23m:37s / 24m:00s
- 30 – Anulação – 24m:35s / 24m:38s
- 31 – Projeção – 24m:55s / 25m:14s
- 32 – Racionalização – 26m:00s / 26m:10s
- 33 – Projeção – 26m:50s / 27m:08s
- 34 – Negação – 27m:13s / 27m:20s
- 35 – Negação – 28m:55s / 29m:20s
- 36 – Anulação – 29m:21s / 29m:27s
- 37 – Desvalorização – 29m:51s / 30m:25s
- 38 – Clivagem – 32m:45s / 34m:08s
- 39 – Anulação – 35m:09s / 36m:09s
- 40 – Recalcamento – 37m:21s / 39m:33s
- 41 – Deslocamento – 39m:45s / 39m:50s
- 42 – Negação – 40m:45s / 40m:46s
- 43 – Idealização – 40m:48s / 40m:55s
- 44 – Formação Reactiva – 41m:06s / 41m:17s
- 45 – Desvalorização – 41m:50s / 42m:06s
- 46 – Clivagem – 44m:45s / 45m:04s
- 47 – Desvalorização – 45m:20s / 45m:30s
- 48 – Racionalização – 46m:00s / 46m:38s
- 49 – Recalcamento – 47m:52s / 48m:15s
- 50 – Negação – 48m:33s / 48m:40s
- 51 – Recalcamento – 49m:57s / 50m:30s
- 52 – Deslocamento – 52m:06s / 52m:13s

53 – Isolamento dos Afectos – 52m:15s / 52m:50s

54 – Desvalorização – 54m:34s / 54m:57s

55 – Hipocondria (Pedido de ajuda- Rejeição- Nova queixa) – 57m:57s / 01h02m:10s

56 – Agressão Passiva – 01h02m:00s /01h04m:30s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 2

Altruísmo- 1

Antecipação- 1

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 3

Anulação- 4

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 4

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 1

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 14

Idealização- 1

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 5

Projecção- 3

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 2

Hipocondria- 1

Agressão passiva- 2

TOTAL = 56

Paciente 1 (18 meses) - Pasta B - Ficheiro - 17MAFC

- 1 – Deslocamento – 00m:02s / 00m:50s
- 2 – Projecção – 04m:55s / 05m:02s
- 3 – Desvalorização – 06m:19s / 07m:23s
- 4 – Desvalorização – 07m:28s / 08m:00
- 5 – Projecção – 08m:20s / 08m:30s
- 6 – Negação – 08m:38s / 08m:43s
- 7 – Projecção – 08m:45s / 08m:48s
- 8 – Anulação – 08m:50s / 09m:04s
- 9 – Negação – 10m:02s / 11m:23s
- 10 – Isolamento dos Afectos – 11m:23s / 11m:50s
- 11 – Racionalização – 12m:00s / 12m:36s
- 12 – Idealização – 12m:55s / 14m:23s
- 13 – Anulação – 12m:34s / 14m:28s
- 14 – Projecção – 14m:34s / 14m:32s
- 15 – Projecção – 15m:40s / 16m:25s
- 16 – Desvalorização – 16m:13s / 16m:30s
- 17 – Racionalização – 18m:45s / 19m:50s
- 18 – Desvalorização – 19m:51s / 20m:15s
- 19 – Negação – 21m:07s / 21m:10s
- 20 – Idealização – 22m:00s / 22m:20s
- 21 – Desvalorização – 22m:20s / 22m:36s
- 22 – Desvalorização – 22m:45s / 23m:15s
- 23 – Hipocondria – 23m:42s / 24m:00s
- 24 – Recalcamento – 24m:07s / 24m:20s
- 25 – Racionalização – 24m:39s / 25m:15s

- 26 – Deslocamento – 27m:03s / 27m:56s
- 27 – Desvalorização – 28m:05s / 28m:11s
- 28 – Negação – 29m:22s / 29m:27s
- 29 – Racionalização – 29m:32s / 30m:35s
- 30 – Desvalorização – 30m:38s / 30m:46s
- 31 – Isolamento dos Afectos – 31m:37s / 32m:39s
- 32 – Hipocondria – 30m:40s / 33m:20s
- 33 – Racionalização – 33m:20s / 34m:37s
- 34 – Deslocamento – 33m:38s / 33m:46s
- 35 – Negação – 35m:35s / 35m:37s
- 36 – Racionalização – 33m:37s / 36m:31s
- 37 – Negação – 38m:10s / 38m:42s
- 38 – Racionalização – 38m:42s / 39m:20s
- 39 – Projecção – 40m:42s / 40m:48s
- 40 – Negação – 41m:01s / 41m:04s
- 41 – Formação Reactiva – 41m:04s / 41m:20s
- 42 – Negação – 41m:20s / 41m:23s
- 43 – Desvalorização – 42m:04s / 42m:56s
- 44 – Isolamento dos Afectos – 43m:09s / 43m:20s
- 45 – Desvalorização – 44m33s / 44m:35s
- 46 – Negação – 44m:37s / 44m:38s
- 47 – Desvalorização – 44m:38s / 44m:45s
- 48 – Idealização – 44m:50s / 45m:14s
- 49 – Clivagem – 45m:15s / 45m:38s
- 50 – Formação Reactiva – 48m54s / 49m:14s
- 51 – Negação – 49m:15s / 49m:20s
- 52 – Deslocamento – 51m:34s / 52m:15s

- 53 – Desvalorização – 52m:16s / 52m:36s
- 54 – Identificação Projectiva – 53m:56s / 54m:28s
- 55 – Negação – 57m:13s / 57m:50s
- 56 – Projecção – 58m:07s / 58m:22s
- 57 – Humor – 58m:22s / 59m:50s
- 58 – Isolamento dos afectos – 1h00m:00s / 1h00m:55s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 4

Anulação- 2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 1

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 2

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 12

Idealização- 3

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 11

Projecção- 7

Racionalização- 7

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 1

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 2

Agressão passiva- 0

TOTAL = 58

Paciente 1 (24 meses) - Pasta E - Ficheiro - 05MAFC

- 1 – Desvalorização – 00m:23s / 00m:51s
- 2 – Formação Reactiva – 01m:20s / 01m:25s
- 3 – Projecção – 01m:29s / 01m:47s
- 4 – Assertividade – 02m:00s / 02m:08s
- 5 – Projecção – 02m:56s / 03m:08s
- 6 – Altruísmo – 04m:06s / 04m:17s
- 7 – Projecção – 04m:25s / 04m:42s
- 8 – Anulação – 04m:44s / 04m:50s
- 9 – Formação Reactiva – 05m:00s / 05m:15s
- 10 – Anulação – 05m:20s / 05m:28s
- 11 – Formação Reactiva – 05m:29s / 05m:34s
- 12 – Formação Reactiva – 06m:13s / 06m:23s
- 13 – Projecção – 07m:30s / 07m:35s
- 14 – Agressão Passiva – 07m:43s / 07m:49s
- 15 – Deslocamento – 09m:32s / 09m:34s
- 16 – Agressão Passiva – 09m:54s / 10m:30s
- 17 – Omnipotência – 10m:32s / 10m:46s
- 18 – Desvalorização – 10m:50s / 11m:05s
- 19 – Isolamento dos Afectos – 11m:06s / 11m:49s
- 20 – Racionalização – 12m:06s / 12m:22s
- 21 – Formação Reactiva – 12m:27s / 12m:40s
- 22 – Deslocamento – 13m:00s / 13m:50s
- 23 – Recalcamento – 14m:00s / 14m:15s
- 24 – Deslocamento – 14m:16s / 14m:53s
- 25 – Recalcamento – 14m:59s / 16m:13s

- 26 – Isolamento dos Afectos – 18m:00s / 18m:20s
- 27 – Negação – 18m:27s / 18m:32s
- 28 – Isolamento dos Afectos – 18m:33s / 19m:10s
- 29 – Desvalorização – 19m:50s / 19m:54s
- 30 – Negação – 20m:23s / 20m:50s
- 31 – Isolamento dos Afectos – 22m:17s / 23m:35s
- 32 – Anulação – 24m:30s / 24m:45s
- 33 – Anulação – 24m:52s / 25m:02s
- 34 – Idealização – 25m:08s / 26m:27s
- 35 – Isolamento dos Afectos – 26m:34s / 27m:25s
- 36 – Formação Reactiva – 27m:28s / 27m:58s
- 37 – Isolamento dos Afectos – 27m:59s / 28m:26s
- 38 – Formação Reactiva – 29m:06s / 29m:12s
- 39 – Isolamento dos Afectos – 29m:20s / 29m:25s
- 40 – Anulação – 29m:30s / 29m:45s
- 41 – Idealização – 30m:55s / 31m:10s
- 42 – Anulação – 31m:11s / 31m:14s
- 43 – Desvalorização – 32m:15s / 33m:06s
- 44 – Formação Reactiva – 33m:10s / 33m:50s
- 45 – Formação Reactiva – 35m:14s / 35m:30s
- 46 – Assertividade – 37m:07s / 37m:10s
- 47 – Humor – 37m:11s / 37m:20s
- 48 – Anulação – 37m:40s / 37m:50s
- 49 – Desvalorização – 38m:20s / 39m:16s
- 50 – Projecção – 39m:17s / 39m:30s
- 51 – Anulação – 39m:32s / 39m:40s
- 52 – Desvalorização – 40m:15s / 40m:20s

- 53 – Recalcamento – 43m:00s / 43m:41s
- 54 – Formação Reactiva – 45m:30s / 45m:48s
- 55 – Anulação – 46m:40s / 46m:53s
- 56 – Anulação – 47m:40 / 47m:45s
- 57 – Deslocamento – 49m:19s / 50m:16s
- 58 – Isolamento dos Afectos – 50m52s / 51m:30s
- 59 – Deslocamento – 51m:55s / 52m:00s
- 60 – Anulação – 52m:10s / 52m:21s
- 61 – Negação – 54m:10s / 54m:37s
- 62 – Formação Reactiva – 55m:00s / 55m:12s
- 63 – Antecipação – 55m:35s / 57m:45s
- 64 – Negação – 58m:48s / 59m:00s
- 65- Humor – 01h:01m:59s / 01h:02m:13s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 1

Humor- 2

Assertividade- 2

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 8

Anulação- 11

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 3

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 11

Deslocamento- 5

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 6

Idealização- 2

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 4

Projecção- 5

Racionalização- 1

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 2

TOTAL = 65

Paciente 1 (24 meses) - Pasta E - Ficheiro – 10MAFC

- 1 – Anulação – 00m:13s / 00m:25s
- 2 – Altruísmo – 00m:32s / 00m:40s
- 3 – Projecção – 01m:18s / 01m:25s
- 4 – Formação Reactiva – 04m:59s / 05m:01s
- 5 – Agressão passiva – 05m:03s / 05m:23s
- 6 – Desvalorização – 05m:29s / 05m:50s
- 7 – Negação – 06m:39s / 06m:49s
- 8 – Anulação – 07m:56s / 08m:03s
- 9 – Auto-observação – 08m:29s / 08m:40s
- 10 – Racionalização – 09m:00s / 09m:25s
- 11 – Auto-observação – 09m:31s / 10m:00s
- 12 – Negação – 10m:17s / 10m:35s
- 13 – Racionalização – 10m:51s / 11m:00s
- 14 – Auto-observação – 11m:22s / 11m:38s
- 15 – Formação Reactiva – 11m:59s / 12m:30s
- 16 – Deslocamento – 12m:34s / 13m:06s
- 17 – Anulação – 13m:49s / 14m:00s
- 18 – Recalcamento – 14m:05s / 14m:32s
- 19 – Omnipotência – 15m:10s / 15m:25s
- 20 – Projecção – 15m:45s / 16m:16s
- 21 – Formação Reactiva – 16m:48s / 16m:57s
- 22 – Isolamento dos Afectos – 17m:53s / 18m:17s
- 23 – Negação – 18m:19s / 18m:30s
- 24 – Deslocamento – 18m:32s / 18m:40s
- 25 – Projecção – 18m:42s / 18m:50s

- 26 – Desvalorização – 18m:54s / 19m:00s
- 27 – Projecção – 20m:20s / 21m:05s
- 28 – Anulação – 21m:43s / 21m:57s
- 29 – Deslocamento – 22m:35s / 23m:35s
- 30 – Formação Reactiva – 23m:36s / 23m:40s
- 31 – Formação Reactiva – 23m:48s / 23m:52s
- 32 – Deslocamento – 26m:32s / 26m:43s
- 33 – Auto-observação – 27m:00s / 27m:10s
- 34 – Isolamento dos Afectos – 29m:59s / 31m:20s
- 35 – Altruísmo – 36m:00s / 36m:04s
- 36 – Sublimação – 37m:15s / 37m:32s
- 37 – Humor – 39m:30s / 39m:42s
- 38 – Projecção – 40m:16s / 40m:20s
- 39 – Agressão passiva – 40m:35s / 40m:45s
- 40 – Negação – 41m:33s / 41m:47s
- 41 – Projecção – 41m:54s / 42m:00s
- 42 – Agressão passiva – 42m:09s / 42m:23s
- 43 – Desvalorização – 42m:30s / 42m:39s
- 44 – Negação – 42m:40s / 43m:23s
- 45 – Projecção – 43m:24s / 43m:29s
- 46 – Formação Reactiva – 43m:30s / 43m:35s
- 47 – Anulação – 43m:42s / 43m:54s
- 48 – Negação – 45m:30s / 45m:42s
- 49 – Desvalorização – 45m:45s / 45m:50s
- 50 – Recalcamento – 47m:32s / 47m:45s
- 51 – Anulação – 48m:11s / 48m:17s
- 52 – Negação – 48m:55s / 49m:29s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 2

Antecipação- 0

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 4

Sublimação- 1

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 2

Anulação- 6

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 2

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 6

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 4

Idealização- 0

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 7

Projecção- 7

Racionalização- 2

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 3

TOTAL = 53

Paciente 1 (24 meses) - Pasta E - Ficheiro - 14MAFC

- 1 – Desvalorização – 00m:27s / 00m:33s
- 2 – Projecção – 00m:34s / 00m:47s
- 3 – Projecção – 01m:34s / 01m:41s
- 4 – Anulação – 01m:55s / 02m00s
- 5 – Agressão Passiva – 02m:55s / 03m:09s
- 6 – Projecção – 03m:10s / 03m:48s
- 7 – Deslocamento – 04m:00s / 04m:03s
- 8 – Formação Reactiva – 04m:10s / 04m:17s
- 9 – Agressão Passiva – 04m:18s / 04m:30s
- 10 – Formação Reactiva – 05m:16s / 06m:50s
- 11 – Deslocamento – 07m:45s / 08m:09s
- 12 – Dissociação – 09m:05s / 09m:30s
- 13 – Anulação – 12m:24s / 12m:34s
- 14 – Negação – 13m:21s / 13m:30s
- 15 – Anulação – 13m:37s / 13m:44s
- 16 – Formação Reactiva – 14m:00s / 14m:21s
- 17 – Formação Reactiva – 14m:58s / 15m:00s
- 18 – Assertividade – 15m:20s / 15m:30s
- 19 – Racionalização – 16m:43s / 17m:20s
- 20 – Altruísmo – 17m:25s / 18m:59s
- 21 – Formação Reactiva – 20m:09s / 20m:11s
- 22 – Anulação – 20m:12s / 20m:23s
- 23 – Anulação – 20m:40s / 20m:50s
- 24 – Racionalização – 22m:00s / 22m:19s
- 25 – Formação Reactiva – 22m:50s / 23m:09s

- 26 – Anulação – 23m:24s / 23m:32s
- 27 – Negação – 23m:35s / 23m:57s
- 28 – Projecção – 24m:55s / 25m:04s
- 29 – Racionalização – 25m:35s / 25m:58s
- 30 – Desvalorização – 26m:17s / 26m:25s
- 31 – Dissociação – 26m:36s / 27m:10s
- 32 – Intelectualização – 27m:47s / 29m:04s
- 33 – Formação Reactiva – 29m:05s / 29m:30s
- 34 – Omnipotência – 29m:31s / 29m:38s
- 35 – Desvalorização – 29m:40s / 29m:52s
- 36 – Desvalorização – 32m:48s / 33m:07s
- 37 – Negação – 33m:26s / 33m:29s
- 38 – Isolamento dos Afectos – 34m:40s / 36m:00s
- 39 – Idealização – 36m:15s / 36m:28s
- 40 – Deslocamento – 36m:53s / 37m:27s
- 41 – Recalcamento – 38m:17s / 38m:31s
- 42 – Racionalização – 38m:35s / 38m:39s
- 43 – Negação – 38m:45s / 38m:49s
- 44 – Negação – 39m:08s / 39m:21s
- 45 – Anulação – 39m:23s / 39m:33s
- 46 – Negação – 41m:15s / 41m:22s
- 47 – Negação – 41m:47s / 41m:55s
- 48 – Formação Reactiva – 42m:41s / 42m:47s
- 49 – Anulação – 42m:58s / 43m:03s
- 50 – Deslocamento – 43m:46s / 43m:51s
- 51 – Projecção – 43m:54s / 44m:10s
- 52 – Anulação – 44m:12s / 44m:24s

- 53 – Racionalização – 44m:34s / 44m:56s
- 54 – Anulação – 45m:03s / 45m:17s
- 55 – Agressão Passiva – 45m:40s / 46m:30s
- 56 – Desvalorização – 46m:36 / 47m:00s
- 57 – Formação Reactiva – 47m:09s / 47m:35s
- 58 – Racionalização – 48m40s / 48m:55s
- 59 – Formação Reactiva – 49m:07s / 49m:15s
- 60 – Auto-observação – 50m:01s / 50m:37s
- 61 – Negação – 50m:40s / 51m:00s
- 62 – Racionalização – 51m:15s / 51m:30s
- 63 – Formação Reactiva – 51m:30s / 51m:40s
- 64 – Projecção – 52m:43s / 52m:50s
- 65 – Formação Reactiva – 53m:38s / 53m:46s
- 66 – Projecção – 54m:18s / 55m:00s
- 67 – Formação Reactiva – 55m:07s / 55m:14s
- 68 – Negação – 56m:32s / 56m:34s
- 69 – Formação Reactiva – 56m:40s / 56m:42s
- 70 – Dissociação – 56m:55s / 57m:07s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 1

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 1

Isolamento dos afetos- 1

Anulação- 10

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 1

Dissociação- 3

(b) Formação reativa- 14

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 5

Idealização- 1

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- **9**

Projecção- **7**

Racionalização- **7**

Fantasia autística- **0**

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- **0**

Identificação projectiva- **0**

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - **0**

Hipocondria- **0**

Agressão passiva- **3**

TOTAL = 70

Anexo 7 - Cotação das sessões áudio (DMRS) – Paciente 2

Paciente 2 (Início) - Pasta E - Ficheiro – 12AMLV

- 1 – Deslocamento – 00m:16s / 00m:57s
- 2 – Recalcamento – 01m:08s / 01m:17s
- 3 – Deslocamento – 01m:20s / 02m:00s
- 4 – Negação – 02m:10s / 02m:28s
- 5 – Isolamento dos Afectos – 02m:40s / 02m:54s
- 6 – Negação – 02m:55s / 02m:59s
- 7 – Negação – 03m:29s / 03m:53s
- 8 – Deslocamento – 03m:35s / 05m:40s
- 9 – Idealização – 05m:42s / 06m:06s
- 10 – Racionalização – 07m:29s / 07m:31s
- 11 – Recalcamento – 07m:33s / 07m:58s
- 12 – Deslocamento – 07m:59s / 08m:05s
- 13 – Deslocamento – 10m:14s / 11m:00s
- 14 – Idealização – 12m:43s / 12m:53s
- 15 – Assertividade – 14m:48s / 14m:57s
- 16 – Projecção – 15m:49s / 17m:07s
- 17 – Racionalização – 18m:32s / 18m:39s
- 18 – Idealização – 18m:41s / 19m:45s
- 19 – Recalcamento – 20m:11s / 21m:15s
- 20 – Racionalização – 21m:35s / 21m:38s
- 21 – Desvalorização – 21m:40s / 21m:50s
- 22 – Racionalização – 21m:51s / 22m:45s
- 23 – Projecção – 23m:02s / 23m:07s

- 24 – Racionalização – 23m:13s / 23m:19s
- 25 – Omnipotência – 23m25s / 23m:43s
- 26 – Idealização – 24m:04s / 25m:00s
- 27 – Desvalorização – 25m:03s / 25m:06s
- 28 – Racionalização – 25m:09s / 25m:22s
- 29 – Isolamento dos Afectos – 25m:25s / 27m:47s
- 30 – Recalcamento – 28m:52s / 28m:57s
- 31 – Idealização – 29m:07s / 29m:45s
- 32 – Isolamento dos Afectos – 29m:57s / 30m:43s
- 33 – Racionalização – 30m:55s / 31m:10s
- 34 – Idealização – 31m:30s / 31m:59s
- 35 – Recalcamento – 34m:50s / 35m:10s
- 36 – Isolamento dos Afectos – 35m:12s / 36m:56s
- 37 – Recalcamento – 36m:57s / 37m:20s
- 38 – Dissociação – 37m:22s / 37m:50s
- 39 – Racionalização – 37m:52s / 38m:06s
- 40 – Recalcamento – 38m:08s / 38m:12s
- 41 – Anulação – 38m:13s / 38m:17s
- 42 – Recalcamento – 38m:20s / 38m:29s
- 43 – Auto-observação – 38m:30s / 38m:43s
- 44 – Idealização – 38m:45s / 39m:10s
- 45 – Recalcamento – 39m:45s / 40m:12s
- 46 – Idealização – 40m:13s / 40m:45s
- 47 – Idealização – 42m:14s / 42m:25s
- 48 – Anulação – 45m:21s / 45m:26s
- 49 – Racionalização – 45m:52s / 46m:05s
- 50 – Deslocamento – 51m:55s / 53m:00s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 1

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afectos- 4

Anulação- 2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 9

Dissociação- 1

(b) Formação reativa- 0

Deslocamento- 6

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização- 2

Idealização- 9

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 3

Projecção- 3

Racionalização- 9

Fantasia autística- 0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 0

Identificação projectiva - 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 0

TOTAL= 51

Paciente 2 (Início) - Pasta E - Ficheiro – 20AMLV

- 1 – Formação Reactiva – 00m:42s / 00m:48s
- 2 – Deslocamento – 00m:48s / 03m:30s
- 3 – Idealização – 03m:30s / 03m:40s
- 4 – Idealização – 05m:03s / 09m:47s
- 5 – Desvalorização – 12m:07s / 12m:22s
- 6 – Idealização – 13m:39s / 14m:10s
- 7 – Idealização – 14m:10s / 14m:59s
- 8 – Racionalização – 15m:00 / 16m:08s
- 9 – Racionalização – 16m:32s / 19m:30s
- 10 – Negação – 19m:57s / 20m:05s
- 11 – Desvalorização – 20m:20s / 20m:37s
- 12 – Racionalização – 20m:37s / 20m:05s
- 13 – Racionalização – 24m:36s / 25m:15s
- 14 – Isolamento dos Afectos – 20m:06s / 27m:03s
- 15 – Altruísmo – 27m:44s / 28m:14s
- 16 – Deslocamento – 28m:15s / 29m:02s
- 17 – Idealização – 29m:18s / 29m:39s
- 18 – Deslocamento – 30m:07s / 31m:04s
- 19 – Sublimação – 31m:09s / 31m:17s
- 20 – Idealização – 31m:48s / 35m:50s
- 21 – Anulação – 38m:34s / 39m:30s
- 22 – Deslocamento – 39m:50s / 40m:21s
- 23 – Recalcamento – 40m:23s / 41m:02s
- 24 – Deslocamento – 41m:02s / 42m:28s
- 25 – Projecção – 49m:00s / 49m:25s

26 – Isolamento dos Afectos – 49m:46s / 50m:08s

27 – Negação – 50m:25s / 50m:43s

28 – Racionalização – 51m:10s / 51m:55s

29 – Racionalização – 51m:55s / 52m:24s

30 – Formação Reactiva – 54m:09s / 54m:11s

31 – Deslocamento – 55m:00s / 55m:17s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 1

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos- 2

Anulação-1

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-1

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 2

Deslocamento-6

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-2

Idealização-6

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação-2

Projectão-1

Racionalização-6

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem- 0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 31

Paciente 2 (Início) - Pasta E - Ficheiro – 03AMLV

- 1 – Desvalorização – 00m:21s / 00m:55s
- 2 – Deslocamento – 02m:35s / 02m:45s
- 3 – Racionalização – 02m:50s / 02m:59s
- 4 – Isolamento dos Afectos – 03m:16 / 04m22s
- 5 – Projecção – 04m:23s / 04m:28s
- 6 – Formação Reactiva – 04m:38s / 04m:40s
- 7 – Projecção – 05m:27s / 05m:31s
- 8 – Formação Reactiva – 06m:39s / 06m:42s
- 9 – Isolamento dos Afectos – 06m:43s / 07m:20s
- 10 – Sublimação – 09m:31s / 09m:40s
- 11 – Altruísmo – 10m:12s / 11m:00s
- 12 – Sublimação – 11m:03s / 11m:25s
- 13 – Altruísmo – 11m:30s / 11m:38s
- 14 – Afiliação – 11m:40s / 12m:10s
- 15 – Deslocamento – 12m:53s / 17m:18s
- 16 – Projecção – 18m:20s / 19m:09s
- 17 – Racionalização – 21m:34s / 22m:20s
- 18 – Projecção – 26m:20s / 27m:13s
- 19 – Racionalização – 27m:15s / 27m:31s
- 20 – Projecção – 27m:40s / 27m:50s
- 21 – Anulação – 27m:51s / 28m:03s
- 22 – Racionalização – 28m:14s / 28m:49s
- 23 – Idealização – 29m:00s / 30m:10s
- 24 – Anulação – 30m:12s / 30m:30s
- 25 – Negação – 30m:59s / 31m:03s

- 26 – Formação Reactiva – 31m:04s / 31m:20s
- 27 – Racionalização – 31m:24s / 32m:18s
- 28 – Recalcamento – 32m:35s / 33m:05s
- 29 – Isolamento dos Afectos – 33m:30s / 37m:00s
- 30 – Formação Reactiva – 37m:25s / 37m:35s
- 31 – Negação – 37m:37s / 37m:40s
- 32 – Racionalização – 37m:45s / 37m:52s
- 33 – Anulação – 37m:54s / 38m:00s
- 34 – Racionalização – 38m:55s / 39m:20s
- 35 – Projecção – 40m:10s / 40m:20s
- 36 – Formação Reactiva – 40m:22s / 40m:32s
- 37 – Racionalização – 41m:11s / 41m:20s
- 38 – Auto-observação – 41m:47s / 42m:00s
- 39 – Assertividade – 42m:25s / 42m:55s
- 40 – Auto-observação – 44m:00s / 44m:35s
- 41 – Idealização – 44m:59s / 46m:06s
- 42 – Projecção – 46m:20s / 46m:50s
- 43 – Isolamento dos Afectos – 47m:10s / 48m:03s
- 44 – Deslocamento – 48m:16s / 50m:09s
- 45 – Formação Reactiva – 51m:05s / 51m:25s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-1

Altruísmo-2

Antecipação-0

Humor-0

Assertividade-1

Auto-observação-2

Sublimação-2

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-4

Anulação-3

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-1

Dissociação-0

(b) Formação reativa-6

Deslocamento-3

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-1

Idealização-2

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-2

Projecção-7

Racionalização-8

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 45

Paciente 2 (Início) - Pasta E - Ficheiro – 08AMLV

- 1 – Auto-Observação – 00m:02s / 00m:45s
- 2 – Isolamento dos Afectos – 00m:45s / 03m:08s
- 3 – Formação Reactiva – 03m:19s / 03m:38s
- 4 – Formação Reactiva – 03m:38s / 04m:17s
- 5 – Isolamento dos Afectos – 04m:17s / 04m:58s
- 6 – Sublimação – 06m:00s / 06m:37s
- 7 – Desvalorização – 07m:55s / 08m:50s
- 8 – Negação – 11m:35s / 11m:44s
- 9 – Supressão – 12m:55s / 13m:25s
- 10 – Anulação – 13m:51 / 13m:54s
- 11 – Anulação – 14m:50s / 15m:05s
- 12 – Idealização – 15m:30s / 21m:29s
- 13 – Agressão Passiva 22m:45s / 23m:13s
- 14 – Racionalização – 23m:38s / 24m:00s
- 15 – Projecção – 24m:15s / 26m:30s
- 16 – Clivagem – 30m:00s / 32m:04s
- 17 – Racionalização – 32m:40s / 33m:38s
- 18 – Clivagem – 34m:11s / 34m:46s
- 19 – Racionalização – 35m:05s / 35m:26s
- 20 – Humor – 35m:57s / 36m:06s
- 21 – Projecção – 36m:53s / 37m:00s
- 22 – Racionalização – 37m:00s / 37m:30s
- 23 – Racionalização – 37m:30s / 38m:04s
- 24 – Idealização (self) – 38m:04s / 38m:20s
- 25 – Projecção – 38m:20s / 38m:30s

- 26 – Negação – 38m:50s / 39m:07s
- 27 – Racionalização – 39m:07s / 39m:44s
- 28 – Racionalização – 41m:20s / 41m:40s
- 29 – Deslocamento 44m:23s / 44m:28s
- 30 – Formação Reactiva – 44m:28s / 44m:30s
- 31 – Deslocamento – 47m:13s / 48m:37s
- 32 – Formação Reactiva – 48m:37s / 48m:45s
- 33 – Racionalização – 48m:45s / 49m:00s
- 34 – Idealização (self) – 52m:11s / 52m:30s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-0

Antecipação-0

Humor-1

Assertividade-0

Auto-observação-1

Sublimação-1

Supressão-1

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-2

Anulação-2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-4

Deslocamento-2

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-1

Idealização-3

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-2

Projecção-3

Racionalização-8

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-2

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-1

TOTAL= 34

Paciente 2 (6meses) - Pasta C - Ficheiro – 01AMLV

- 1 – Sublimação – 00m:29s / 01m:00s
- 2 – Deslocamento – 05m:12s / 06m:00s
- 3 – Dissociação – 08m:23s / 08m:50s
- 4 – Idealização – 10m:24s / 10m:31s
- 5 – Isolamento dos Afectos – 10m:51s / 11m:34s
- 6 – Recalcamento – 12m:28s / 13m:00s
- 7 – Isolamento dos Afectos – 17m:45s / 19m:03s
- 8 – Assertividade – 22m:10s / 22m:20s
- 9 – Racionalização – 22m:24s / 22m:44s
- 10 – Projecção – 22m:58s / 23m:10s
- 11 – Formação Reactiva – 23m:23s / 23m:29s
- 12 – Antecipação – 25m:10s / 25m:45s
- 13 – Projecção – 26m:04s / 26m:13s
- 14 – Isolamento dos Afectos – 26m:15s / 28m:10s
- 15 – Negação – 31m:45s / 32m:00s
- 16 – Assertividade – 32m:34s / 32m:42s
- 17 – Projecção – 32m:47s / 33m:08s
- 18 – Anulação – 34m:27s / 34m:33s
- 19 – Anulação – 35m:19s / 35m:29s
- 20 – Assertividade – 36m:21s / 36m:28s
- 21 – Negação – 38m:10s / 38m:20s
- 22 – Antecipação – 39m:33s / 39m:44s
- 23 – Assertividade – 40m:40s / 41m:06s
- 24 – Altruísmo – 41m:20s / 41m:30s
- 25 – Racionalização – 43m:19s / 43m:38s

26 – Antecipação – 44m:35s / 45m:14s

27 – Auto-observação – 46m:35s / 46m:50s

28 – Recalcamento – 47m:05s / 47m:20s

29 – Auto-observação – 49m:10s / 50m:05s

30 – Recalcamento – 52m:20s / 52m:40s

31 – Auto-observação – 52m:55s / 53m:44s

32 – Anulação – 54m:13s / 54m:23s

33 – Auto-observação – 55m:50s / 55m:59s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-1

Antecipação-3

Humor-0

Assertividade-4

Auto-observação-4

Sublimação-1

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-3

Anulação-3

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 3

Dissociação-1

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-1

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-0

Idealização-1

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-2

Projectão-3

Racionalização-2

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 33

Paciente 2 (6 meses) - Pasta C - Ficheiro – 06AMLV

- 1 – Deslocamento – 01m:36s / 02m:10s
- 2 – Desvalorização – 03m:41s / 04m:04s
- 3 – Isolamento dos Afectos – 06m:00s / 07m:30s
- 4 – Agressão Passiva – 08m:04s / 09m:02s
- 5 – Antecipação – 09m:55s / 10m:23s
- 6 – Idealização (self) – 11m:07s / 11m:16s
- 7 – Projecção – 11m:45s / 12m:48s
- 8 – Antecipação – 15m:19s / 15m:26s
- 9 – Racionalização – 15m:46s / 20m:10s
- 10 – Anulação – 22m:00s / 22m:09s
- 11 – Deslocamento – 23m:41s / 24m:14s
- 12 – Recalcamento – 25m:00s / 25m:28s
- 13 – Antecipação – 26m:00s /
- 14 – Isolamento dos Afectos – 26m:30s / 26m:45s
- 15 – Deslocamento – 27m:04s / 27m:10s
- 16 – Recalcamento – 27m:14s / 27m:21s
- 17 – Racionalização – 27m:21s / 27m:36s
- 18 – Recalcamento – 27m:48s / 28m:08s
- 19 – Antecipação – 30m:45s / 32m:04s
- 20 – Supressão – 32m:05s / 32m:35s
- 21 – Racionalização – 32m:45s / 33m:09s
- 22 – Desvalorização – 33m:33s / 33m:40s
- 23 – Agressão Passiva – 34m:55s / 35m:17s
- 24 – Formação Reactiva – 36m:43s / 37m:45s
- 25 – Intellectualização – 37m:50s / 38m:35s

- 26 – Isolamento dos Afectos – 38m:35s / 39m:56s
- 27 – Supressão – 39m:56s / 40m:44s
- 28 – Onnipotência – 42m:25s / 42m:44s
- 29 – Anulação – 42m:44s / 42m:48s
- 30 – Formação Reactiva – 42m:48s / 43m:34s
- 31 – Antecipação – 45m:45s / 46m:35s
- 32 – Sublimação – 47m:15s / 47m:44s
- 33 – Recalcamento – 49m:04s / 50m:10s
- 34 – Supressão – 50m:10s / 50m:45s
- 35 – Altruísmo – 50m:52s / 51m:22s
- 36 – Idealização – 53m:57s / 55m:00s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-1

Antecipação-5

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-0

Sublimação-1

Supressão-3

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-1

Isolamento dos afetos-3

Anulação-2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-4

Dissociação-0

(b) Formação reativa-2

Deslocamento-3

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-2

Idealização-2

Omnipotência-1

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-1

Racionalização-3

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-2

TOTAL= 36

Paciente 2 (6meses) - Pasta C - Ficheiro – 15AMLV

- 1 – Anulação – 00m:06s / 00m:18s
- 2 – Isolamento dos Afectos – 01m:43s / 02m:10s
- 3 – Projecção – 02m:13s / 02m:20s
- 4 – Isolamento dos Afectos – 02m:45s / 03m00s
- 5 – Isolamento dos Afectos – 04m:00s / 07m:50s
- 6 – Anulação – 09m:45s / 09m:56s
- 7 – Deslocamento – 09m:59s / 10m:45s
- 8 – Assertividade – 11m:30s / 11m:45s
- 9 – Deslocamento – 12m:10s / 14m:00s
- 10 – Assertividade – 15m:55s / 16m:40s
- 11 – Racionalização – 17m:00s / 17m:42s
- 12 – Deslocamento – 19m:00s / 19m:55s
- 13 – Auto-observação – 21m:36s / 21m:44s
- 14 – Assertividade – 22m:55s / 22m:40s
- 15 – Auto-observação – 24m:03s / 24m:33s
- 16 – Assertividade – 24m:58s / 25m:20s
- 17 – Auto-observação – 26m:20s / 26m:30s
- 18 – Assertividade – 27m:10s / 27m:40s
- 19 – Deslocamento – 28m:20s / 28m:22s
- 20 – Racionalização. – 28m:23s / 30m:04s
- 21 – Negação – 30m:06s / 30m:30s
- 22 – Anulação – 31m:26s / 31m:34s
- 23 – Anulação – 31m:45s / 32m:09s
- 24 – Recalcamento – 32m:10s / 32m:40s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-0

Antecipação-0

Humor-0

Assertividade-5

Auto-observação-3

Sublimação-0

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-3

Anulação-4

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-1

Dissociação-0

(b) Formação reativa-0

Deslocamento-4

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-0

Idealização-0

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-1

Projecção-1

Racionalização-2

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 24

Paciente 2 (6 meses) - Pasta C - Ficheiro – 18AMLV

- 1 – Isolamento dos Afectos – 00m:00s / 01m:56s
- 2 – Antecipação – 04m:05s / 05m:40s
- 3 – Formação Reactiva – 04m:45s / 04m:49s
- 4 – Racionalização – 04m:49s / 06m:40s
- 5 – Idealização – 06m:40s / 06m:55s
- 6 – Deslocamento – 07m:15s / 08m:00s
- 7 – Projecção – 08m:37s / 08m:55s
- 8 – Altruísmo – 12m:10s / 12m:39s
- 9 – Desvalorização – 12m:40s / 12m:50s
- 10 – Auto-observação – 14m:33s / 14m:40s
- 11 – Anulação – 15m:50s / 16m:03s
- 12 – Racionalização – 16m:03s / 16m:20s
- 13 – Antecipação – 16m:35s / 17m:38s
- 14 – Racionalização – 18m:57s / 20m:26s
- 15 – Idealização (self) – 20m:26s / - 21m46s
- 16 – Anulação – 22m:40s / 22m:50s
- 17 – Desvalorização – 24m:55s / 25m:50s
- 18 – Idealização – 25m:50s / 27m:05s
- 19 – Desvalorização – 28m:30s / 28m:43s
- 20 – Idealização – 28m:43s / 29m:04s
- 21 – Anulação – 31m:20s / 31m:30s
- 22 – Projecção – 32m:35s / 33m:28s
- 23 – Racionalização – 33m:28s / 34m:15s
- 24 – Desvalorização – 34m:15s / 35m:05s
- 25 – Racionalização – 35m:30s / 35m:40s

- 26 – Projecção – 35m:40s / 36m:00s
- 27 – Racionalização – 36m:00s / 37m:45s
- 28 – Desvalorização – 37m:51s / 38m:25s
- 29 – Altruísmo – 38m:25s / 40m:18s
- 30 – Desvalorização – 42m:20s / 45m:45s
- 31 – Idealização – 47m:00s / 48m:10s
- 32 – Clivagem – 48m:10s / 49m:29s
- 33 – Racionalização – 54m:37s / 54m:52s
- 34 – Isolamento dos Afectos – 55m:19s / 56m:10s
- 35 – Projecção – 56m:26s / 56m:42s
- 36 – Antecipação – 57m:40s / 57m:48s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-2

Antecipação-3

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-1

Sublimação-0

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-2

Anulação-3

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-1

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-6

Idealização-5

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-4

Racionalização-7

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-1

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 36

Paciente 2 (12 meses) - Pasta A - Ficheiro – 02AMLV

- 1 – Formação Reactiva – 00m:30s / 00m:33s
- 2 – Isolamento dos Afectos – 03m:05s / 03m:10s
- 3 – Recalcamento – 04m:05s / 04m:13s
- 4 – Anulação – 04m:14s / 04m:17s
- 5 – Racionalização – 04m:18s / 04m:40s
- 6 – Deslocamento – 05m:40s / 05m:55s
- 7 – Isolamento dos Afectos – 05m:56s / 06m:10s
- 8 – Racionalização – 06m:11s / 06m:19s
- 9 – Anulação – 06m:20s / 06m:28s
- 10 – Deslocamento – 06m:29s / 07m:25s
- 11 – Projecção – 08m:30s / 08m:33s
- 12 – Isolamento dos Afectos – 09m:46s / 10m:55s
- 13 – Idealização – 12m:12s / 12m:17s
- 14 – Projecção – 12m:20s / 12m:23s
- 15 – Idealização – 12m:42s / 12m:57s
- 16 – Afiliação – 13m:40s / 14m:09s
- 17 – Projecção – 14m:13s / 14m:15s
- 18 – Sublimação – 15m:05s / 15m:47s
- 19 – Agressão Passiva – 16m:31s / 16m:45s
- 20 – Racionalização – 18m:08s / 18m:19s
- 21 – Agressão Passiva – 18m:35s / 18m:53s
- 22 – Formação Reactiva – 20m:15s / 20m:23s
- 23 – Isolamento dos Afectos – 20m:48s / 21m:14s
- 24 – Sublimação – 22m:34s / 22m:40s
- 25 – Anulação – 23m:18s / 23m:20s

- 26 – Deslocamento – 24m:00s / 24m:12s
- 27 – Racionalização – 25m:10s / 25m:25s
- 28 – Dissociação – 26m:00s / 26m:18s
- 29 – Racionalização – 26m:48s / 26m:49s
- 30 – Agressão Passiva – 27m:10s / 27m:28s
- 31 – Recalcamento – 27m:45s / 28m:15s
- 32 – Deslocamento – 28m:20s / 28m:45s
- 33 – Isolamento dos Afectos – 30m:22s / 31m:33s
- 34 – Recalcamento – 32m:02s / 33m:11s
- 35 – Agressão Passiva – 33m:55s / 34m:25s
- 36 – Projecção – 34m:28s / 34m:38s
- 37 – Agressão Passiva – 34m:50s / 35m:00s
- 38 – Formação Reactiva – 35m:30s / 35m:33s
- 39 – Sublimação – 35m:55s / 36m:53s
- 40 – Deslocamento – 37m:08s / 37m:22s
- 41 – Formação Reactiva – 37m:23s / 37m:38s
- 42 – Projecção – 38m:19s / 38m:28s
- 43 – Formação Reactiva – 40m:25s / 40m:48s
- 44 – Anulação – 40m:57s / 41m:06s
- 45 – Deslocamento – 42m:00s / 43m:00s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-1

Altruísmo-0

Antecipação-0

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-0

Sublimação-3

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-5

Anulação-4

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-3

Dissociação-1

(b) Formação reativa-5

Deslocamento-6

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-0

Idealização-2

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-5

Racionalização-5

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-5

TOTAL= 45

Paciente 2 (12 meses) - Pasta A - Ficheiro – 07AMLV

- 1 – Deslocamento – 00m:00s / 02m:58s
- 2 – Antecipação – 02m:59s / 03m:34s
- 3 – Projecção – 04m:35s / 05m:10s
- 4 – Antecipação – 05m:39s / 05m:50s
- 5 – Auto-observação – 05m: 58s / 06m: 46s
- 6 – Formação Reactiva – 06m:52s / 06m:55s
- 7 – Deslocamento – 07m:29s / 08m:12s
- 8 – Racionalização – 08m:13s / 09m:02s
- 9 – Isolamento dos Afectos – 10m:00s / 10m:08s
- 10 – Racionalização – 10m:08s / 10m:34s
- 11 – Projecção – 10m:34s / 13m:00s
- 12 – Projecção – 13m:12s / 13m:19s
- 13 – Racionalização – 13m:52s / 14m:30s
- 14 – Altruísmo – 14m:30s / 14m:45s
- 15 – Projecção – 16m:54s / 17m:54s
- 16 – Recalcamento – 19m:45s / 19m:55s
- 17 – Desvalorização – 20m:02s / 20m:28s
- 18 – Idealização – 20m:05s / 20m:20s
- 19 – Altruísmo – 20m:20s / 21m:55s
- 20 – Anulação – 22m:03s / 22m:29s
- 21 – Desvalorização – 23m:09s / 23m:14s
- 22 – Sublimação – 23m:14s / 23m:23s
- 23 – Racionalização – 23m:39s / 23m:59s
- 24 – Antecipação – 24m:00s / 24m:22s
- 25 – Anulação – 24m:23s / 24m:34s

- 26 – Altruísmo – 25m:20s / 25m:57s
- 27 – Isolamento dos Afectos – 28m:37s / 29m:14s
- 28 – Altruísmo – 32m:35s / 33m:17s
- 29 – Idealização – 33m:18s / 33m:38s
- 30 – Deslocamento – 33m:44s / 34m:18s
- 31 – Projecção – 35m:35s / 35m:50s
- 32 – Racionalização – 35m:50s / 36m:10s
- 33 – Agressão Passiva – 37m:00s / 39m:15s
- 34 – Isolamento dos Afectos – 39m:40s / 40m:45s
- 35 – Racionalização – 40m:45s / 41m:42s
- 36 – Deslocamento – 42m:06s / 42m:23s
- 37 – Racionalização – 46m:21s / 46m:30s
- 38 – Projecção – 47m:38s / 47m:48s
- 39 – Isolamento dos Afectos – 49m:05s / 51m:44s
- 40 – Desvalorização – 52m:14s / 52m:20s
- 41 – Antecipação – 53m:51s / 53m:59s
- 42 – Supressão – 54m:09s / 54m:58s
- 43 – Desvalorização – 58m:57s / 01h00m:45s
- 44 – Idealização – 01h:01m:23s / 01h:02m:00s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-4

Antecipação-4

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-1

Sublimação-1

Supressão-1

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-4

Anulação-2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-1

Dissociação-0

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-4

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-4

Idealização-3

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-6

Racionalização-7

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-1

TOTAL= 44

Paciente 2 (18meses) Pasta D - Ficheiro – 04AMLV

- 1 – Racionalização – 00m:38s / 00m:43s
- 2 – Dissociação – 00m:50s / 01m:39s
- 3 – Antecipação – 08m:30s / 08m:36s
- 4 – Afiliação – 11m:27s / 11m:42s
- 5 – Idealização – 11m:46s / 12m:10s
- 6 – Projecção – 12m:11s / 12m:30s
- 7 – Antecipação – 12m:40s / 12m:48s
- 8 – Assertividade – 11m:49s / 11m:57s
- 9 – Anulação – 16m:34s / 17m:00s
- 10 – Antecipação – 17m:43s / 17m:50s
- 11 – Negação – 19m:00s / 19m:07s
- 12 – Racionalização – 19m:08s / 19m:16s
- 13 – Afiliação – 19m:58s / 20m:20s
- 14 – Assertividade – 23m:00s / 23m:07s
- 15 – Projecção – 23m:15s / 23m:30s
- 16 – Assertividade – 23m:55s / 24m:18s
- 17 – Agressão passiva – 24m:19s / 24m:38s
- 18 – Projecção – 24m:40s / 24m:48s
- 19 – Formação Reactiva – 24m:49s / 25m:00s
- 20 – Deslocamento – 25m:24s / 25m:49s
- 21 – Formação Reactiva – 25m:50s / 25m:55s
- 22 – Isolamento dos Afectos – 26m:15s / 26m:34s
- 23 – Idealização – 26m:40s / 26m:44s
- 24 – Desvalorização – 27m:10s / 27m:21s
- 25 – Formação Reactiva – 27m:28s / 27m:30s

- 26 – Projecção – 27m:31s / 27m:35s
- 27 – Anulação – 29m:13s / 29m:20s
- 28 – Racionalização – 31m:37s / 31m:46s
- 29 – Deslocamento – 32m:28s / 33m:20s
- 30 – Auto-observação – 33m:29s / 33m:31s
- 31 – Sublimação – 33m:34s / 33m:36s
- 32 – Assertividade – 33m:37s / 33m:45s
- 33 – Racionalização – 34m:21s / 34m:29s
- 34 – Antecipação – 34m:30s / 34m:35s
- 35 – Antecipação – 35m:39s / 35m:50s
- 36 – Desvalorização – 37m:07s / 38m:00s
- 37 – Formação Reactiva – 38m:15s / 38m:25s
- 38 – Agressão passiva – 40m:10s / 40m:33s
- 39 – Isolamento dos Afectos – 41m:00s / 42m:59s
- 40 – Idealização – 43m:01s / 44m:00s
- 41 – Projecção – 44m:04s / 44m:22s
- 42 – Deslocamento – 45m:26s / 47m:50s
- 43 – Racionalização – 48m:03s / 48m:44s
- 44 – Idealização – 51m:18s / 51m:22s
- 45 – Isolamento dos Afectos – 51m:27s / 52m:12s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-2

Altruísmo-0

Antecipação-5

Humor-0

Assertividade-4

Auto-observação-1

Sublimação-1

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-3

Anulação-2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-1

(b) Formação reativa-4

Deslocamento-3

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-2

Idealização-4

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-1

Projecção-5

Racionalização-5

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-2

TOTAL= 45

Paciente 2 (18meses) - Pasta D - Ficheiro – 09AMLV

- 1 – Afiliação – 00m:11s / 00m:18s
- 2 – Projecção – 00m:21s / 00m:30s
- 3 – Sublimação – 00m:39s / 00m:42s
- 4 – Afiliação – 02m:00s / 02m:12s
- 5 – Auto-observação – 04m:13s / 04m:17s
- 6 – Antecipação – 05m:10s / 05m:12s
- 7 – Isolamento dos Afectos – 06m:20s / 07m:28s
- 8 – Afiliação – 08m:07s / 08m:25s
- 9 – Auto-observação – 08m:30s / 08m:33s
- 10 – Antecipação – 08m:35s / 08m:45s
- 11 – Afiliação – 08m:47s / 09m:03s
- 12 – Isolamento dos Afectos – 09m:06s / 09m:53s
- 13 – Antecipação – 10m:04s / 10m:41s
- 14 – Sublimação – 10m:43s / 11m:00s
- 15 – Antecipação – 11m:03s / 11m:28s
- 16 – Deslocamento – 11m:29s / 15m:00s
- 17 – Deslocamento – 16m:08s / 19m:00s
- 18 – Racionalização – 19m:04s / 19m:15s
- 19 – Deslocamento – 19m:16s / 19m:37s
- 20 – Isolamento dos Afectos – 19m:38s / 20m:28s
- 21 – Projecção – 20m:29s / 21m:00s
- 22 – Deslocamento – 21m:06s / 22m:57s
- 23 – Formação Reactiva – 22m:59s / 23m:05s
- 24 – Deslocamento – 23m:12s / 24m:10s
- 25 – Auto-observação – 24m:20s / 24m:23s

- 26 – Deslocamento – 24m:25s / 26m:22s
- 27 – Auto-observação – 26m:26s / 27m:21s
- 28 – Desvalorização – 27m:58s / 28m:12s
- 29 – Deslocamento – 28m:26s / 29m:30s
- 30 – Racionalização – 29m:37s / 29m:47s
- 31 – Projecção – 29m:48s / 30m:56s
- 32 – Isolamento dos Afectos – 31m:00s / 33m:45s
- 33 – Formação Reactiva – 35m:07s / 35m:20s
- 34 – Auto-observação – 35m:32s / 35m:50s
- 35 – Anulação – 35m:53s / 36m:18s
- 36 – Deslocamento – 36m:36s / 36m:48s
- 37 – Projecção – 36m:48s / 36m:55s
- 38 – Racionalização – 37m:05s / 37m:10s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-4

Altruísmo-0

Antecipação-4

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-5

Sublimação-2

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-4

Anulação-1

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-2

Deslocamento-8

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-1

Idealização-0

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-4

Racionalização-3

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 38

Paciente 2 (18 meses) - Pasta D - Ficheiro – 13AMLV

- 1 – Isolamento dos Afectos – 00m:04s / 01m:42s
- 2 – Racionalização – 02m:10s / 03m:58
- 3 – Deslocamento – 02m:10s / 03m:58
- 4 – Isolamento dos Afectos – 03m:58s / 05m:51s
- 5 – Racionalização – 09m:23s / 09m:31s
- 6 – Antecipação – 11m:40s / 13m:25s
- 7 – Negação – 14m:02s / 14m:04s
- 8 – Racionalização – 15m:00s / 15m:10s
- 9 – Anulação – 16m:15s / 16m:33s
- 10 – Desvalorização – 17m:16s / 17m:30s
- 11 – Deslocamento – 17m:30s / 21m:18s
- 12 – Projecção – 21m:18s / 21m:40s
- 13 – Negação – 22m:26s / 22m:40s
- 14 – Deslocamento – 22m:45s / 25m:00s
- 15 – Antecipação – 28m:53s / 29m:54s
- 16 – Supressão – 32m:40s / 33m:33s
- 17 – Antecipação – 33m:33s / 34m:00s
- 18 – Antecipação – 36m:00s / 36m:15s
- 19 – Formação Reactiva – 39m:57s / 40m:05s
- 20 – Anulação – 41m:25s / 41m:31s
- 21 – Antecipação – 41m:31s / 42m:53s
- 22 – Isolamento dos Afectos – 44m:52s / 45m:56s
- 23 – Projecção – 45m:57s / 46m:19s
- 24 – Negação – 46m:19s / 46m:29s
- 25 – Deslocamento – 46m:34s / 47m:00

- 26 – Anulação – 48m:22s / 48m:58s
- 27 – Antecipação – 49m:57s / 50m:20s
- 28 – Racionalização – 50m:55s / 51m:05s
- 29 – Altruísmo – 51m:05s / 51m:36s
- 30 – Deslocamento – 52m:12s / 54m:25s
- 31 – Projecção – 45m:25s / 55m:18s
- 32 – Desvalorização – 57m:35s / 58m:00s
- 33 – Antecipação – 59m:17s / 59m:40s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-1

Antecipação-7

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-0

Sublimação-0

Supressão-1

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-3

Anulação-3

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-5

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-2

Idealização-0

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-3

Projecção-3

Racionalização-4

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 33

Paciente 2 (18 meses) - Pasta D - Ficheiro – 17AMLV

1 – Isolamento dos Afectos – 00m:00s / 00m:22s

2 – Racionalização – 00m:22s / 00m:51s

3 – Formação Reactiva – 05m:08s / 05m:22s

4 – Antecipação – 06m06s / 06m:25s

5 – Idealização – 06m:42s / 07m:25s

6 – Idealização – 07m:25s / 07m:50s

7 – Deslocamento – 08m:00s / 09m:22s

8 – Racionalização – 09m:22s / 10m:37s

9 – Assertividade – 11m:27s / 13m:08s

10 – Deslocamento – 13m:08s / 20m:58s

11 – Projecção – 21m:15s / 21m:26s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-0

Antecipação-1

Humor-0

Assertividade-1

Auto-observação-0

Sublimação-0

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-1

Anulação-0

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-2

III- Imaturas:

4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) –

Desvalorização-0

Idealização-2

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-1

Racionalização-2

Fantasia autística-0

2. Nível de distorção de imagem maior (borderline) –

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 11

Anexo 8 – SWAP-200

(Tradução de António Pazo Pires, David Sá, Sofia Cabrita, Fábio Mateus)

		0	1	2	3	4	5	6	7	
1.	Tende a culpabilizar-se ou a sentir-se responsável por coisas más que acontecem.									1.
2.	É capaz de usar as suas habilidades, talentos e energia de forma eficaz e produtiva.									2.
3.	Aproveita-se dos outros; só quer saber de si mesmo; investe pouco em valores morais.									3.
4.	Tem um sentido de auto-importância exagerado.									4.
5.	Tende a ser emocionalmente intrusivo(a); a não respeitar as necessidades de autonomia, privacidade, etc., dos outros.									5.
6.	É incomodado(a) por pensamentos obsessivos recorrentes, que experiencia como sendo intrusivos e desprovidos de sentido.									6.
7.	Aparenta estar em conflito com a sua identidade racial ou étnica (exemplo, subestima e rejeita, ou sobrevaloriza e preocupa-se com, o seu património cultural).									7.
8.	Tende a entrar em disputas de poder.									8.
9.	Tende a pensar que os outros têm inveja dele(a).									9.
10.	Sente que, um outro importante tem uma capacidade especial, quase mágica, de entender os seus pensamentos e sentimentos mais íntimos (exemplo: pode imaginar que a ligação é tão perfeita, que esforços de comunicação comuns são vistos como supérfluos).									10.
11.	Tende a ficar apegado(a) rápida e intensamente; desenvolve sentimentos, expectativas, etc., não justificados pelo historial ou contexto relacional.									11.
12.	Tende a perder controlo das emoções, conduzindo a extremos de ansiedade, tristeza, raiva, excitação, etc.									12.
13.	Tende a usar os seus problemas psicológicos ou médicos, para evitar trabalho ou responsabilidades (quer seja consciente ou inconscientemente).									13.
14.	Tende a culpar outros pelos seus erros ou falhas; tende a acreditar que os seus problemas são causados por factores externos.									14.
15.	Carece de uma imagem estável de quem é ou de quem gostaria de se tornar (exemplo: atitudes, valores, objectivos e sentimentos acerca de si mesmo podem ser instáveis e estar em mutação).									15.
16.	Tende a estar zangado(a) ou a ser hostil (quer seja consciente ou inconscientemente).									16.
17.	Tende a ser submisso e a agradar (exemplo: pode consentir em determinadas coisas com as quais não concorda ou não quer fazer, na esperança de obter apoio ou aprovação).									17.
18.	Quando se sente atraído romântica ou sexualmente, tende a perder o interesse se o outro retribui.									18.
19.	Gosta de desafios; tem prazer ao realizar/alcançar coisas.									19.
20.	Tende a ser desonesto; tende a mentir ou enganar.									20.
21.	Tende a ser hostil para com membros do sexo oposto, quer seja consciente ou inconscientemente (exemplo: pode ser depreciativo(a), competitivo(a), etc.)									21.
22.	Tende a desenvolver sintomas somáticos como resposta a situações de stress ou de conflito (exemplo: cefaleias, dores dorsais ou lombares, dores abdominais, asma, etc.)									22.
23.	Tende a envolver-se em "triângulos" amorosos ou sexuais (exemplo: interessa-se mais por parceiros que já estejam envolvidos com alguém, ou que sejam desejados por outra pessoa, etc.)									23.
24.	Tende a ser irresponsável e a não ser de confiança (exemplo: pode não cumprir obrigações laborais, ou não honrar compromissos, financeiros).									24.
25.	Tem dificuldade em reconhecer ou exprimir sentimentos de raiva/zanga.									25.
26.	Tende a ser levado(a) a envolver-se, ou a manter-se, em relações emocionalmente ou fisicamente abusivas.									26.
27.	Tem ataques de pânico que duram desde alguns minutos a algumas horas, acompanhados por fortes reacções fisiológicas (exemplo: ritmo cardíaco acelerado, falta de ar, sensação de asfixia, náuseas, tonturas, etc.).									27.
28.	Tende a preocupar-se com sujidade, limpeza, contaminação, etc. (exemplo: beber do mesmo copo que outra pessoas, sentar-se em sanitários de casas de banho públicas).									28.

		0	1	2	3	4	5	6	7	
29.	Tem dificuldade em compreender o comportamento de outras pessoas; muitas vezes não entende, interpreta mal ou fica confuso com as acções e reacções dos outros.									29.
30.	Tende a sentir-se apático(a), cansado(a) ou com falta de energia.									30.
31.	Tende a demonstrar desrespeito exagerado pelos direitos, propriedade ou segurança dos outros.									31.
32.	É capaz de sustentar uma relação amorosa significativa, caracterizada por intimidade e preocupação genuínos.									32.
33.	Parece inibido(a) no que toca a perseguir objectivos ou ao ser bem sucedido(a); tende a ter aspirações e realizações inferiores ao seu potencial.									33.
34.	Tende a ser sexualmente provocante ou sedutor(a) em excesso, seja consciente ou inconscientemente (exemplo: ser inadequadamente sedutor(a), preocupado(a) com conquistas sexuais, com tendência a transmitir intenções amorosas e relacionais falsas, etc.).									34.
35.	Tende a ser ansioso(a).									35.
36.	Tende a sentir-se impotente, ou à mercê de forças fora do seu controlo.									36.
37.	Faz-lhe sentido pertencer e contribuir para uma comunidade alargada (exemplo: uma organização, igreja, bairro, etc.)									37.
38.	Tende a sentir que não é ele(a) próprio(a) quando está com outros; tende a sentir-se falso(a) ou fraudulento(a).									38.
39.	Aparenta ter prazer ou satisfação em ser sádico ou agressivo para com outros (quer seja consciente ou inconscientemente).									39.
40.	Tende a envolver-se em comportamentos ilegais ou criminais.									40.
41.	Parece ser incapaz de descrever pessoas próximas, de forma a transmitir como são enquanto pessoas; as descrições de outros parecem bidimensionais e carecem riqueza.									41.
42.	Tende a sentir-se invejoso(a).									42.
43.	Tende a procurar ter influência ou poder sobre outros (quer seja de uma forma benéfica ou destrutiva).									43.
44.	A sua percepção da realidade pode ficar bastante comprometida em situações de stress (exemplo: pode ficar delirante).									44.
45.	Tende a idealizar os outros de forma irrealista; vê-os como "todos bons", excluindo os defeitos humanos comuns.									45.
46.	Tende a ser sugestionável ou facilmente influenciável.									46.
47.	Não tem a certeza se é heterossexual, homossexual ou bissexual.									47.
48.	Procura ser o centro das atenções.									48.
49.	Fantasia com sucesso, poder, beleza, talento, genialidade, etc., ilimitados.									49.
50.	Tende a sentir que a vida não tem sentido.									50.
51.	Tende a fazer com que os outros gostem dele(a).									51.
52.	É pouco empático(a); parece incapaz e compreender ou responder às necessidades e sentimentos dos outros, a não ser que sejam coincidentes com os seus.									52.
53.	Parece tratar os outros essencialmente como uma audiência, para testemunhar a sua própria importância, genialidade, beleza, etc.									53.
54.	Tende a sentir-se inadequado(a), inferior, um fracasso.									54.
55.	É capaz de encontrar sentido e sentir-se realizado ao guiar, orientar e cuidar de outros.									55.
56.	Aparenta sentir pouco ou nenhum prazer, satisfação ou divertimento na vida do dia a dia.									56.
57.	Tende a sentir-se culpado.									57.
58.	Tem pouco ou nenhum interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa.									58.
59.	É empático(a); é sensível e responsivo(a) às necessidades de outros.									59.
60.	Tende a ser tímido(a) ou reservado(a) em situações sociais.									60.
61.	Tende a menosprezar as qualidades tradicionalmente associadas ao seu género e, a adoptar as qualidades tradicionalmente associadas ao género oposto (exemplo: uma mulher que desvaloriza o carinho e a sensibilidade emocional e valoriza a conquista e independência).									61.
62.	Tende a preocupar-se com comida, dieta ou em comer.									62.
63.	É capaz de se afirmar de forma eficaz e adequada, quando necessário.									63.
64.	O seu humor tende a variar em intervalos de semanas ou meses, entre estados de excitação e depressão (um posicionamento elevado implica perturbação bipolar).									64.
65.	Procura dominar uma pessoa próxima (exemplo: esposa(a), amante, membro da família) através de violência e intimidação.									65.

		0	1	2	3	4	5	6	7	
66.	É excessivamente dedicado(a) ao trabalho e à produtividade; em detrimento de actividades de lazer e relacionamentos.									66.
67.	Tende a ser avarento(a) e retraído(a) (quer em relação a dinheiro, como ideias, emoções, etc.).									67.
68.	Aprecia e reage ao humor.									68.
69.	Tem dificuldade em descartar coisas, mesmo quando estão desgastadas ou são inúteis; tende a acumular, coleccionar ou apegar-se às coisas.									69.
70.	Tem episódios em que come descontroladamente seguidos por “expurgos” (exemplo: provocar o vômito, abuso de laxantes, jejuns, etc.); tem episódios bulímicos.									70.
71.	Tende a procurar emoções fortes, novidades, aventura, etc.									71.
72.	As suas percepções parecem superficiais, globais e impressionistas; tem dificuldade em focar-se em detalhes específicos.									72.
73.	Tende a “catastrofizar”; tende a ver os problemas como desastrosos, insolúveis, etc.									73.
74.	Expressa emoções de forma exagerada e teatral									74.
75.	Tende a pensar em termos concretos e de interpretar as coisas de forma excessivamente literal, tem uma capacidade limitada de apreciar a metáfora, a analogia ou a nuance.									75.
76.	Consegue que os outros experienciem sentimentos semelhantes aos que está a sentir (exemplo: quando está zangado(a) age de forma a provocar sentimentos de zanga nos outros; quando está ansioso(a) age de forma a induzir essa ansiedade em outros).									76.
77.	Tende a ser excessivamente, carente ou dependente; requer assurance ou aprovação excessivas.									77.
78.	Tende a expressar a agressividade de forma passiva e indirecta (exemplo: pode cometer erros, adiar, esquecer, ficar amuado(a), etc.).									78.
79.	Tende a ver algumas pessoas como “todas más”, e perde a capacidade de perceber quaisquer qualidades positivas que essas pessoas possam ter.									79.
80.	Tende a ser sexualmente possessivo(a) ou ciumento(a); tende a preocupar-se com infidelidade, seja esta real ou imaginária.									80.
81.	Revive, ou volta a experienciar repetidamente, um evento traumático passado (exemplo: tem memórias intrusivas ou sonhos recorrentes sobre esse evento; fica assustado ou aterrorizado com eventos actuais que sejam, de alguma forma, semelhantes, ou que simbolizem, esse evento passado).									81.
82.	É capaz de ouvir informações/ideias que sejam emocionalmente ameaçadoras (i.e., que desafiem crenças, percepções e auto-percepções) e consegue utilizá-las e delas tirar partido.									82.
83.	As crenças e expectativas parecem clichés ou estereótipos, como se fossem retiradas de livros de histórias ou filmes.									83.
84.	Tende a ser competitivo(a) (quer seja consciente ou inconscientemente).									84.
85.	Tem interesses homossexuais (de forma consciente) (posicionamento moderado implica bissexualidade, posicionamento elevado implica homossexualidade exclusiva).									85.
86.	Tende a sentir-se envergonhado ou constrangido.									86.
87.	Assume facilmente que os outros o(a) querem prejudicar ou aproveitar-se dele(a); tende a perceber intenções malévolas nas palavras ou acções de terceiros.									87.
88.	Tende a preocupar-se pouco com a satisfação das suas necessidades; parece não se sentir no direito de receber ou de pedir coisas que na realidade merece.									88.
89.	Aparenta ter-se reconciliado com as experiências dolorosas do passado; encontrou sentido nessas experiências e cresceu com elas.									89.
90.	Tende a sentir-se vazio(a) e aborrecido(a).									90.
91.	Tende a ser auto-crítico; estabelece padrões irrealisticamente altos para si mesmo(a) e é intolerante com os seus próprios defeitos.									91.
92.	É eloquente; exprime-se bem oralmente.									92.
93.	Parece saber menos sobre as normas sociais do que seria de esperar, dado a sua inteligência, experiência, etc.; parece ingénuo(a) ou inocente.									93.
94.	Tem uma vida sexual activa e satisfatória.									94.
95.	Aparenta sentir-se confortável e à vontade em situações sociais.									95.
96.	Tende a provocar antipatia ou animosidade nos outros.									96.
97.	Tende a utilizar, de forma excessiva, a sua atractividade física para ser alvo de atenção.									97.
98.	Tende a recear o abandono ou rejeição por parte de outros emocionalmente significativos.									98.
99.	Aparenta associar a actividade sexual ao perigo (exemplo: ferimento, castigo, contaminação, etc.), quer seja de forma consciente ou inconsciente.									99.

		0	1	2	3	4	5	6	7	
100.	Tende a pensar em termos abstractos ou intelectualizados, mesmo em questões com importância pessoal.									100.
101.	Geralmente encontra contentamento e felicidade nas "actividades de vida".									101.
102.	Tem uma fobia específica (exemplo: cobras, aranhas, cães, aviões, elevadores, etc.).									102.
103.	Tende a reagir perante críticas com sentimentos de raiva ou humilhação.									103.
104.	Aparenta ter pouca necessidade de companhia ou de contacto humano; é genuinamente indiferente à presença de outros.									104.
105.	Tende a evitar confiar nos outros devido ao medo de traição; espera que as coisas que diz ou faz sejam usadas contra ele(a).									105.
106.	Tende a expressar os afectos de forma adequada (em qualidade e intensidade) à situação em causa.									106.
107.	Tende a manifestar qualidades e maneirismos, associadas ao seu género, mas de forma exagerada (i.e., uma mulher super feminina, ou um homem super masculino/"macho").									107.
108.	Tende a restringir a ingestão de alimentos ao ponto de se encontrar abaixo do peso mínimo e subnutrido(a).									108.
109.	Tende a ter comportamentos de auto-mutilação (exemplo: cortar-se, queimar-se, etc.).									109.
110.	Tende a ficar apegado(a) a, ou emocionalmente interessado(a) em, pessoas que estão emocionalmente indisponíveis.									110.
111.	Tem capacidade de reconhecer pontos de vista alternativos, mesmo em assuntos que suscitem sentimentos fortes.									111.
112.	Tende a não se preocupar com as consequências das suas acções; parece sentir-se imune ou invulnerável.									112.
113.	Aparenta não sentir remorso por danos ou ferimentos causados a terceiros.									113.
114.	Tende a ser crítico em relação a outros.									114.
115.	Tende a partir coisas ou a ficar fisicamente agressivo(a) quando está zangado(a).									115.
116.	Tende a ver os seus próprios sentimentos e impulsos inaceitáveis em outras pessoas, em vez de os ver como seus.									116.
117.	É incapaz de se acalmar ou confortar quando está angustiado(a); requer o envolvimento de outra pessoa para ajudar a regular o afecto.									117.
118.	Tende a ver as experiências sexuais como revoltantes ou repugnantes.									118.
119.	Tende a estar inibido(a) ou tenso(a); tem dificuldade, em permitir a si mesmo(a), o reconhecimento ou a expressão de desejos e impulsos.									119.
120.	Tem padrões morais e éticos e tenta viver de acordo com eles.									120.
121.	É criativo(a); é capaz de ver coisas ou de abordar problemas de forma inovadora.									121.
122.	As "condições de habitação" em que vive tendem a ser caóticas e instáveis (exemplo: temporárias, transitórias, ou mal definidas; não ter telefone ou endereço permanente).									122.
123.	Tende a aderir rigidamente a rotinas diárias, ficando nervoso(a) ou desconfortável quando estas são alteradas.									123.
124.	Tende a evitar situações sociais devido ao medo de situações embaraçosas ou humilhantes.									124.
125.	A sua aparência ou conduta parecem estranhos ou peculiares (exemplo: vestuário, higiene, postura, contacto ocular, ritmos do discurso, etc., parecem estranhos ou peculiares).									125.
126.	Aparenta ter um leque de emoções limitado ou reduzido.									126.
127.	Tende a sentir-se incompreendido(a), tratado(a) indevidamente ou vitimizado(a).									127.
128.	Fantasia acerca de encontrar o amor ideal, perfeito.									128.
129.	Tende a sentir-se em conflito com autoridade (exemplo: pode sentir que se deve submeter, rebelar-se contra, conquistar, derrotar, etc.).									129.
130.	Os processos de raciocínio ou experiências perceptivas parecem estranhos e idiossincráticos (exemplo: fazer inferências aparentemente arbitrárias; pode ser mensagens ocultas ou significados especiais em eventos comuns).									130.
131.	Tem dificuldade em permitir-se experienciar emoções fortes e prazerosas (exemplo: entusiasmo, alegria, orgulho).									131.
132.	Tende a envolver-se sexualmente inúmeras vezes; é promíscuo.									132.
133.	Tende a ser arrogante, altivo ou depreciativo.									133.
134.	Tende a agir de forma impulsiva, sem considerar as consequências.									134.
135.	Tem medos infundados de contrair alguma doença; tende a interpretar dores normais como sendo sintomas de alguma doença; é hipocondríaco(a).									135.
136.	Tende a ser supersticioso(a) e a acreditar em fenómenos mágicos ou sobrenaturais (exemplo: astrologia, tarou, cristais, percepção extra-sensorial, auras, etc.).									136.

		0	1	2	3	4	5	6	7	
137.	Evidencia desejos ou interesses homossexuais inconscientes (exemplo: pode ser excessivamente homofóbico(a), ou pode mostrar sinais de atração, não reconhecida, por pessoas do mesmo sexo).									137.
138.	Tende a entrar em estados alterados ou dissociados de consciência, quando angustiado(a)/sob stress (exemplo: o Eu ou o mundo parecem-lhe estranhos, desconhecidos, ou irrealis).									138.
139.	Tende a guardar rancores; pode ruminar sobre insultos ou questões de pouca importância durante longos períodos de tempo.									139.
140.	Tem uma perversão sexual ou fetiche; condições, rigidamente definidas ou altamente idiossincráticas, que têm de ser cumpridas para que o sujeito possa ter alguma gratificação sexual.									140.
141.	Identifica-se profundamente com uma causa política ou social, ao ponto de parecer excessivo ou fanático.									141.
142.	Tende a fazer repetidas ameaças ou tentativas de suicídio, sejam estas um pedido de ajuda, ou um esforço para manipular outros.									142.
143.	Tende a acreditar que só pode ser apreciado(a) por, ou estar associado a, pessoas de elevado estatuto, superiores, ou especiais de alguma outra forma.									143.
144.	Tende a ver-se como lógico(a) e racional, não influenciável por emoções; prefere agir como se as emoções fossem irrelevantes ou sem importância.									144.
145.	O discurso tende a ser circunstancial, vago, desconexo, digressivo, etc									145.
146.	Tende a provocar tédio/aborrecimento nos outros (exemplo: pode falar incessantemente, sem sentimento, ou acerca de assuntos sem importância).									146.
147.	Tende a abusar do consumo de álcool.									147.
148.	Tem pouco insight acerca dos seus próprios motivos, comportamentos, etc.; é incapaz de considerar interpretações alternativas das suas experiências.									148.
149.	Sente-se como proscrito ou intruso; sente-se como se não pertencesse verdadeiramente.									149.
150.	Tende a identificar-se, de forma exagerada, com pessoas que admira; tende a tornar-se um admirador ou discípulo (exemplo: pode assumir as atitudes, crenças, maneirismos, etc., do outro).									150.
151.	Parece experienciar o passado como uma série de eventos desconexos ou desligados; tem dificuldade em relatar de forma coerente a sua história de vida.									151.
152.	Tende a reprimir ou “esquecer” eventos angustiantes, ou a distorcer esses eventos até ficarem irreconhecíveis.									152.
153.	As relações interpessoais tendem a ser instáveis, caóticas e a mudarem rapidamente.									153.
154.	Tende a provocar reacções extremas, ou a desencadear sentimentos fortes, em outras pessoas.									154.
155.	Tende a descrever as suas experiências como generalidades; não querendo ou não podendo dar detalhes específicos.									155.
156.	Tem uma imagem corporal perturbada ou distorcida; vê-se como não atractivo(a), grotesco(a), repugnante, etc.									156.
157.	Tende a ficar irracional quando são desencadeadas emoções fortes; pode demonstrar um declínio acentuado em relação ao nível de funcionamento habitual.									157.
158.	Parece reatar compromissos ou relações a longo prazo.									158.
159.	Tende a negar ou a repudiar as próprias necessidades de carinho, conforto, proximidade, etc., ou a considerar essas necessidades como inaceitáveis.									159.
160.	Tem falta de amigos de relacionamentos íntimos.									160.
161.	Tende a abusar do consumo de drogas ilícitas.									161.
162.	Expressa sentimentos contraditórios sem se perturbar com a inconsistência; tem pouca necessidade de conciliar ou resolver ideias contraditórias.									162.
163.	Parece querer auto-punir-se; cria situações que levam à infelicidade ou evita activamente oportunidades de prazer ou de gratificação.									163.
164.	Tende a ser presunçoso(a) e moralista.									164.
165.	Tende a distorcer desejos ou sentimentos inaceitáveis, transformando-os no seu oposto (pode expressar uma preocupação extrema ou afectividade enquanto mostra sinais de hostilidade, não reconhecidos pelo(a) próprio(a); pode expressar aversão acerca de determinadas questões de natureza sexual, enquanto demonstra sinais de interesse ou excitação, não reconhecidos pelo(a), próprio(a); etc.).									165.
166.	Tende a oscilar entre a falta e o excesso de controlo de necessidades e de impulsos (i.e., as necessidades e os desejos são expressos ou de forma impulsiva e com pouca preocupação em relação às consequências, ou rejeitados sem lhes ser permitida qualquer expressão).									166.

		0	1	2	3	4	5	6	7	
167.	É carente e simultaneamente expressa rejeição em relação a outros (exemplo: deseja intimidade e cuidado, mas tende a rejeitá-los quando oferecidos por alguém).									167.
168.	Luta contra uma vontade genuína de se suicidar.									168.
169.	Tem medo de se tornar como um dos pais (ou figuras parentais), acerca do qual tem fortes sentimentos negativos; pode esforçar-se exageradamente para evitar ou rejeitar, atitudes ou comportamentos associados a essa pessoa.									169.
170.	Tende a expressar oposição, "ser do contra", ou discordar rapidamente.									170.
171.	Aparenta recluir-se sozinho(a); pode esforçar-se muito para evitar estar sozinho(a).									171.
172.	Apresenta uma disfunção sexual específica durante a relação sexual ou durante as tentativas de relação sexual (exemplo: inibição do orgasmo ou vaginismo em mulheres, impotência ou ejaculação precoce nos homens).									172.
173.	Tende a ficar absorvido(a) por detalhes, de tal forma que perde noção dos aspectos significativos de uma dada situação.									173.
174.	Espera de si próprio(a) a perfeição (exemplo: na aparência, conquistas, desempenho, etc.).									174.
175.	Tende a ser consciente e responsável.									175.
176.	Tende a confundir os próprios pensamentos, sentimentos ou traços de personalidade com os de outras pessoas (exemplo: pode usar as mesmas palavras para se descrever a si mesmo(a) e à outra pessoa, acredita que os dois partilham pensamentos e sentimentos semelhantes, trata o outro como uma extensão dele(a) próprio(a), etc.).									176.
177.	Convence, repetidamente, os outros do seu compromisso de mudança, acabando por reverter aos seus anteriores comportamentos desadaptados; tende a convencer os outros que "desta vez é realmente diferente".									177.
178.	Preocupa-se com a sensação de que algo, ou alguém, está irremediavelmente perdido(a) (exemplo: amor, juventude, oportunidade de ser feliz, etc.).									178.
179.	Tende a ser energético(a) e extrovertido(a).									179.
180.	Tem dificuldade em tomar decisões; tende a ser indeciso(a) ou a vacilar face à tomada de decisão.									180.
181.	Tende a escolher parceiros sexuais ou românticos que parecem inapropriados em termos de idade, estatuto (exemplo: social, económico, intelectual), etc.									181.
	Tende a ser controlador(a).									182.
183.	Tem um bom insight; é capaz de se compreender a si mesmo, e os outros de forma subtil e sofisticada.									183.
184.	As 182 declarações verbais parecem incongruentes com a expressão afectiva ou com as mensagens não-verbais.									184.
185.	Tende a expressar raiva/zanga de forma intensa e inadequada, sendo desproporcional à situação em causa.									185.
186.	Tem dificuldade em direccionar os sentimentos de carinho e de desejo sexual para a mesma pessoa (exemplo: vê as pessoas como respeitáveis e virtuosas, ou como "sexy" e excitantes, mas nunca como ambas)									186.
187.	Tende a sentir-se culpado(a) ou envergonhado(a) sobre dos seus interesses e actividades sexuais (quer seja consciente ou inconscientemente).									187.
188.	A vida profissional tende a ser caótica ou instável (exemplo: o "regime de trabalho" parece sempre temporário, transitório ou mal definido).									188.
189.	Tende a sentir-se infeliz, deprimido, ou desanimado.									189.
190.	Parece sentir-se privilegiado e "com direitos"; espera um tratamento privilegiado.									190.
191.	As emoções tendem a mudar rápida e imprevisivelmente.									191.
192.	Tende a preocupar-se excessivamente com regras, procedimentos, ordem, organização, horários, etc.									192.
193.	Carece de habilidades sociais; tende a ser socialmente inábil e inapropriado(a).									193.
194.	Tende a manipular as emoções dos outros para obter o que quer.									194.
195.	Tende a preocupar-se com a morte e morrer.									195.
196.	É capaz de encontrar significado e satisfação em procurar atingir objectivos a longo prazo.									196.
197.	Tende a procurar ou a estabelecer relações interpessoais em que esteja no papel de cuidador, em que resgata ou protege os outros.									197.
198.	Não se expressa de forma clara e explícita; tem uma capacidade limitada de se expressar oralmente.									198.
199.	Tende a ser passivo e não assertivo(a).									199.
200.	É capaz de estabelecer amizades próximas e duradouras, caracterizadas pelo apoio mútuo e pela partilha de experiências.									200.

Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas

Anexo 9 - Grelha de Classificação - SWAP-200 – Paciente 1

SWAP Item	Início	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
1	5	7	7	7	0
2	1	1	2	1	2
3	0	0	0	1	0
4	0	0	0	0	0
5	4	3	2	1	0
6	2	4	7	6	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0
11	5	5	5	4	4
12	5	6	3	6	0
13	4	2	4	6	5
14	2	5	6	3	6
15	4	2	1	4	1
16	0	1	3	0	0
17	5	0	6	3	5
18	0	0	0	0	0
19	0	0	1	1	2
20	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	4
22	0	0	0	0	0
23	5	6	7	6	2
24	3	1	1	4	4
25	0	0	0	0	0
26	5	3	4	3	6
27	0	0	0	0	0
28	0	0	0	0	0
29	2	3	5	3	1
30	6	6	5	7	2
31	0	0	0	0	0
32	1	1	5	2	1

33	4	5	3	6	5
34	2	1	3	2	3
35	0	2	0	1	3
36	0	0	0	0	0
37	0	0	0	0	0
38	1	0	2	0	3
39	0	0	0	0	0
40	0	0	1	0	0
41	2	1	0	1	4
42	0	3	1	5	0
43	0	0	0	0	0
44	0	0	0	0	0
45	6	5	7	5	7
46	0	1	4	2	3
47	0	0	0	0	0
48	2	2	0	1	1
49	0	0	0	0	0
50	3	7	4	7	2
51	3	5	4	4	7
52	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	0
54	5	6	5	6	1
55	2	2	2	1	3
56	6	5	4	6	4
57	3	7	7	6	0
58	0	0	0	0	0
59	5	4	3	4	5
60	2	0	0	1	3
61	0	0	0	0	0
62	7	7	7	7	7
63	4	2	2	1	4
64	0	3	1	1	0
65	0	0	0	0	0
66	0	0	0	0	0
67	3	0	0	0	2
68	3	3	6	2	4
69	0	0	0	0	0
70	0	1	6	1	0

71	0	0	0	0	0
72	2	2	0	3	2
73	2	4	0	4	1
74	1	3	0	3	0
75	0	0	0	0	0
76	0	0	0	0	0
77	7	7	6	6	7
78	2	3	2	3	4
79	0	1	0	0	0
80	7	1	4	2	5
81	0	1	0	0	0
82	2	1	3	2	3
83	0	0	0	0	0
84	1	2	3	2	3
85	0	0	0	0	0
86	2	4	0	3	3
87	0	0	0	0	0
88	0	2	0	1	2
89	1	0	1	0	2
90	7	6	4	7	5
91	6	6	3	5	4
92	5	4	3	5	5
93	0	1	1	2	1
94	0	0	1	0	0
95	3	2	5	4	4
96	0	0	0	0	0
97	2	0	0	0	3
98	7	7	6	7	7
99	0	0	0	0	0
100	0	0	0	0	0
101	1	1	2	0	2
102	0	0	0	0	0
103	2	3	0	0	2
104	0	0	0	0	0
105	0	0	2	0	0
106	3	2	3	1	3

107	0	0	0	0	0
108	0	0	0	0	0
109	0	0	0	0	0
110	6	7	7	6	4
111	2	2	3	2	2
112	1	5	4	5	3
113	0	0	0	0	0
114	3	5	3	3	6
115	0	0	0	0	0
116	3	4	0	0	4
117	4	4	4	4	3
118	0	0	0	0	0
119	0	0	0	0	1
120	6	6	4	4	6
121	1	1	1	2	1
122	0	1	0	2	0
123	0	0	0	0	0
124	3	3	0	0	2
125	0	0	0	0	0
126	0	0	0	0	0
127	6	5	4	5	6
128	5	4	5	3	5
129	0	1	0	3	4
130	0	0	0	0	0
131	6	5	2	5	3
132	1	2	3	0	2
133	1	1	0	0	0
134	1	6	5	5	2
135	0	0	0	0	0
136	0	0	0	0	0
137	0	0	0	0	0
138	0	0	0	0	0
139	0	2	0	2	0
140	0	0	0	0	0
141	0	0	0	0	0
142	0	0	0	0	0
143	0	0	0	0	0

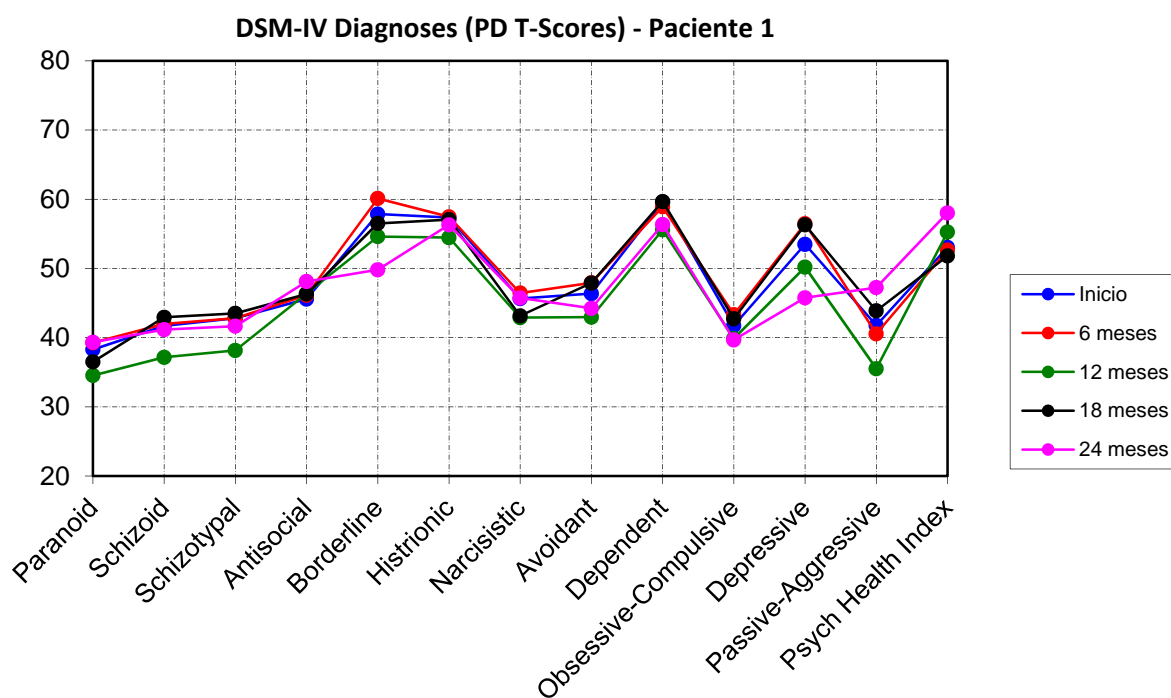
144	0	0	0	0	0
145	0	0	0	0	0
146	0	0	0	0	0
147	0	0	4	0	0
148	3	3	2	3	1
149	0	1	0	1	1
150	0	0	0	0	0
151	1	0	0	0	0
152	1	0	2	1	1
153	7	3	5	3	6
154	4	0	0	2	2
155	2	1	1	2	2
156	7	6	5	5	2
157	0	0	0	0	0
158	0	0	0	0	0
159	0	0	0	0	0
160	1	0	0	0	1
161	0	0	0	0	0
162	5	4	2	3	5
163	4	4	6	5	3
164	0	1	1	1	1
165	2	2	0	4	5
166	1	4	3	5	1
167	0	0	2	0	0
168	0	0	0	0	0
169	0	0	1	0	0
170	4	3	1	3	7
171	7	7	7	7	7
172	0	0	0	0	0
173	1	0	0	2	0
174	1	4	0	2	0
175	3	2	3	1	3
176	3	2	1	2	1
177	0	0	1	0	0

178	5	0	0	0	0
179	0	0	1	0	1
180	3	4	1	3	5
181	6	5	6	4	6
182	4	0	3	0	1
183	3	3	4	2	4
184	4	3	2	4	6
185	0	0	1	0	0
186	1	0	2	0	5
187	0	0	5	0	0
188	4	4	5	4	6
189	6	6	6	7	1
190	0	0	1	0	0
191	1	3	2	1	1
192	0	0	1	0	0
193	0	1	1	1	0
194	0	0	0	0	1
195	0	0	0	0	0
196	1	0	2	1	1
197	1	0	0	0	0
198	0	0	0	1	0
199	4	2	2	4	6
200	4	5	6	5	7

Anexo 10 - Quadros de avaliação SWAP-200 – Paciente 1

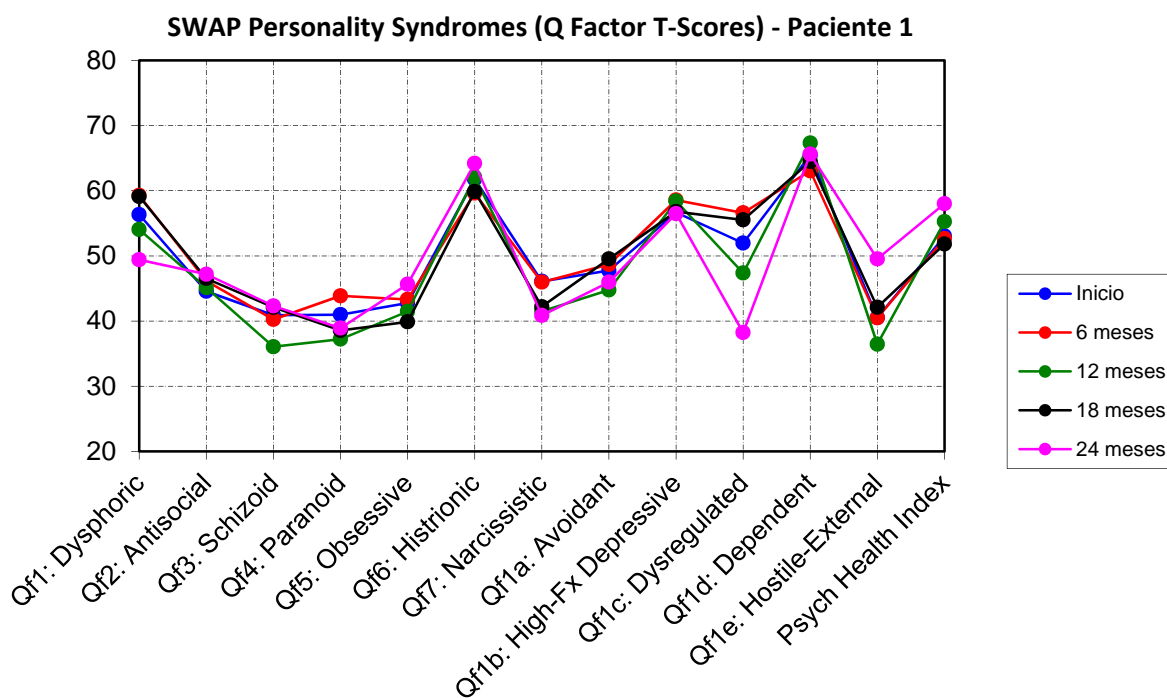
SWAP DSM-IV Diagnoses (PD T-Scores) – Paciente 1

	Paranoid	Schizoid	Schizotypal	Antisocial	Borderline	Histrionic	Narcissistic	Avoidant	Dependent	Obsessive Compulsive	Depressive	Passive Aggressive	Psych Health Index
Início	38,3	41,7	42,8	45,6	57,9	57,3	45,6	46,4	59,6	41,7	53,5	41,8	53,0
6 meses	39,3	42,0	42,8	46,1	60,1	57,5	46,4	47,9	58,9	43,3	56,5	40,6	52,7
12 meses	34,5	37,2	38,2	46,4	54,6	54,5	42,9	43,0	55,6	39,9	50,2	35,5	55,3
18 meses	36,5	42,9	43,5	46,3	56,5	57,1	43,1	47,9	59,7	42,7	56,3	43,9	51,8
24 meses	39,3	41,2	41,7	48,1	49,8	56,3	45,7	44,2	56,3	39,7	45,8	47,2	58,0



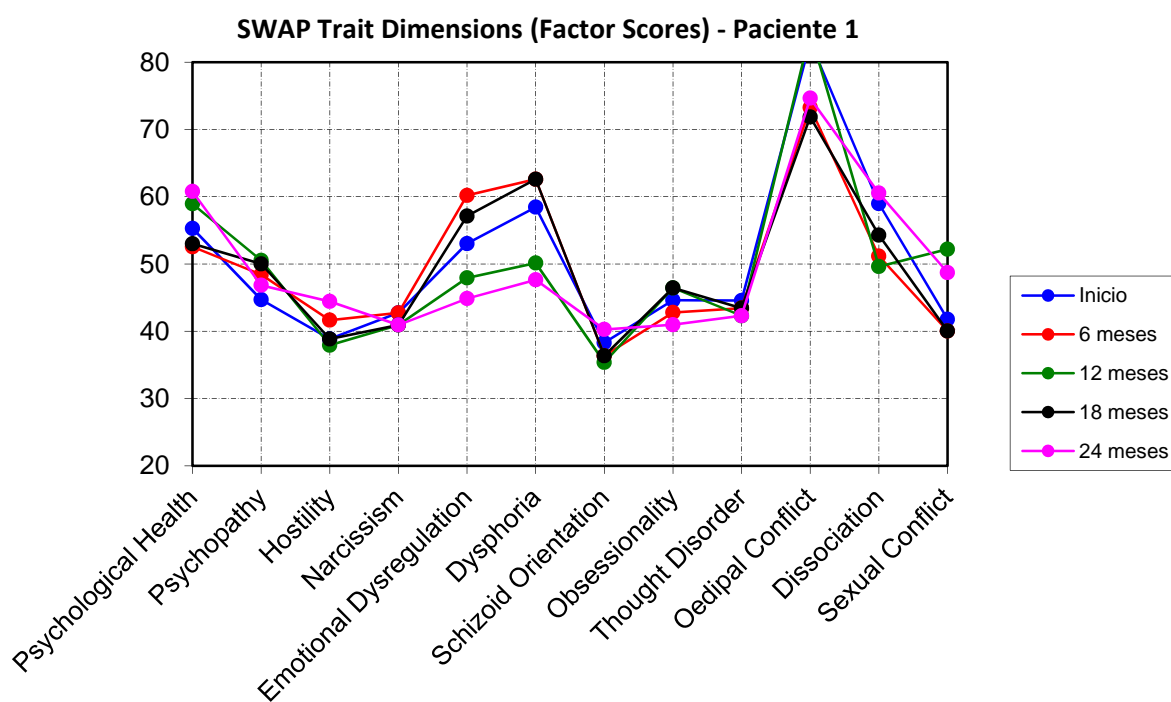
SWAP Personality Syndromes (Q Factor T-Scores) – Paciente 1

	Qf1: Dysphoric	Qf2: Antisocial	Qf3: Schizoid	Qf4: Paranoid	Qf5: Obsessive	Qf6: Histrionic	Qf7: Narcissistic	Qf1a: Avoidant	Qf1b: High-Fx Depressive	Qf1c: Dysregulated	Qf1d: Dependent	Qf1e: Hostile External	Psych Health Index
Inicio	56,3	44,6	40,9	41,0	42,8	61,8	46,1	47,7	56,7	52,0	65,5	40,5	53,0
6 meses	59,3	46,2	40,3	43,9	43,3	59,6	46,0	48,7	58,6	56,6	63,1	40,5	52,7
12 meses	54,1	45,1	36,1	37,2	41,5	62,1	41,5	44,8	58,4	47,4	67,3	36,5	55,3
18 meses	59,1	46,5	42,1	38,6	39,9	59,9	42,2	49,5	56,8	55,5	64,5	42,1	51,8
24 meses	49,4	47,2	42,3	38,9	45,7	64,2	40,9	46,0	56,5	38,2	65,6	49,5	58,0



SWAP Trait Dimensions (Factor T-Scores) – Paciente 1

	Psychological Health	Psychopathy	Hostility	Narcissism	Emotional Dysregulation	Dysphoria	Schizoid Orientation	Obsessionality	Thought Disorder	Oedipal Conflict	Dissociation	Sexual Conflict
Inicio	55,3	44,7	38,9	42,7	53,0	58,4	38,3	44,6	44,6	83,1	59,0	41,8
6 meses	52,6	48,4	41,6	42,7	60,2	62,6	36,4	42,8	43,4	73,3	51,2	40,1
12 meses	59,0	50,5	37,9	40,9	47,9	50,1	35,4	46,4	42,3	84,5	49,6	52,2
18 meses	53,0	50,0	38,9	40,9	57,1	62,6	36,4	46,4	43,4	71,9	54,3	40,1
24 meses	60,8	46,8	44,4	40,9	44,9	47,7	40,3	41,0	42,3	74,7	60,5	48,7



Anexo 11 - Grelha de Classificação - SWAP-200 – Paciente 2

SWAP Item	Início	6 meses	12 meses	18 meses
1	0	2	7	1
2	5	6	3	4
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	1	1
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	3	6	7
13	0	0	0	0
14	2	6	4	5
15	0	1	0	1
16	0	0	2	0
17	7	6	5	6
18	0	0	0	0
19	2	4	1	1
20	0	0	0	0
21	0	0	0	0
22	0	4	1	6
23	0	0	0	0
24	0	0	0	0
25	6	4	5	6
26	3	0	3	0
27	0	0	0	0
28	0	0	0	0
29	4	3	3	4
30	1	3	5	4
31	0	0	0	0
32	5	6	4	5

33	4	3	5	3
34	0	0	0	0
35	1	2	2	4
36	0	0	0	0
37	0	0	0	0
38	0	0	0	0
39	0	0	0	0
40	0	0	0	0
41	5	4	4	4
42	0	0	0	0
43	0	1	0	1
44	0	0	0	0
45	2	2	1	1
46	6	5	4	4
47	0	0	0	0
48	0	0	0	0
49	0	0	0	0
50	1	3	6	3
51	5	5	4	3
52	0	0	0	0
53	0	0	0	0
54	1	1	5	2
55	7	7	6	7
56	1	2	6	5
57	0	1	7	1
58	1	0	3	0
59	7	7	7	7
60	4	2	2	5
61	4	2	4	3
62	0	0	0	0
63	4	5	5	2
64	1	1	0	1
65	0	0	0	0
66	7	7	7	7
67	4	4	4	5
68	4	3	1	3
69	0	0	0	2
70	0	0	0	0

71	0	0	0	0
72	2	3	1	3
73	2	2	5	4
74	1	1	1	2
75	3	3	3	2
76	0	0	0	0
77	1	2	0	0
78	2	2	1	1
79	0	0	1	0
80	0	0	0	0
81	4	0	5	0
82	6	5	2	5
83	0	0	0	0
84	1	0	0	0
85	0	0	0	0
86	4	3	2	6
87	0	0	0	0
88	3	6	6	6
89	4	5	0	3
90	2	1	6	2
91	2	5	5	2
92	6	5	3	5
93	4	3	2	4
94	3	2	1	3
95	5	6	4	4
96	0	0	0	0
97	0	0	0	0
98	0	4	0	0
99	0	0	0	0
100	2	3	1	2
101	5	5	1	3
102	0	0	0	0
103	2	0	0	0
104	0	0	0	0
105	0	0	0	0
106	5	6	2	4

107	0	0	0	0
108	0	0	0	0
109	0	0	0	0
110	0	0	0	0
111	6	5	2	6
112	0	0	0	0
113	0	0	0	0
114	3	6	4	5
115	0	0	0	0
116	5	1	2	1
117	1	1	1	2
118	0	0	0	0
119	4	5	4	5
120	7	7	7	7
121	4	3	1	3
122	3	4	5	5
123	3	5	3	4
124	1	0	0	1
125	0	0	0	0
126	2	1	3	3
127	5	4	5	5
128	0	0	0	0
129	3	1	0	1
130	0	0	0	0
131	3	4	6	6
132	0	0	0	0
133	0	0	0	0
134	0	0	0	0
135	0	0	0	0
136	0	0	0	0
137	0	0	0	0
138	0	0	0	0
139	2	1	2	1
140	0	0	0	0
141	0	0	0	0
142	0	0	0	0
143	0	0	0	0

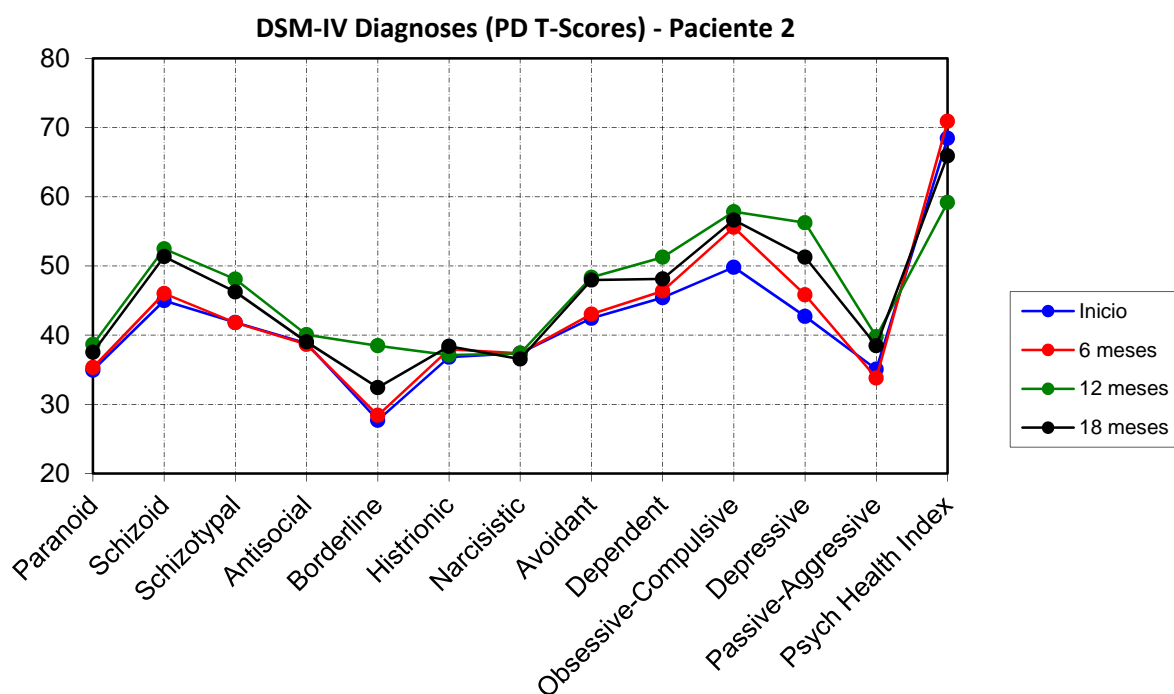
144	1	2	3	3
145	0	2	0	2
146	0	0	3	0
147	0	0	0	0
148	1	2	4	1
149	0	0	0	0
150	0	0	0	0
151	3	0	3	0
152	3	0	0	1
153	1	0	3	1
154	1	1	1	0
155	3	3	0	3
156	0	0	0	0
157	0	0	0	0
158	0	0	0	0
159	1	1	1	0
160	2	1	2	2
161	0	0	0	0
162	3	6	4	4
163	2	2	0	2
164	3	2	2	2
165	5	4	3	3
166	3	1	3	1
167	0	0	1	1
168	0	0	0	0
169	5	1	2	0
170	2	1	2	2
171	1	0	0	0
172	0	0	0	0
173	0	1	3	0
174	6	7	2	2
175	7	7	6	7
176	6	2	2	1
177	0	0	0	0

178	6	5	7	6
179	1	3	0	1
180	1	3	4	2
181	0	0	0	0
182	1	1	1	2
183	5	3	1	3
184	3	4	5	4
185	2	0	1	0
186	6	4	4	4
187	0	0	0	0
188	2	2	2	2
189	1	1	6	7
190	0	0	0	0
191	0	1	1	1
192	2	6	3	5
193	0	0	0	1
194	0	0	0	0
195	0	0	0	0
196	4	4	2	3
197	7	7	7	7
198	0	2	1	0
199	6	4	6	6
200	7	7	7	6

Anexo 12 - Quadros de avaliação SWAP-200 – Paciente 2

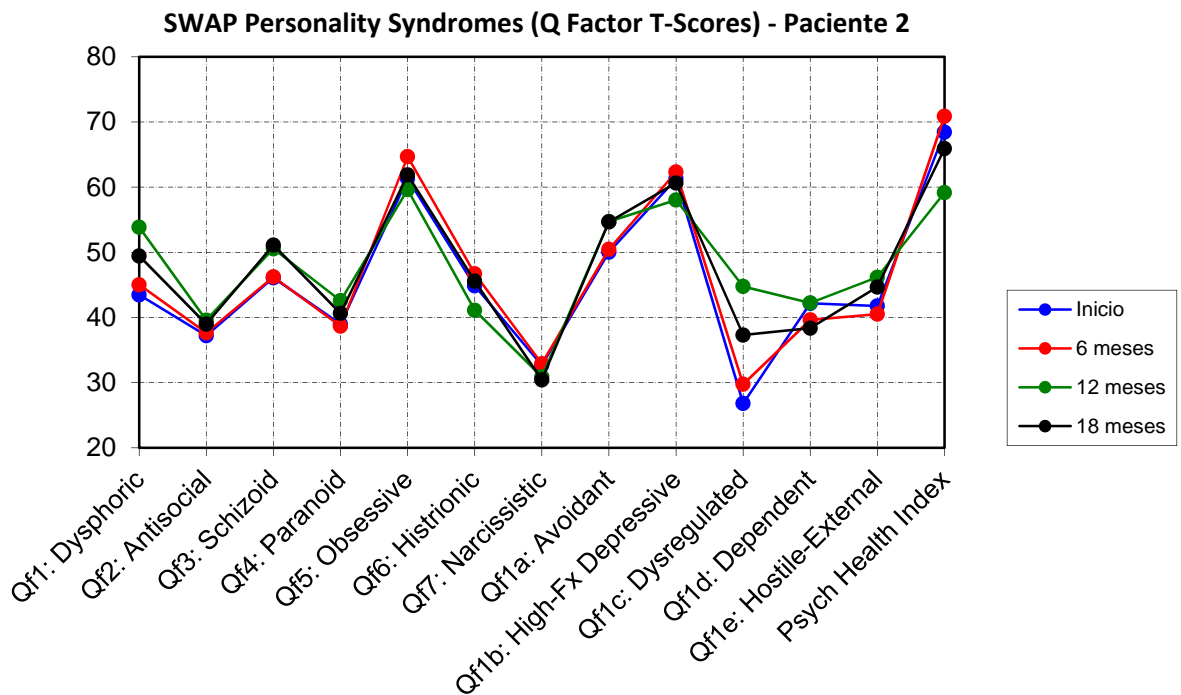
SWAP DSM-IV Diagnoses (PD T-Scores) – Paciente 2

	Paranoid	Schizoid	Schizotypal	Antisocial	Borderline	Histrionic	Narcissistic	Avoidant	Dependent	Obsessive Compulsive	Depressive	Passive Aggressive	Psych Health Index
Início	34,9	45,0	41,8	38,8	27,7	36,8	37,4	42,4	45,4	49,8	42,7	35,1	68,4
6 meses	35,3	46,0	41,8	38,7	28,4	37,9	37,4	43,0	46,4	55,6	45,8	33,8	70,9
12 meses	38,6	52,5	48,1	40,1	38,5	37,1	37,3	48,4	51,2	57,8	56,2	39,8	59,2
18 meses	37,5	51,3	46,3	39,0	32,4	38,4	36,5	48,0	48,1	56,6	51,3	38,5	65,9



SWAP Personality Syndromes (Q Factor T-Scores) – Paciente 2

	Qf1: Dysphoric	Qf2: Antisocial	Qf3: Schizoid	Qf4: Paranoid	Qf5: Obsessive	Qf6: Histriónico	Qf7: Narcisista	Qf1a: Avoidant	Qf1b: High-Fx Depressive	Qf1c: Dysregulated	Qf1d: Dependent	Qf1e: Hostile-External	Psych Health Index
Inicio	43,5	37,2	46,1	39,0	61,3	44,9	32,7	50,0	61,3	26,8	42,2	41,8	68,4
6 meses	45,0	37,6	46,2	38,7	64,7	46,7	32,9	50,5	62,3	29,8	39,6	40,5	70,9
12 meses	53,9	39,6	50,5	42,6	59,6	41,1	30,9	54,7	58,0	44,8	42,2	46,2	59,2
18 meses	49,4	39,0	51,1	40,6	61,9	45,6	30,4	54,7	60,6	37,3	38,4	44,7	65,9



SWAP Trait Dimensions(Factor Scores) – Paciente 2

	Psychological Health	Psychopathy	Hostility	Narcissism	Emotional Dysregulation	Dysphoria	Schizoid Orientation	Obsessionality	Thought Disorder	Oedipal Conflict	Dissociation	Sexual Conflict
Inicio	74,5	42,1	39,8	40,0	37,7	40,2	48,1	55,6	47,9	39,7	62,1	50,5
6 meses	75,9	42,1	37,9	40,0	42,8	41,8	44,2	62,9	45,7	39,7	59,0	47,0
12 meses	63,1	42,1	41,6	40,0	46,9	56,8	53,0	58,3	43,4	39,7	57,4	47,0
18 meses	69,0	42,1	38,9	40,0	48,9	54,3	46,2	61,9	44,6	39,7	57,4	47,0

