



# ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

IMPACTO DA MUDANÇA PSICOTERAPEUTICA NAS  
CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE

RAQUEL ALVES GONÇALVES

**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

Especialidade em Clínica

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

## **Agradecimentos**

Quero agradecer a todas as pessoas que são uma referência na minha vida e me ajudaram no meu trabalho.

Ao Professor Doutor António Pazo Pires, meu orientador, pelos seus ensinamentos, pela sua disponibilidade, compreensão e pelo seu apoio nos momentos de maior ansiedade.

À família, que proporcionaram um apoio incondicional.

Aos amigos, pelo amparo, companheirismo e incentivo.

Aos colegas de seminário, especialmente à Cátia e à Yolanda, pelos momentos partilhados de angústia e de insegurança.

A todos os professores e alunos do ISPA com quem convivi ao longo destes 5 anos, com os quais aprendi imensas coisas

A quem me acompanha.

A todos, o meu agradecimento sincero.

## Índice

Artigo de Revisão de Literatura.....	1
Resumo.....	2
Abstract .....	3
Psicanálise e Psicoterapia.....	4
Mudança no Processo Terapêutico.....	5
Impacto da Aliança Terapêutica.....	6
Personalidade .....	7
Conclusão .....	9
Referências Bibliográficas .....	10
Artigo Empírico.....	13
Resumo.....	14
Abstract .....	15
Introdução .....	16
Método .....	18
Resultados .....	25
Discussão.....	35
Referências Bibliográficas .....	39
Anexos.....	42
Anexo A – Lista de Exemplos de Mudança nas Variáveis do CHAP .....	43
Anexo B - Incidentes de Mudança (1º momento).....	48
Anexo C – Incidentes de Mudança (2º momento) .....	52
Anexo D – Incidentes de Mudança (1º momento) .....	56
Anexo E – Incidentes de Mudança (1º momento).....	59
Anexo F – Incidentes de Mudança (2º momento).....	61
Anexo G – Incidentes de Mudança (Paciente 1).....	63
Anexo H – Incidentes de Mudança (Paciente 2).....	69
Anexo I – Resultados da Paciente 1 .....	75
Anexo J – Resultados da Paciente 2.....	76
Anexo K – Chave de sessões da paciente 1 .....	77
Anexo L – Chave de Sessões da Paciente 2.....	79

## Índice de Figuras

Figura 1 - Quantidade total de incidentes observados para cada variável de mudança...	26
Figura 2 - Quantidade total de incidentes por sessões no trimestre.....	27
Figura 3 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (paciente 1).....	28
Figura 4 - Q-factor T-scores (paciente 1).....	29
Figura 5 - Quantidade Total de Incidentes para cada Variável de mudança.....	31
Figura 6 - Quantidade total de incidentes por sessões no trimestre.....	33
Figura 7 - T-scores relativos às perturbações da personalidade (paciente 2).....	34
Figura 8 - Q-factor T-scores (paciente 2).....	35

**Artigo de Revisão de Literatura**

**Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica: Impacto do processo terapêutico no desenvolvimento da personalidade.**

## **Resumo**

A presente revisão de literatura procura explorar o conceito de mudança estrutural, identificar os principais agentes que promovem a mudança terapêutica na psicoterapia de orientação psicanalítica, perceber o que influencia e contribui para a eficácia e sucesso da terapia, com base em investigações realizadas no âmbito teórico-prático, e identificar a pertinência dos estudos que se tem vindo a realizar e a divulgar no âmbito da análise sobre as mudanças e a personalidade no contexto do processo terapêutico de longa duração. Neste contexto, apresentam-se algumas reflexões, que permite uma melhor compreensão de como a mudança se processa e identificar os mecanismos de mudança psicoterapêutica. A análise da aplicação de instrumentos como o CHAP e o SWAP parece contribuir para um melhor entendimento sobre o impacto do processo terapêutico na mudança da personalidade e de traços característicos que definem e constroem a personalidade.

***Palavras-Chave:*** Psicoterapia, psicanálise, mudança estrutural, processos de mudança, personalidade, processo terapêutico.

## **Abstract**

This literature review explores the concept of structural change, outline the main agents that promote therapeutic change in psychoanalytic psychotherapy, understand what influences and contributes to the effectiveness and success of the therapy, based on research carried out in the theoretical framework -Practical and identify the relevance of the studies that have been carried out and the promotion in the analysis of the changes and the personality in the context of the therapeutic process of long duration. In this context, we present some reflections, which allows a better understanding of how the change process and identify the psychotherapeutic change mechanisms. The analysis of the application of tools such as CHAP and the SWAP seems to contribute to a better understanding of the impact of the therapeutic process in personality change and traits that define and build the personality.

**Keywords:** Psychotherapy, psychoanalysis, structural change, change processes, personality, therapeutic process

## Psicanálise e Psicoterapia

Enquanto processo de investigação, a psicanálise caracteriza-se pela investigação das formações de pensamentos inconscientes, que se designa por conteúdo latente, obtido através da associação livre, que permite ao psicanalista formular hipóteses sobre as formações de pensamentos conscientes. Enquanto método terapêutico de investigação dos processos psíquicos, foca-se na transferência, na qual são ativados mecanismos inconscientes (Doron & Parot, 2001).

Em meados da década de 50, o objectivo fundamental da Psicanálise era a obtenção de uma mudança na estrutura psíquica, apenas alcançada pela resolução da neurose infantil e do conflito traduzido. A mudança, do ponto de vista psicanalítico, refere-se à diminuição dos sintomas e das defesas, com a possibilidade de proporcionar uma maior flexibilidade psíquica e uma melhor expressão dos afetos. (Moreno *et al.*, 2005).

Para a psicanálise, a mudança ocorre quando os pacientes apresentam efeitos constantes ao longo do tempo, sendo definida de mudança estrutural quando existe uma reorganização temporal estável da personalidade e dos padrões habituais que os pacientes adotam (Josephs & Bornstein, 2011). A psicoterapia é considerada um processo interpessoal que envolve a promoção de mudanças nos sentimentos, cognições e comportamentos (*cit.* por Brum, 2012).

Estudos ao nível de mudanças estruturais, referem que os tratamentos mais longos são mais estáveis, sendo que ocorre maior sucesso na elaboração do conteúdo vivido. Freud admitia que a capacidade de elaboração, seria fundamental na obtenção da cura, pois diminuía a resistência e o complexo de Édipo era resolvido na análise da neurose de transferência (Malpique & Fleming, 2010).

Estudos efetuados sobre psicoterapias ao longo de décadas mostram que as psicoterapias conduzem à mudança, independentemente da orientação teórica e da modalidade (e.g., individual, casal, familiar, grupo) (Yoshida, 2013).

## Mudança no Processo Terapêutico

A base do processo terapêutico é o sistema de comunicação pessoal intrapsíquico e o mundo (Ribeiro, 1984). Pode-se dizer que o processo terapêutico é um movimento interno, de relação dentro – fora – dentro, através do qual a realidade psicodinâmica se modifica, criando uma relação de equilíbrio.

Alguns fatores foram descritos como agentes de mudança, tais como: a capacidade de *Insight*, que permite ao paciente a tomada de consciência e conhecimento sobre si e do que o envolve (Waldron et. al., 2004); a capacidade adaptativa, que possibilita o desenvolvimento de capacidades de adaptação interpessoal e a diminuição de comportamentos desajustados.

Grande et al., (2009) efetuaram um estudo com a finalidade de verificar se as mudanças estruturais avaliam resultados a longo prazo. A amostra, constituída por 55 pacientes, foi sujeita a avaliação após mudança ocorrida após um e três anos. Como instrumentos, foram utilizados o Global Severity Index (GSI), o Inventory of Interpersonal Problems (IIP) e o Heidelberg Structural Change Scale (HSCS). Os autores do estudo, concluíram que as mudanças estruturais alcançadas até ao final da terapia conseguem avaliar melhor os resultados alcançados pelos pacientes três anos após terem concluído a terapia, comparativamente às mudanças sintomáticas, num ano de terapia. Verificaram ainda que, quando os pacientes analisam a sua evolução, existe maior influência nas mudanças interpessoais imediatamente após a intervenção, do que avaliarem a mesma, após terem concluído a terapia três anos depois. As mudanças pré e após GSI e IIP estão significativamente correlacionadas com avaliações a um ano e não em todos os casos de avaliações a três anos. Em contrapartida, as correlações entre mudanças na HSCS e avaliações de resultados foram significativos a um e a três anos.

Com a finalidade de estudar a mudança ocorrida durante uma análise a quatro níveis (Sintoma, Capacidade Adaptativa, Conflitos Básicos e *Insight*), e verificar padrões sequenciais de mudança, Sá (2008) analisou um estudo de caso de uma paciente que realizou psicanálise durante 3 anos e 8 meses, dos quais foram analisadas 384 sessões transcritas em discurso direto. Foi utilizado o CHange After Psychotherapy Scales (CHAP), cujos resultados obtidos demonstram que os Sintomas e a Capacidade Adaptativa evoluíram de forma oposta, sendo que ao final de um ano e meio, evoluíram significativamente de forma semelhante. Por outro lado, os Conflitos Básicos e o *Insight*, evoluíram de forma similar e após dois anos, divergiram entre si.

Para medir os padrões de mudança estrutural, i. é., para prever efetivamente a quantidade de psicoterapia necessária para o paciente poder apresentar mudanças e conseguir recuperar, foram produzidos dois modelos, o Modelo de Dosagem (Kopta, 2009) e o Modelo Trifásico (Howard et al., 1993).

O primeiro supõe uma “dosagem” de sessões para puderem surgir alterações na terapia, sendo que se verificou que quanto maior for o número de sessões, maior será a probabilidade de ocorrer mudanças. No segundo modelo, as mudanças ocorrem essencialmente ao nível dos padrões de vida, que resultam numa melhoria do bem-estar e do funcionamento da vida do indivíduo (Joyse et al., 2002; Lutz & Stulz, 2007).

### **Impacto da Aliança Terapêutica**

As variáveis que dizem respeito ao terapeuta têm sido alvo de investigação do processo psicoterapêutico. Vários estudos têm demonstrado que mais de 10% do sucesso e da eficácia do tratamento é devido ao terapeuta (Despland et al., 2009), sendo que a interpretação é uma das intervenções mais utilizadas pelo mesmo, facilitando a introspeção e *insight*.

É na relação entre o terapeuta e o paciente, que é possível a interpretação e a tomada de consciência das formações do inconsciente, permitindo uma maior liberdade de pensar, e um processo de mudança psíquica (Doron & Parot, 2001).

O agente de mudança primordial consiste no estabelecimento de um vínculo afetivo entre paciente e terapeuta. A aliança terapêutica positiva é considerada como um elemento fulcral na ocorrência de mudança psíquica, sendo o agente primordial da mudança a dinâmica entre paciente e terapeuta. Para que esse vínculo seja estabelecido, é necessário que o terapeuta possua determinadas características, como a empatia, e essencialmente, a curiosidade e o interesse genuíno em conhecer. Não menos relevante, é a forma como o paciente se vê e se relaciona com o outro, e isso ocorre da relação entre a díade paciente-terapeuta, no aqui e agora, através de interpretações, e interações verbais e não-verbais (transferência). Estes elementos constituem-se como fatores fundamentais para que possam ser elaborados os processos inconscientes, e que posteriormente, ocorra uma mudança estrutural (Zanatta et al., 2013).

Para além da aliança terapêutica, fundamental para que ocorra mudança no processo terapêutico, um outro fator indispensável, é a capacidade demonstrada pelo

paciente para lidar com situações difíceis do passado, que se pode traduzir na sua capacidade de adaptação. A aptidão do paciente em reconhecer as suas dificuldades, e a motivação para a mudança, contribuem para o sucesso da psicoterapia (Yoshida, 1998).

Mais importante do que as técnicas ou instrumentos que utiliza, o terapeuta define-se pelas atitudes que transfere para a relação e que constituem o verdadeiro fator impulsionador da mudança (Santos, 2005).

Uma revisão sobre pesquisas de avaliação de resultados e processos em psicoterapias realizado por Koller e Araújo (2009, *cit. in* Yoshida, 2013) demonstraram que a quebra da aliança terapêutica desempenham um papel no abandono da psicoterapia. Por isso, sugerem a análise detalhada do que surge na interação entre paciente e terapeuta para restabelecer e reparar interrupções e ampliar a probabilidade de sucesso.

Honda e Yoshida (2012, *cit. in* Yoshida, 2013), verificaram que pacientes que não estavam dispostos a se responsabilizarem pelos seus problemas e a não serem agentes da própria mudança durante a psicoterapia, alcançaram melhoras, ao nível dos sintomas e bem estar em relação à queixa, comparativamente àqueles que se envolveram ativamente durante o processo e que evidenciaram melhoras em conflitos de natureza interpessoal e mudanças em padrões de comportamento e de relacionamento.

## **Personalidade**

A personalidade pode ser definida como uma combinação complexa de traços psicológicos, envolvendo dimensões inconscientes, que se manifestam em diversos aspetos ao longo da vida do indivíduo, sendo eles cognitivos, afetivos ou morfológicos. No entanto, a personalidade não se finda apenas nestes aspetos, sendo que envolve um conjunto de emoções e sentimentos que tornam o indivíduo único e exclusivo. Numa perspetiva unificadora, a personalidade representa características da pessoa que explicam padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos (Martins & Lopes, 2010).

Seria redutor ter-se em consideração fatores específicos que contribuíssem para a estruturação da personalidade. Na realidade, o que determina a autenticidade de cada indivíduo é um todo, com as suas características psicológicas, humanas e sociais. Porém, tal como o contexto exterior sofre mudanças ao longo do tempo, a personalidade também

se transforma, renova e evolui com o desenvolvimento e a aprendizagem. A importância e o interesse fundamental da investigação da personalidade, é explicar e compreender de que forma os indivíduos se diferenciam na sua forma de agir e como se relacionam com a sociedade (Doron & Parot, 2001).

Numa perspetiva oposta, a personalidade é concebida como um conjunto de padrões estáveis, que resultam de uma combinação entre genética e influências do meio, ao longo do desenvolvimento humano, até alcançar um perfil singular (Asendorpf, 2008).

O conceito personalidade distingue-se do conceito de Traços de personalidade, por estes identificarem características da personalidade, que são responsáveis pela estabilidade comportamental. Os Traços de personalidade têm sido estudados desde os primórdios da Psicologia, sendo que estudos revelam que estão associados ao comportamento. Os Traços de personalidade resultam de um conjunto de mecanismos adquiridos que permitem aos indivíduos pensar, sentir e comportar-se no mundo que os rodeia. Quando assim não acontece, i.é., quando surge uma presença constante e rigidez de traços de personalidade, bem como a inadaptação social, pode-se definir como sendo uma perturbação da personalidade (Doron & Parot, 2001). Assim sendo, a perturbação da personalidade é caracterizada por um desvio de longa duração em relação a um padrão, desvio que é generalizado a vários domínios de funcionamento, o que se traduz em dificuldades no relacionamento consigo mesmo e com os outros.

Com o intuito de investigar o processo terapêutico, a sua eficácia e a relação entre intervenções do terapeuta e comunicações do paciente ao nível das suas repercussões na eficácia da terapia, recorreu-se a um estudo de caso de uma paciente em análise durante dois anos. Os instrumentos utilizados foram o Defensive Mechanism Rating Scales (DMRS), a Analytic Process Scales (APS), e o Shedler-Western Assessment Procedure (SWAP-200). Num total de 240 sessões, foram seleccionadas 20 sessões, sendo que foram utilizadas quatro sessões a cada seis meses com o APS e o DMRS. Relativamente ao SWAP, foram utilizadas 12 sessões de doze em doze meses. Dos resultados analisados, (Lingiardi, Gazzillo, & Waldron, 2010), verificaram que no final do 2º ano ocorreu um aumento do high function score do SWAP, e do Overall Defensive Functioning (ODF), na DMRS. Na APS, observou-se uma correlação significativa entre as intervenções do terapeuta e da evolução do paciente. Os resultados demonstraram que o paciente manteve o seu carácter defensivo neurótico.

Ao analisar a personalidade e os padrões de mudança, os resultados obtidos na investigação de Tavares (2012), sugerem que pacientes com características de

personalidade diferentes apresentam um padrão de mudança distinto ao longo da psicoterapia.

### **Conclusão**

A Psicoterapia, é portanto, um processo de mudança a dois, o qual através da informação e compreensão dos fatores, conduz ao autoconhecimento, conduzindo a um maior fortalecimento do eu e a um desenvolvimento das capacidades pessoais e interpessoais, a uma nova aprendizagem na vivência da própria realidade.

Da revisão de literatura efetuada, percebe-se que o objetivo principal de estudos sobre processo terapêutico é alcançar uma compreensão mais precisa sobre como ocorre a mudança no decurso de uma terapia, ou seja, identificar os mecanismos de mudança e a aquisição de uma estrutura psíquica coesa e integrada.

Para que ocorra mudança no processo terapêutico, é necessário estabelecer um bom vínculo entre paciente e terapeuta. O vínculo afetivo e a aliança terapêutica são fundamentais, sendo essencial que o terapeuta transmita confiança e segurança ao paciente para trabalhar os seus mecanismos inconscientes.

Seguindo o paradigma psicanalítico, o papel crucial, é tornar consciente o inconsciente, assim, elaborando os conflitos internos. No tratamento psicanalítico, os padrões de relacionamentos adquiridos na infância, estabelecidos e revividos com o terapeuta e, deste modo, são elaborados através da transferência. E, através desta, é possível desenvolver novos modelos relacionais. O principal fator que contribui para o sucesso da terapia é a relação entre terapeuta e paciente, sendo que as características de personalidade de ambos estão associadas ao estabelecimento da base relacional.

Em síntese, verifica-se que são distintos os agentes de mudança na abordagem psicanalítica. Contudo, verifica-se que os temas mais investidos desde os primórdios são as mudanças estruturais e as modificações nas representações mentais do paciente, através da transferência. Desta forma, o vínculo, a aliança terapêutica, o *insight*, a análise da transferência e a interpretação, são algumas das ferramentas para trazer os conteúdos inconscientes à consciência e assim, elaborar ou modificar a forma como se vê a si mesmo e ao outro. Assim, permite-se dizer que as mudanças ocorrem de acordo com a ligação entre a dupla terapêutica, em simultâneo com os múltiplos fatores que possibilitam o processo de alterações inconscientes.

Na presente revisão de literatura pretendeu dar-se uma ideia do que se entende por mudança no contexto de uma psicoterapia, apresentando-se algumas opiniões de investigadores sobre o tema. Descreveram-se alguns estudos que envolveram a utilização de instrumentos que visam a comparação da mudança no decorrer da terapia. Nestes estudos, foi notória a diferença do modo como se processa a mudança estrutural e a mudança em aspetos fulcrais, como é o caso da personalidade.

Torna-se evidente que as mudanças terapêuticas na psicoterapia de orientação psicanalítica surgem através das capacidades desenvolvidas pelo profissional, mas também perante as aptidões que o paciente proporciona para a evolução do seu quadro clínico.

Por fim, e com base na revisão efetuada, é de salientar que serão necessários cada vez mais estudos que comprovem cientificamente as modificações nos processos inconscientes dos pacientes, para que dessa forma, a psicoterapia de orientação analítica seja tida em consideração e ganhe relevância.

### **Referências Bibliográficas**

- Asendorpf, J. (2008). Developmental Perspectives. In Boyle, G., Matthews, G. & Saklofske, D. *The Sage Handbook of Personality Theory and Assessment*, (cap. 5, pp. 101-122). Londres: SAGE Publications Lda.
- Brum, E., Frizzo, G., Gomes, A., Silva, M., Souza, D., & Piccinini, C. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29 (2), 259-269.
- Doron, R., Parto, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Enéas, M. (2000). Fundamentos da mudança psíquica: Recursos para o manejo técnico em psicoterapia breve. *Psicologia: Teoria e Prática*: 2 (1), 75-94.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of

- long-term follow-up outcome. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19 (3), 344–57.
- Jardim, A., & Gomes, W. (2009). Psicoterapia e Personalidade: Impacto da Interação entre Terapeuta e Paciente na Avaliação de Resultados. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (1), 2-11.
- Kernberg, O. F. (2004). *Rewards, dangers, findings, and attitudes in psychoanalytic research*. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12 (2).
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S. (2010). An empirically supported psychoanalysis – The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 190- 218.
- Loureiro, D. (2012). *Mudança dos Mecanismos de defesa e das Características de Personalidade no Processo Terapêutico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicada. Lisboa: Instituto Universitário.
- Lutz, W., & Stulz, N. (2007). Multidimensional Patterns of Change in Outpatient Psychotherapy: The Phase Model Revisited. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 817–833.
- Malpique, C., & Fleming, M. (2010). *Psicanálise e mudança psíquica. Cartografias para uma viagem*. Porto: Edições Afrontamento.
- Martins, P. & Lopes, E. (2010). Relação entre Personalidade, Transtornos de Ansiedade e de Humor: Uma Revisão da Literatura Brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (1), 85-107.
- Moreno, C. M., Schalayeff, C., Acosta, C., Vernengo, P., Roussos, A. & Lerner, B. (2005). Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 199-209.

- Patrão, C. (2014). *Intervenções dirigidas ao conflito e mudanças no funcionamento defensivo em psicoterapia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicada. Lisboa: Instituto Universitário.
- Ribeiro, L. (2010). Limitações na avaliação de perturbação de personalidade: Aspectos conceptuais e metodológicos. *Análise Psicológica*, 4 (28), 651-663.
- Sá, V. (2008). *Avaliação de Mudança em Psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Universitário.
- Santos, C. (2005). Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processo de Mudança. *Psicólogos, Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Pessoa*, 1 (2), 18-23. Lisboa: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Pessoa.
- Tavares, J. (2012). *Personalidade e Padrões de Mudança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Universitário.
- Yoshida, E. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.
- Zanatta, D., & Benetti, S. (2012). Representação Mental e Mudança Terapêutica: Uma contribuição da Perspectiva psicanalítica da teoria das Relações Objetivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, (1), 93-100.
- Zanatta, D., Paloski, L., Candaten, M., & Besold, V. (2013). Aspectos envolvidos na mudança terapêutica de pacientes em psicoterapia de orientação analítica. *Revista Psicologia em Foco*, 5 (6), 29-39.

**Artigo Empírico**

**Impacto da Mudança Psicoterapêutica nas Características da Personalidade**

## Resumo

O objetivo deste estudo consistiu em analisar as variáveis envolvidas no processo terapêutico de orientação psicodinâmica e analisar as características da personalidade de dois casos, ao longo da terapia, tendo em consideração determinadas mudanças, na forma como estas progredem e se alteram, admitindo que esta alteração seja distinta em pacientes com traços específicos da personalidade. A mudança foi avaliada através do instrumento CHAP (Changes After Psychotherapy, Sandell, 1987), tendo como variáveis de mudança, Sintomas, Capacidade Adaptativa, *Insight*, Conflitos Básicos e Fatores Extra-Terapêuticos. A personalidade foi avaliada através do instrumento SWAP-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure).

Foram auditadas 57 sessões da primeira paciente e 56 sessões da segunda paciente, que correspondem a um período de dois anos e meio de terapia em ambos os casos. Os resultados obtidos demonstraram que, no primeiro caso, surgiram mudanças ao nível da Capacidade Adaptativa e dos Sintomas, com pouca alteração nas variáveis *Insight* e Conflitos Básicos. No segundo caso, as mudanças ocorreram com valores elevados nas variáveis *Insight* e Capacidade Adaptativa, com pouca mobilização de mudanças em Conflitos Básicos. Relativamente às características da personalidade, na primeira paciente, evidenciaram-se ao nível da sintomatologia depressiva. No caso da segunda paciente, obtiveram-se traços de personalidade Obsessivo-Compulsiva. No entanto, em ambos os casos, constatou-se um bom nível de funcionamento mental, sobretudo no seu progresso ao longo da terapia.

**Palavras-chave:** Mudança, Processo Terapêutico, Personalidade

## **Abstract**

The objective of this study was to analyze the variables involved in the therapeutic process of psychodynamic orientation and analyze the personality characteristics of two cases, during therapy, taking into account certain changes in how they progress and change, if that amendment is distinct in patients with specific personality traits. The change was assessed using CHAP instrument (Changes After Psychotherapy, Sandell, 1987), with the change of variables, Symptoms, Adaptive Capacity, Insight, Conflict and Basic Factors Extra-Therapeutic. Personality was assessed using the SWAP-200 instrument (Shedler-Westen Assessment Procedure).

57 sessions were audited of the first patient and the second patient 56 sessions, which corresponds to a period of two and a half years of therapy in both cases. The results showed that in the first case, there were changes at the level of adaptive capacity and symptoms, with little change in the variables Insight and Basic Conflict. In the second case, the changes occurred with high values in the variables Insight and Adaptive Capacity, with little mobilization of changes in Basic Conflict. With regard to personality traits, in the first case, showed up at the level of depressive symptoms. For the second patient was obtained Obsessive-compulsive personality traits. However, in both cases, there was a good level of mental functioning, especially in their progress along therapy.

***Key-words:*** Change, Therapeutic Process, Personality

## Introdução

As origens teóricas e metodológicas da psicoterapia psicodinâmica remontam à mais de um século. Ao longo deste período, as teorias psicodinâmicas avançaram significativamente na compreensão da mente humana e dos seus mecanismos psíquicos. Seguindo os princípios psicanalíticos, o papel crucial da psicoterapia é tornar consciente o inconsciente, permitindo desta forma, a elaboração de conflitos internos, bem como compreender a experiência subjetiva do indivíduo, de forma a proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida. Assim, o objetivo é obter máximo benefício terapêutico e máximo conhecimento do sujeito. A Psicoterapia psicodinâmica, refere-se ao processo psicoterápico, que tem sua origem na teoria e no conhecimento, na técnica aplicada e em alguns objetivos terapêuticos em relação à psicanálise (Schaf, 2011).

A Psicoterapia psicodinâmica difere da Psicanálise pelos aspetos que envolvem menor frequência de sessões, não utilização do divã, maior uso de interpretação transferencial, e, em geral, tempo de terapia mais curto (Schaf, 2011). A psicoterapia psicodinâmica não se propõe a promover o desenvolvimento de uma neurose de transferência regressiva e utiliza a análise da transferência de forma menos metódica e dentro de aspetos limitados do funcionamento da personalidade do sujeito (Schaf, 2011).

A Psicanálise distingue-se de outros modelos, pela valorização que dá ao significado atribuído aos processos inconscientes e suas manifestações, tendo como finalidade, a compreensão da dinâmica psicológica do indivíduo pela sua base teórica, pela sua prática exclusiva e pelos métodos terapêuticos aplicados, como a associação livre e a transferência. Desta forma, contribui positivamente para o desenvolvimento das capacidades de adaptação interpessoal e para a redução do comportamento desajustado, especialmente, em pacientes com grande capacidade crítica de si mesmo, de introspeção, i., é, de insight. (Tavares, 2012, *cit.* por Blatt & Shahar, 2004, in Leichsenring et al., 2005)

A Psicoterapia Psicanalítica é vista como uma experiência afetiva que possibilita a mudança. Vários agentes possibilitam uma mudança estrutural, como é o caso do *insight*, e da aliança terapêutica. Braier (2000, *cit.* por Silva, 2014) considera que o primeiro agente de mudança é o estabelecimento de um bom vínculo entre paciente e terapeuta. O vínculo afetivo e a aliança terapêutica são elementos fundamentais, sendo necessário que o terapeuta transmita confiança ao paciente. Neste sentido, Cordioli

(2008, *cit.* por Silva, 2014) destaca como relevantes para que ocorram mudanças terapêuticas, a aquisição de uma estrutura psíquica coesa e integrada.

A mudança terapêutica é muitas vezes analisada através da intensidade e frequência da sintomatologia. A psicanálise tem demonstrado a sua eficácia ao nível das perturbações psicossomáticas e tem contribuído para o desenvolvimento das capacidades de adaptação interpessoal e para a redução do comportamento desajustado (Rudolf, Manz & Ori, 1999, *cit.* por Silva, 2014).

A mudança pode verificar-se através da redução dos sintomas, e pelo aumento do desenvolvimento das defesas, de forma a promover uma melhoria significativa nas relações interpessoais. As mudanças que ocorrem promovem o aumento da capacidade de elaboração e tornam o indivíduo mais consciencioso e capaz de perceber e expressar afetos positivos e negativos (Moreno et. al., 2005, *cit.* por Tavares, 2012). Beutler e colaboradores verificaram que pacientes mais reflexivos, introspectivos e/ou introvertidos teriam maior probabilidade de responder à psicoterapia de base psicanalítica (Ramos, 2010, *cit.* por Isolan, Pheula & Cordioli, 2008).

Numa meta-análise, sobre a eficácia da psicoterapia a longo prazo, cujo principal objetivo foi avaliar a eficácia da terapia em pacientes com perturbações mentais severas, em que foram utilizadas 50 sessões (cerca de um ano de duração), foi demonstrado que a psicoterapia de longo prazo obtém melhores resultados do que a psicoterapia psicodinâmica breve, nos efeitos de uma forma geral, em problemas característicos de cada patologia e no funcionamento da personalidade (Miranda, Pires & Canta, 2010).

A abordagem psicodinâmica assenta a sua base da mudança sobre as interpretações transferenciais, que promovem a resolução de conflitos, a capacidade de *insight*, sendo que uma maior empatia do terapeuta facilita experiências mais profundas nos pacientes. Lambert e Baley (2001, *cit.* por Miranda, Pires & Canta, 2010) após uma revisão de literatura concluíram que existem quatro variáveis que influenciam o processo terapêutico: factores extra-terapêuticos; expectativas; técnicas; factores relacionais. Segundo este estudo, apenas 15% da mudança terapêutica está relacionados com os factores que são específicos a cada terapia, enquanto que os restantes 85% dizem respeito a factores comuns e extra-terapêuticos (Miranda, Pires & Canta, 2010).

O vínculo terapêutico é o que liga afectivamente o terapeuta e paciente. Este vínculo baseia-se em sentimentos de confiança, proximidade, aceitação e disponibilidade O vínculo é uma condição para que se produza mudança (Miranda, Pires & Canta, 2010). Partindo do princípio de que um dos pressupostos da mudança é a

alteração de transferência na criação de uma nova relação, o vínculo terapêutico é algo de essencial para a mudança. A empatia caracteriza-se pela criação de um clima de acolhimento e de transmissão de conforto, permitindo que seja produzido no paciente uma sensação de pode ser compreendido pelos outros (Miranda, Pires & Canta, 2010).

Relativamente às características do paciente, concluiu-se que o empenho que este revela, é algo fundamental para o processo de mudança, que se traduz numa motivação intrínseca e comprometimento autêntico em relação ao mesmo, de forma a ultrapassar o sofrimento. Inerente a este compromisso, existe um desejo efetivo de reconstrução, que mantém a expectativa de poder vir a ter diferentes relações (Miranda, Pires & Canta, 2010).

A análise da eficácia e do sucesso da psicoterapia baseia-se na possibilidade de eliminação ou redução dos sintomas, no aumento da produtividade, na melhoria da qualidade das relações interpessoais, tornando-as menos ambivalentes, e por fim, o *insight* (Tavares, 2012).

Este estudo foi realizado com a finalidade de investigar a evolução da mudança ao longo de uma Psicoterapia de dois anos e meio de duas pacientes distintas, e averiguar se existe possibilidade de mudança ao nível do desenvolvimento das características da personalidade de ambas as pacientes, através da utilização de dois instrumentos, o *CHange After Psychotherapy Scales* (CHAP) e o *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200).

## **Método**

### **Participantes**

#### *Paciente 1*

A paciente 1 tem 45 anos, é casada, tem três filhas e encontra-se desempregada, situação que a faz sentir-se frágil e incapaz. Na consulta, faz referência a sintomas como cansaço, pensamentos recorrentes sobre doenças e sobre a morte. Os pensamentos sobre o tema da morte iniciaram-se aos 5 anos de idade quando teve o primeiro contacto com a morte numa cerimónia fúnebre de um vizinho da família. Aos 13 anos, começa a exhibir ataques de pânico, associados a grandes momentos de angústia, falhas recorrentes de memória, desorientação, relacionados com pensamentos sobre a morte. Estes sintomas têm ocorrido com maior frequência, centrando-se no medo de morrer,

apresentando dificuldade em sair da cama. O pai faleceu em 1999 e em 2008, a situação agrava-se, com o falecimento da mãe, sentindo muito a falta da presença da mãe, uma vez que era um pilar na sua vida, que lhe transmitia segurança e proteção.

É a filha mais nova de uma fratria de três irmãos. A sua infância foi vivida até aos 9 anos no estrangeiro. Uma das memórias mais significativas da sua infância relaciona-se com o medo dos irmãos mais velhos porque lhe batiam. Aos 9 anos, separa-se da família e vem para Portugal, viver com uma madrinha idosa, com quem estabelece uma grande afinidade, mas que acaba por falecer de um ataque cardíaco, na presença da mesma, enquanto preparava a sua refeição favorita.

Vive com o marido e as três filhas, casada pela segunda vez, sendo que as filhas de 19 e 21 anos são fruto do primeiro casamento e a filha de 9 anos, do segundo casamento. Aos 18 anos, foi-lhe diagnosticado hipotireoidismo, situação que associa como sendo uma das causas para os sintomas descritos. Sente que vive as preocupações dos outros e acaba por não viver a sua vida numa forma satisfatória. A sintomatologia fóbica, encontra-se presente, impedindo-a de realizar tarefas do quotidiano. Referiu algumas vezes o desejo de não viver, pois o vazio que sentia causava-lhe muito sofrimento. Está medicada com antidepressivos e ansiolíticos.

Apresenta grandes dificuldades em dizer “Não”, e em impor limites, com receio de perder ou de fragilizar os outros, manifestando irritabilidade e zanga ao reconhecer que por esse motivo as pessoas abusam da sua confiança.

De uma forma geral, a paciente apresenta sentimentos de desvalorização, abandono, medo da perda e desamparo. Por essa razão, adopta comportamentos de submissão, associadas a manifestações somáticas, no qual rejeita ofertas de ajuda, como manifestação da insatisfação de cuidados recebidos (e.g., trabalho na administração do prédio sem recompensa financeira) e com impulso de morte, que se manifestam em questões somáticas.

### *Paciente 2*

A paciente tem 50 anos de idade quando inicia a psicoterapia. É divorciada, vive sozinha e está desempregada desde os 30 anos de ter exercido funções na área do turismo. A sua vida profissional tem sido precária, passando por vários trabalhos temporários. Para além disso, a sua casa foi assaltada pelo seu irmão, de 39 anos após ter recaído de heroína e de estar a viver na rua. Descreve-se como perdida, sozinha, com episódios de grande tristeza, choro recorrentes e dificuldade em dizer “não”. A sua vida

resume-se ao trabalho, à manutenção de um prédio que a família lhe deixou de herança, e a questões funcionais, em função do irmão e da sua mãe que reside num lar. Realiza escassas atividades de valorização pessoal e possuiu uma rede social reduzida.

A sua infância foi passada no estrangeiro até aos 13 anos de idade. Durante um ano, a paciente vem sozinha para Portugal viver com uns tios. Como episódios mais marcantes da sua infância, a paciente relata dois momentos em que o irmão se magoa provocando-lhe fortes sentimentos de culpa por se sentir responsável por ele. Refere sentir-se numa posição de mãe relativamente ao irmão, no sentido de proteção, procurando em troca o reconhecimento e o carinho que não sentiu durante a sua infância.

A mãe da paciente é descrita como manipuladora, com episódios depressivos graves, resultando em vários internamentos. Aos 26 anos, a sua mãe tentou suicidar-se, atirando-se de uma janela. A paciente associa esta situação à tristeza provocada pelo agravamento da toxicod dependência do irmão. O Pai faleceu há cerca de 7 anos, sendo que o descreve como uma pessoa presente, embora passivo. Evidencia dificuldades em elaborar esta perda. O pai pediu à paciente para prometer que iria cuidar sempre do irmão. Casou-se aos 32 anos com um colega de trabalho, tendo-se divorciado, devido a agressões.

O seu ambiente familiar caracteriza-se por confusão de papéis geracionais. Com um pai demitido e uma mãe deprimida, faz com que a paciente se sinta a única responsável pelos cuidados do irmão, da sua mãe e do prédio da família. Tem tendência em assumir a culpa para si das dificuldades da família, principalmente as do irmão, com atitudes de submissão, surgindo impulsos de grande agressividade, voltados para si, em atitudes de punição voltadas para a própria, que lhe bloqueiam o sentimento de prazer e de valorização pessoal.

Encontra-se ligada à sua família, numa forma fusional e funcional, através de sentimentos frequentes de culpa, tendo dificuldades em construir a sua própria família, acabando por escolher um parceiro dominador e indisponível.

No domínio profissional, a culpa é compensada excessivamente, resultando em sintomas psicossomáticos. A atitude perante o trabalho corresponde a uma defesa como fuga do lado emocional e afetivo. Esta defesa revela dificuldade em estabelecer relações afetivas evoluídas, profundas e maduras que implicam o outro, levando a um distanciamento emocional que se demonstra fundamental para se manter emocionalmente equilibrada, estável e compensada.

## **Terapeutas**

Os casos apresentados foram acompanhados por duas terapeutas distintas, ambas com formação em Psicologia Clínica, que se encontra a fazer a psicoterapia pessoal. Ambas têm experiência clínica, sendo que uma tem formação em psicoterapia e 3 anos de prática em psicoterapia individual e a outra, 4 anos de experiência clínica. Ambas faziam da supervisão.

## **Terapia**

As psicoterapias são de inspiração psicodinâmica, sendo efetuadas na Clínica Universitária do ISPA com uma frequência semanal e sessões com uma duração média de 50 minutos. A paciente 1 realizou 80 sessões psicoterapêuticas durante cerca de dois anos e meio. A paciente 2 realizou 76 sessões psicoterapêuticas durante o mesmo período de tempo.

## **Instrumentos**

### ***CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)***

Foi utilizado como instrumento uma tradução, realizada por Sá (2008) baseada numa tradução anterior feita por Cunha (2006), da escala *CHange After Psychotherapy Scales* (CHAP) elaborada por Rolf Sandell em 1987. Esta escala foi construída com o objetivo de avaliar as mudanças que ocorrem durante ou após uma psicoterapia de inspiração psicanalítica ou psicanálise, comparativamente ao estado inicial do paciente.

Os autores usaram entrevistas gravadas em áudio após a terapia com o intuito de classificar a mudança ocorrida no decorrer da mesma, sendo que se focalizaram na mudança ocorrida, mediante a vivência subjetiva narrada pelos pacientes. A finalidade é verificar em que medida o paciente sente consciente ou inconscientemente, que ocorreu mudança enquanto pessoa, em cinco aspetos: *Insight* (I); Conflitos Básicos (CB), Capacidade Adaptativa (CA); Sintomas (S); e Fatores Extra terapêuticos (FE). O *Insight* consiste num processo pelo qual o significado de uma vivência se torna claro e entendido, sendo que para ocorrer mudança, o paciente demonstra perceber de onde advêm os seus problemas, a que não tinha acesso anteriormente, encontrando-se mais tolerante. Esta variável está relacionada com ter a capacidade de falar dos seus problemas e dificuldades com humor ou maior distância emocional. Ao nível dos Conflitos Básicos, a mudança ocorre quando o paciente consegue dar uma explicação

razoável e com significado para o conflito básico, quando se torna mais flexível e aberto às suas atitudes, mais condescendente em relação aos outros, mais empático, tendo a capacidade de ver o ponto de vista do outro, e quando se depara menos rígido ou extremo como era habitual na sua forma de ser. A variável Capacidade Adaptativa consiste na capacidade do paciente não evitar situações críticas, descrevendo situações concretas onde atuou de forma mais ajustada que anteriormente, sendo mais assertivo e menos agressivo. Relativamente aos Sintomas, considera-se que ocorre mudança quando estes diminuem em número, frequência, duração, severidade, intensidade e quando o paciente não se sente preocupado com os seus sintomas, falando espontaneamente dos mesmos, considerando-os pouco importantes. Na variável Factores Extra-terapêuticos, ocorre mudança se existir algo externo à terapia que funcione como tal (e.g., amigos, parentes, uma nova relação), em que o paciente sente outro tipo de suporte, que o faz investir em si mesmo, como não o tinha feito anteriormente.

A definição de cada uma destas variáveis é acompanhada por uma lista, com 12 a 20 exemplos que ajudam o avaliador a compreender o seu significado e respetiva classificação (Anexo A). É de salientar que um mesmo incidente pode indicar mudança em mais do que uma variável (incidentes mistos).

A avaliação quantitativa é feita através do grau de concordância entre avaliadores. De acordo com os autores o estudo, o grau de concordância entre avaliadores do instrumento original variou entre 0,74 e 0,81 para as quatro variáveis de mudança.

### ***Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)***

O SWAP é um instrumento utilizado para analisar os traços de personalidade e diagnosticar perturbações da personalidade. Este instrumento é constituído por itens que correspondem a critérios de diagnóstico padronizados no Eixo II do DSM-IV. O método utilizado neste instrumento é o *Q-sort*, que é constituído por um conjunto de 200 frases que descrevem diferentes tipos de funcionamento psicológico e de personalidade, e que são classificadas entre 0 e 7 pontuações, sendo 0 as afirmações que não são aplicáveis ou são irrelevantes ao paciente, 7 que corresponde às afirmações que descrevem de forma mais fidedigna e real o paciente, sendo que para cada pontuação existe limites de itens, i. é., para cada categoria têm de constar uma quantidade fixa de itens. Na categoria 0, o número de itens tem de ser 100; na categoria 1, devem estar 22 itens; na

categoria 2, 18 itens; na categoria 3, devem ser colocados 16 itens; na categoria 4, o número de itens deve ser de 14; na categoria 5, 12 itens; na categoria 6, 10 itens; e na categoria 7, devem constar 8 itens. A aplicação deste instrumento pode ser efetuada pelo próprio terapeuta ou por avaliadores externos. Assim, da análise dos resultados do SWAP-200, pode-se contar com três tipos de resultados distintos: a *Personality Disorder T-scores*, *Q-factor T-scores* e *Factor T-score*. O primeiro diz respeito à classificação do paciente nas categorias de diagnóstico de Perturbação da Personalidade do DSM-IV. O segundo quantifica e avalia a pontuação das frases mais características em cada perturbação. O terceiro é referente às pontuações para doze fatores de personalidade (dimensões traço) identificadas através da análise fatorial dos 200 itens do SWAP-200. É de salientar que, em cada um destes parâmetros de análise, está presente uma categoria relativa aos itens mais saudáveis e de melhor funcionamento do paciente (*High-Fx*, no primeiro e segundo aspeto e *Psychological Health* no terceiro), sendo que todos eles incluem uma categoria específica onde se encontram os itens mais saudáveis, de melhor funcionamento e adaptabilidade do paciente.

## **Procedimento**

### ***CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)***

Numa primeira etapa, procedeu-se ao treino do instrumento CHAP, de forma a identificar corretamente os incidentes de mudança. As sessões transcritas de treino correspondem a 3 anos e 8 meses de uma terapia (psicanálise). Os dados estão organizados, segundo as transcrições das sessões originais e, são constituídos por notas de 384 sessões escritas em discurso direto. De seguida, procedeu-se à identificação dos incidentes de mudança das primeiras 150 sessões. Inicialmente, as primeiras 30 sessões foram analisadas na sua ordem cronológica, obtendo-se um grau de concordância inter-avaliador de 0.66 (Anexo B). Os graus de concordância foram obtidos entre o primeiro autor deste estudo e Anselmo (2014). De seguida analisou-se uma em cada 3 sessões com objetivo de interromper o esquema cronológico pretendia garantir uma identificação mais rigorosa de incidentes, obtendo-se os seguintes graus de concordância 0.73 (Anexo C) e 0.76 (Anexo D) para os segundo e terceiro momentos (cada um composto por 30 sessões). A segunda fase de treino consistiu em identificar incidentes de mudança em sessões gravadas em áudio. Foram auditadas 8 sessões do primeiro caso 7 do segundo caso, obtendo-se um grau de concordância entre avaliadores

de 0.75 (Anexo E) e 0.80 (Anexo F). A interrupção do esquema cronológico também esteve presente na avaliação destas sessões.

Após a obtenção de um grau de concordância satisfatório entre avaliadores na fase de treino do instrumento, procedeu-se identificação dos incidentes de mudança para o presente estudo empírico. A ordem cronológica foi rompida, com a distribuição aleatória da totalidade das sessões de ambos os casos pelas três avaliadoras do CHAP, a primeira autora do presente estudo, Anselmo (2014) e Anacleto (2014).

Procedeu-se à audição das sessões da terapia de ambas as pacientes e ao levantamento de incidentes de mudança. Foram cotadas 57 sessões da primeira paciente (Anexo G), e 56 sessões da segunda paciente (Anexo H). Foram transcritas as frases em que foram identificados incidentes de mudança e, os minutos em que estes surgiam.

### ***Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)***

Os dados do SWAP-200 foram utilizados neste estudo empírico, tendo sido aplicados e identificados por Silva (2014). O treino dos avaliadores foi feito com base em sessões transcritas e sessões áudio de quatro pacientes, distintos do estudo. Este instrumento foi aplicado em diferentes momentos da terapia para cada um dos casos para que fosse possível fazer uma análise comparativa e obter o grau de concordância inter-avaliadores referentes aos resultados obtidos. Os avaliadores realizaram de forma independente as cotações do instrumento, de forma a assegurar a validade requerida pelo instrumento. No final da cotação de cada sessão, estas foram comparadas, tendo-se obtido um acordo inter-avaliadores com valor médio de 0,80.

Deste modo, foi possível, aproximar o grau de concordância inter-avaliadores com a prática dos casos, de forma a obter um resultado entre 0,75 a 0,89, intervalo que foi considerado significativo nos estudos revelados pelo SWAP-200 (Marin-Avellan, McGauley, Campbell, & Fonagy, 2005; Shedler & Westen 1998, *cit.* por Silva, 2014).

Finalmente foi atingido um grau de concordância inter-avaliadores entre os 0,70 e 0,80 nas últimas sessões de treino, valores que permitiram avançar para os estudos de caso apresentados.

Após a fase de treino, foram analisadas as sessões áudio das duas pacientes seguidas em psicoterapia por um período de dois anos. O SWAP-200 foi aplicado a cada seis meses e para cada um dos momentos de avaliação foram analisadas quatro sessões. Os avaliadores desconheciam a fase da terapia a que cada grupo de 4 sessões dizia respeito, assim como o resultado do tratamento e diagnóstico do paciente. Após a

cotação do primeiro caso obteve-se uma média de grau de concordância inter-avaliador de 0,80.

## **Resultados**

### **Paciente 1**

*CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)*

*Quantidade total de incidentes por variável*

Os resultados apresentados na figura 1, referem-se a 58 incidentes de mudança em 57 sessões analisadas, em que 27 são incidentes “puros” (46%) e 31 são incidentes “mistos” (53%), i.é., constituem avaliações em mais do que uma variável.

Para o total de 56 incidentes identificados durante a terapia, as variáveis Sintoma e Capacidade Adaptativa apresentam ambas um total de 11 incidentes de mudança, contrastando com os 5 incidentes de *Insight* e 2 associados à variável Conflitos Básicos. Esta última variável e o *Insight* apresentam valores significativamente inferiores às restantes variáveis, sendo que na variável *Insight*, o valor é 5 de incidentes.

Relativamente aos incidentes mistos, obteve-se 10 incidentes que revelam mudança simultaneamente nos Sintomas/ Capacidade Adaptativa e, 1 incidente que pertence ao Sintoma/ *Insight*. Os sintomas apresentam 50% de incidentes “puros”, o que contrasta com a inexistência de incidentes “puros” em Conflitos Básicos, e de 45% “puros” de Capacidade Adaptativa.

A variável Factores Extra-Terapêuticos (FE) não foi apresentada devido a não apresentar quaisquer incidentes de mudança ao longo da psicoterapia.

## Nº de Incidentes

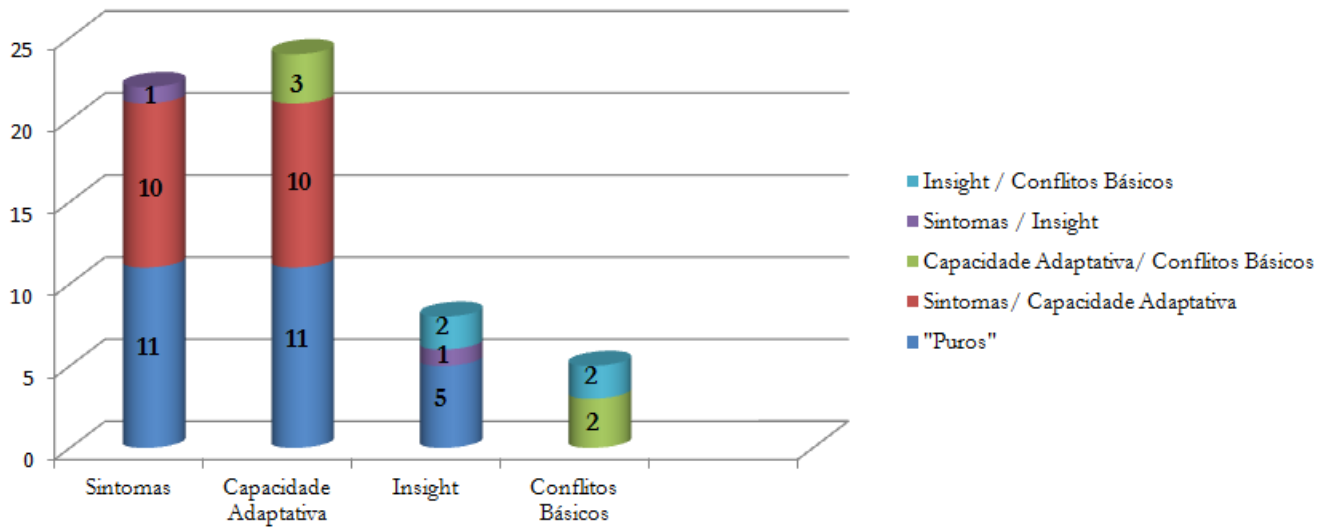


Figura 1 - Quantidade total de incidentes observados para cada variável de mudança.

### *Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo*

Relativamente à evolução do grau de mudança nas diferentes variáveis da paciente, representadas no gráfico da figura 2, verifica-se que os sintomas e a Capacidade Adaptativa sobressaem em relação às restantes variáveis. Os sintomas diminuíram no segundo semestre para aumentarem no trimestre seguinte e apenas decresceram novamente aos 15 meses, desaparecendo a partir dos 18 meses. A Capacidade Adaptativa decresceu no segundo trimestre para obter três picos ao final de um ano, ano e meio e no final dos dois anos de terapia. O *Insight* é a variável que se destaca em relação às restantes variáveis, com exceção do final do primeiro ano, voltando a subir novamente. O *Insight* obteve pouca expressão ao longo da terapia e o mesmo aconteceu com os Conflitos Básicos, que aumentaram no final da terapia. Os sintomas aumentaram entre os 18 e os 24 meses.

As variáveis *Insight* e Conflitos Básicos apresentam um número inferior de incidentes comparativamente com as outras variáveis, estes surgiram como incidentes pontuais no tempo. No entanto, não se verifica uma homogeneidade de incidentes de mudança ao longo do processo terapêutico, sendo que os valores oscilam recorrentemente (Anexo I).

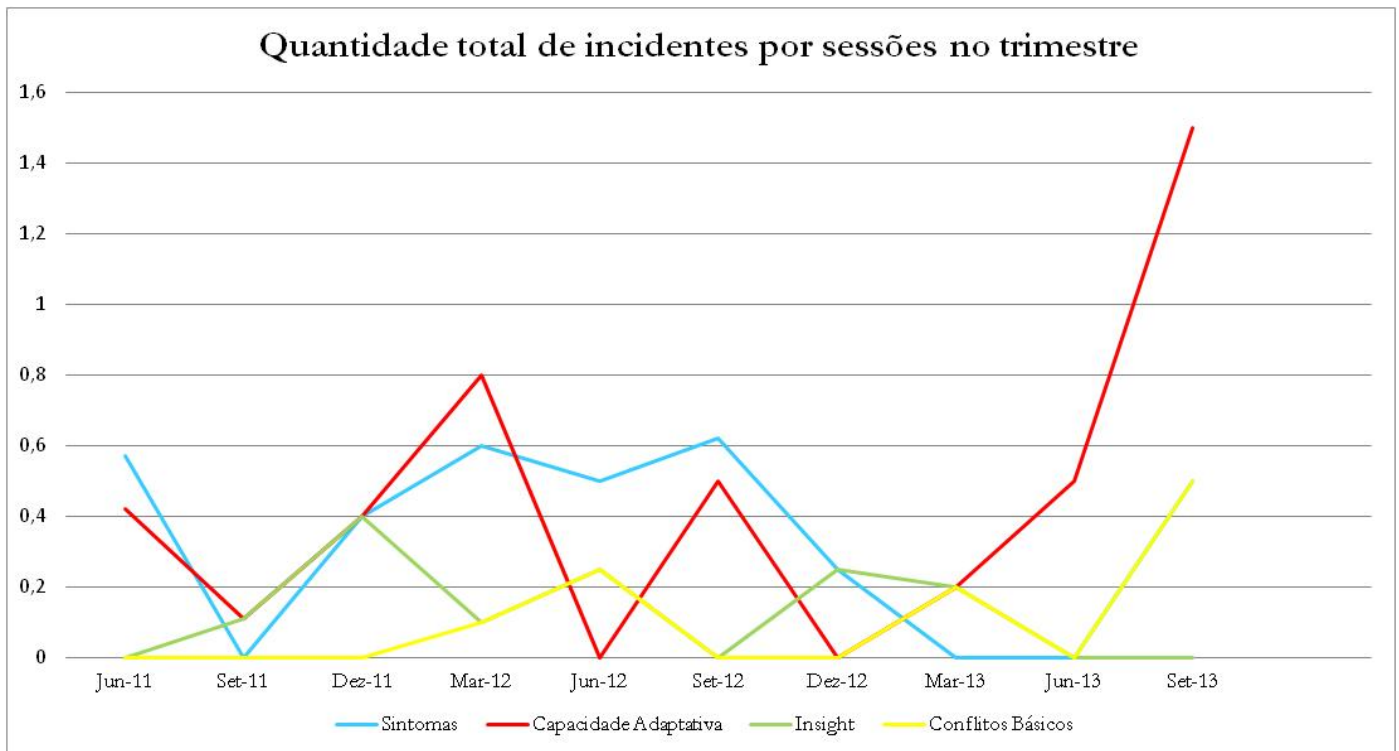


Figura 2 - Quantidade total de incidentes por sessões no trimestre

#### *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*

O gráfico da figura 3 permite-nos analisar as perturbações de personalidade do DSM- IV, o qual nos fornece um diagnóstico formal para o Eixo II. É no início da psicoterapia que são reveladas as características da personalidade do paciente, sem influência da psicoterapia, onde se destacam os valores mais elevados nas categorias Dependente (55,8) e Depressiva (58,3), sendo inferiores a 60. Aos 6 meses, verifica-se um aumento do valor das categorias anteriormente referidas, Dependente (59,4) e Depressiva (64,3), bem como o surgimento de outras como a Evitante (56,4) e Obsessivo-compulsiva (58,8). O valor bastante significativo na categoria Depressiva remete-nos para uma possível perturbação da personalidade. Quanto aos 12 meses, todas as categorias diminuem os valores destacando-se a Evitante (55,3), Dependente (55,2) e Depressiva (60,1), sendo que a tendência para um diagnóstico depressivo se mantém. Aos 18 meses continua a verificar-se a oscilação dos valores com um aumento das categorias Evitante (55,9), Dependente (56,6) e Depressiva (61,4). O único valor a exceder os 60, continua a ser a categoria Depressiva. Os dados relativos ao final da psicoterapia (24 meses) mostram-nos nova subida nas pontuações das categorias anteriormente referidas, com exceção da categoria Dependente (55,3) e com o surgimento da categoria Obsessivo-compulsiva (55,4).

Os valores do Nível de Funcionamento Mental (High-Fx) desta paciente ao longo da psicoterapia encontram-se sempre acima do valor médio de 50, verificando-se o valor mais elevado aos 18 meses (58,0), tornando a baixar no final da terapia (52,8). Apesar desta variação, os valores apresentados desde o início até ao final da terapia remetem-nos para um bom nível do seu funcionamento mental.

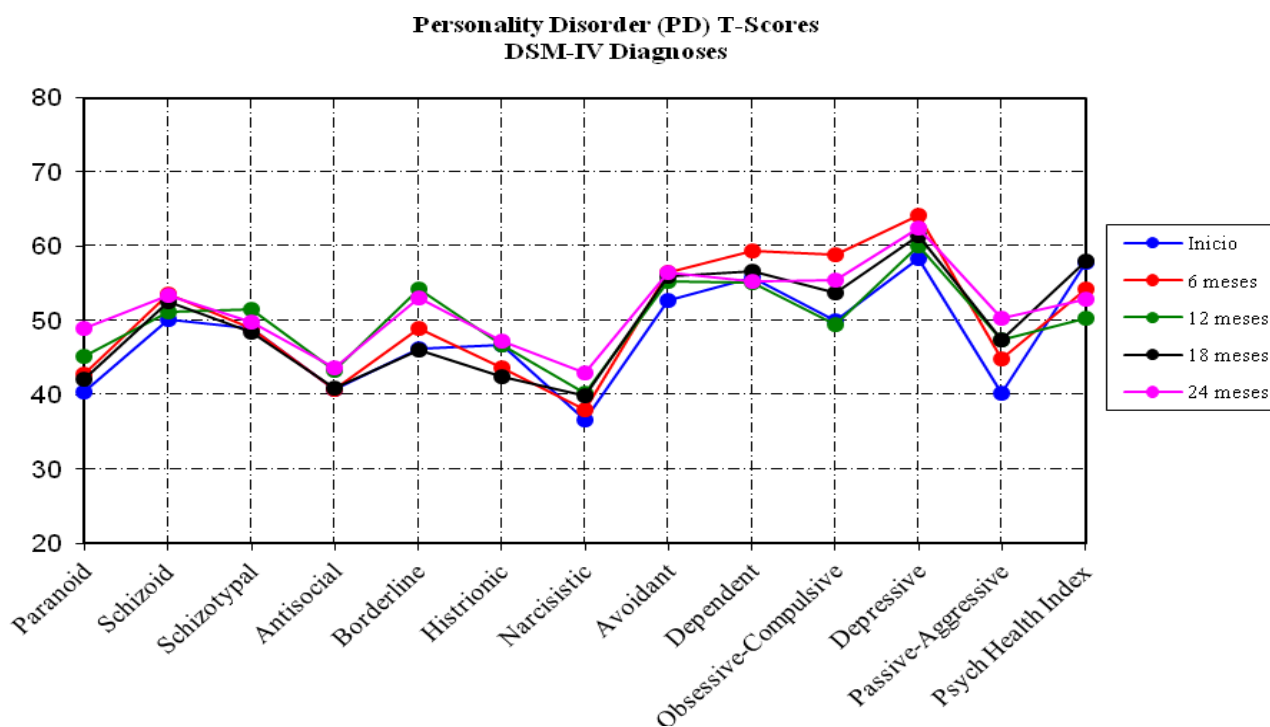


Figura 3 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (paciente 1)

O gráfico Q-factor T-scores (figura 4) possibilita a formulação dos casos bem como o planeamento do tratamento, no sentido em que nos dá um conjunto de perturbações da personalidade. Está dividido em 7 categorias: Disfórica, Anti-social, Esquizóide, Paranóide, Obsessiva, Histrionica e Narcisista. Contudo, a categoria Disfórica, divide-se em cinco subfatores: Evitante, Funcionamento Adequado Depressivo, Desregulado, Dependente, e Hostil-Externo.

No início da terapia, destaca-se a categoria Funcionamento Adequado Depressivo (60,7), apresentando o valor mais expressivo. Porém, verificam-se ainda pontuações relativamente elevadas nas categorias Disfórica (57,2) e Desregulado (55,3). Aos 6 meses, a única categoria que passa a apresentar um valor significativo é a Disfórica (61,7), apesar de assistirmos a valores elevados nas categorias Evitante (57,4), Desregulado (57,4) e Funcionamento Adequado Depressivo (58,6), sendo que este

diminuiu. Aos 12 meses, verifica-se um valor significativo na categoria Desregulado (62,7), enquanto que as outras categorias acompanham uma diminuição dos valores, destacando apenas a categoria Disfórica (58,7). Quanto aos 18 meses, a categoria que apresenta o valor mais significativo volta a ser a Disfórica (60,1). Verifica-se no entanto, valores também elevados nas categorias Evitante (55,4), Funcionamento Adequado Depressivo (59,3) e Desregular (55,1). No final da terapia (24º mês), as pontuações tendem a aumentar em quase todas as categorias, mas destacam-se a categoria Disfórica (60,6) e Desregular (62,6) com valores significativos e a categoria Funcionamento Adequado Depressivo (57,7).

Relativamente ao Nível de Funcionamento Mental (High-Fx), em todas as fases o valor é acima dos 50, contudo as oscilações são novamente verificadas, sendo que foi atingido o valor mais elevado (58,0) aos 18 meses de terapia.

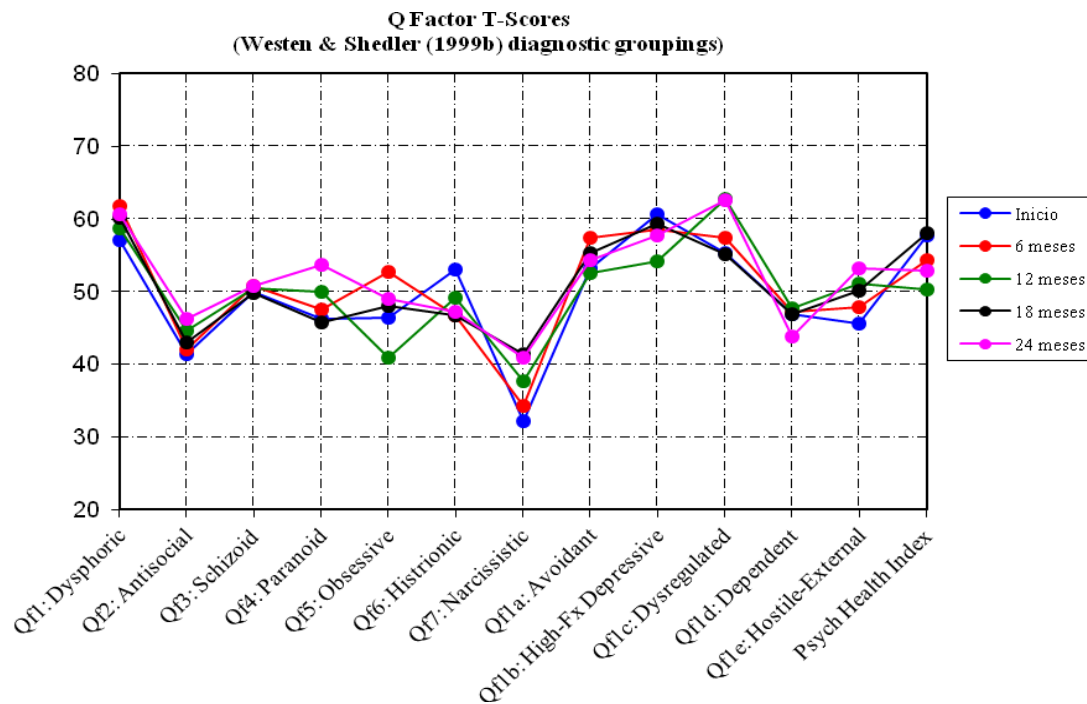


Figura 4 - Q-factor T-scores (paciente 1)

## **Paciente 2**

### *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)*

#### *Quantidade total de incidentes por variável*

O gráfico da figura 5 evidencia que a distribuição do número de incidentes por variável não foi homogênea, para as cinco dimensões. Os resultados apresentados referem-se a 59 incidentes de mudança, em que 49 são incidentes “puros” (83%) e 10 são incidentes “mistos” (17%), i.é., que constituem avaliações em mais do que uma variável.

Num total de 59 incidentes identificados durante a terapia, as variáveis Capacidade Adaptativa e Conflitos Básicos apresentam ambas um total de 2 incidentes de mudança, as variáveis *Insight* e Conflitos Básicos apresentam u total de 2 incidentes, sendo que as varáveis Capacidade Adaptativa e *Insight* correspondem a um total de 1 incidente de mudança. As variáveis Conflitos Básicos e Sintomas apresentam valores significativamente inferiores às restantes variáveis, sendo que na variável Conflitos Básicos é de 1 incidente e na variável Sintomas, corresponde a 10 incidentes. Os sintomas apresentam 100% de incidentes “puros”, o que contrasta com os incidentes “puros” em Conflitos Básicos (20%). A variável Capacidade Adaptativa (82%) e o *Insight* (88%) encontram-se estáveis relativamente aos incidentes “puros”.

Relativamente aos incidentes “mistos”, obteve-se 2 incidentes Capacidade Adaptativa/ Conflitos Básicos, igualmente com a mesma quantidade de incidentes em *Insight*/ Conflitos Básicos, e um incidente de mudança em Capacidade Adaptativa/*Insight*.

A variável Factores Extra-Terapêuticos (FE) não foi considerada devido a não apresentar quaisquer incidentes de mudança ao longo da terapia (Anexo J).

## Nº de incidentes

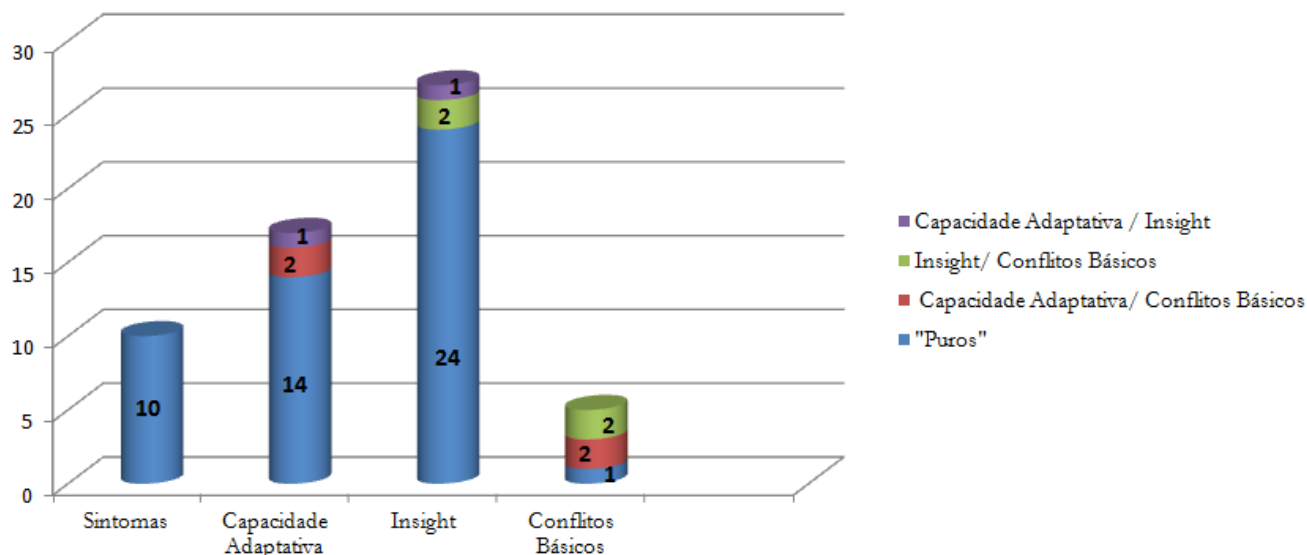


Figura 5 - Quantidade Total de Incidentes Observados para cada Variável de mudança

### *Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo*

Relativamente à evolução do grau de mudança nas diferentes variáveis da paciente, representadas no gráfico da figura 6, realizaram-se as médias quantitativas das avaliações de cada período de 3 meses, para cada variável. Através dos dados do gráfico, verifica-se que as variáveis de mudança apresentam desde o início um grau de mudança (S- 1,79; CA- 2,98; I- 4,3; CB- 0,47).

O gráfico representa a evolução da quantidade de incidentes ao longo dos 30 meses de terapia (equivalente a dois anos e meio). Neste gráfico, os valores apresentados correspondem ao rácio entre o número de incidentes “puros” e “mistos” de cada variável, pelo número de sessões realizadas por trimestre. Os dados sugerem que, no 2º trimestre (6 meses de terapia), houve um aumento ligeiro de incidentes de mudança na variável Sintomas, Capacidade Adaptativa e *Insight*, mas verificou-se um decréscimo de incidentes na variável Conflitos Básicos. Porém, foi no 3º trimestre (9 meses de terapia), que se verificou um aumento exponencial de incidentes na variável Capacidade Adaptativa, com estagnação de incidentes na variável Sintoma, Conflitos Básicos e Capacidade Adaptativa.

No final do primeiro ano de terapia (4º trimestre), verificou-se que houve um decréscimo acentuado de incidentes na variável Capacidade Adaptativa, com uma ligeira diminuição de incidentes ao nível da variável Sintomas e *Insight*. Verificou-se ainda um aumento de incidentes na variável Conflitos Básicos.

No início do segundo ano de terapia (5º trimestre), que se inicia em Janeiro de 2012, verificou-se um aumento significativo de incidentes de mudança nas variáveis Capacidade Adaptativa, Sintomas e *Insight*, contrastando com o decréscimo de incidentes na variável Conflitos Básicos.

No 6º trimestre (18 meses de terapia), verificou-se um aumento no número de incidentes relativamente às variáveis Capacidade Adaptativa, Sintomas e *Insight*, que se distingue com uma estagnação de incidentes na variável Conflitos Básicos, que se mantém até ao final da terapia. No 7º trimestre, houve uma diminuição de incidentes nas variáveis Capacidade Adaptativa e uma redução acentuada na variável *Insight*, sem manifestação de mudança na variável Sintomas.

No final de dois anos de terapia, houve um aumento de incidentes nas variáveis *Insight* e Capacidade Adaptativa, com um decréscimo de incidentes na variável Sintomas. No 9º trimestre, verificou-se um aumento significativo de incidentes na variável Capacidade Adaptativa, mas com uma ligeira diminuição de incidentes na variável *Insight*. Verificou-se ainda que a variável Conflitos Básicos não teve expressão significativa ao nível de incidentes de mudança.

As variáveis Sintomas e Conflitos Básicos apresentam um número inferior de incidentes de mudança comparativamente com as outras variáveis, estes surgiram como incidentes casuais.

De uma forma geral, a mudança no processo terapêutico desta paciente, expressou-se na variável *Insight* e Capacidade Adaptativa. A mudança exprimiu-se também na variável Capacidade Adaptativa, que aumentou exponencialmente no 8º trimestre, embora com oscilações ao longo da terapia. Por outro lado, a mudança não apresentou alterações significativas nos incidentes de mudança nas variáveis Conflitos Básicos e Sintomas, contrariamente às restantes variáveis de mudança (Anexo J).

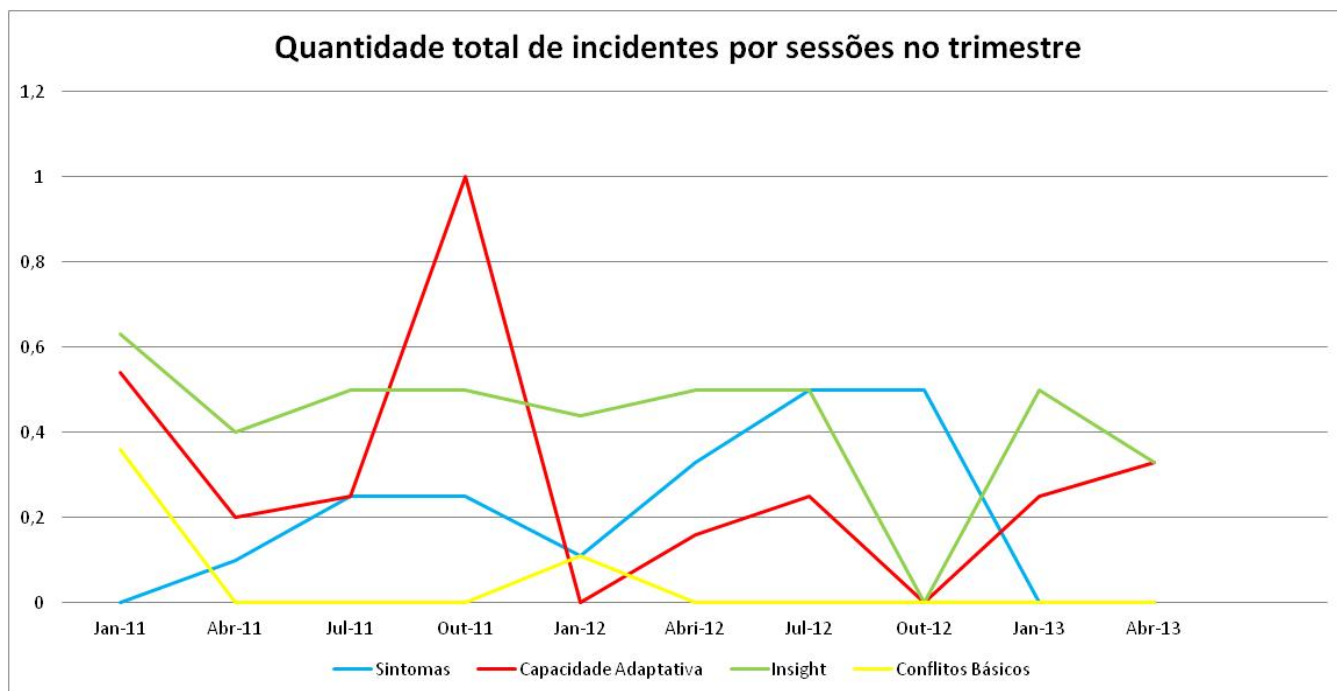


Figura 6 - Quantidade total de incidentes por sessões no trimestre

*Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*

A figura 7 ilustra o gráfico onde se pode constatar que, no início da terapia, os valores mais elevados dizem respeito à categoria Obsessivo-Compulsiva (57,9) e High Fx (65,9). Aos 6 meses verifica-se, novamente, um valor significativo nas mesmas categorias Obsessivo-Compulsiva (57,3) e High Fx (64,1). Aos 12 meses, a única pontuação significativa apenas diz respeito à categoria High Fx (65,1), o que demonstra o bom nível de funcionamento mental da paciente ao longo da terapia. Por fim, aos 18 meses, verificou-se, novamente, que o valor significativo diz respeito à categoria High Fx (66,5), voltando a evidenciar-se a categoria Obsessivo-Compulsivo (56,9). Por último, verifica-se o valor mais elevado na categoria High Fx (68,1) aos 24 meses, valor que remete para um progresso positivo a nível do seu funcionamento mental.

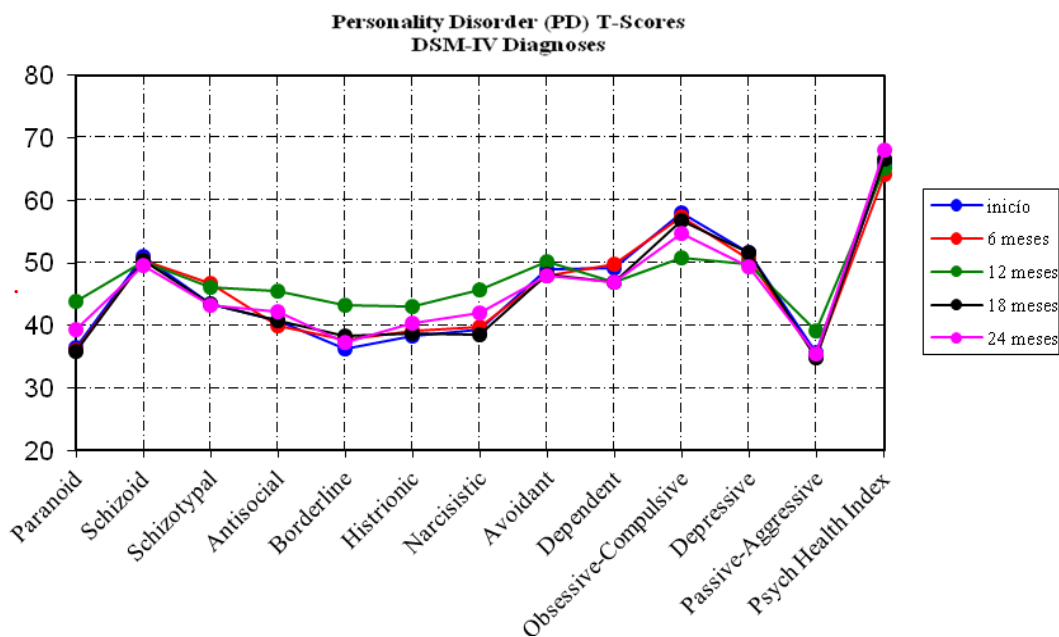


Figura 7 - T-scores relativos às perturbações da personalidade (paciente 2)

Da leitura do gráfico da figura 8, conclui-se que no início da psicoterapia, as categorias que apresentam valores mais significativos, para além do High Fx (65,9), são a Obsessiva (65,3) e o Funcionamento Adequado Depressivo (62,4). Aos 6 meses, verifica-se a mesma tendência mas com valores inferiores, igualmente significativos para High Fx (64,1), Obsessiva (62,0) e Funcionamento Adequado Depressivo (59,9). Aos 12 meses a situação repete-se para as categorias Obsessiva (59,8), Funcionamento Adequado Depressivo (62,7) e High Fx (65,1). Nos 18 meses, as mesmas categorias voltam a evidenciar-se apresentando valores superiores: Obsessiva (62,8) e Funcionamento Adequado Depressivo (63,6) e High Fx (66,5). No final da terapia, aos 24 meses, os valores de cada categoria aumentam: Obsessiva (64,2), Funcionamento Adequado Depressivo (64,0) e High Fx (68,1), atingindo este último o valor mais elevado durante toda a terapia. Este valor demonstra o progresso favorável do funcionamento mental da paciente.

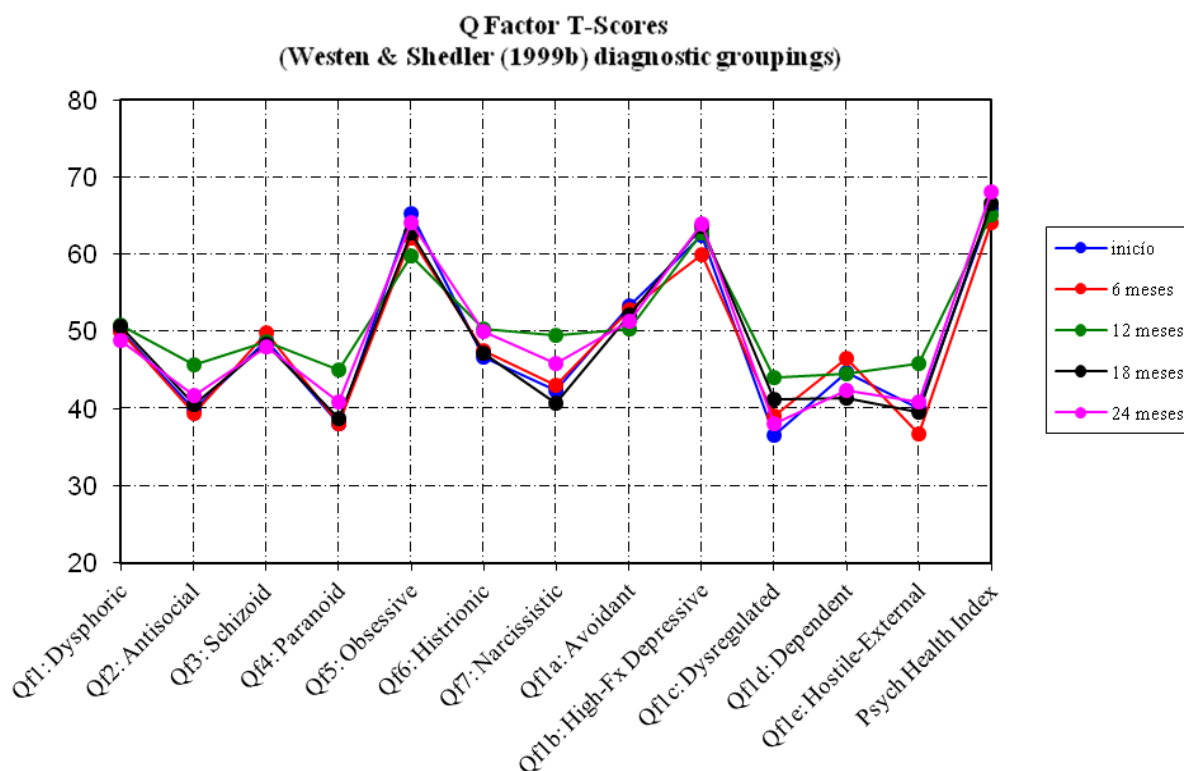


Figura 8 - Q-factor T-scores (paciente 2)

## Discussão

O objetivo principal deste estudo não foi avaliar a eficácia da psicoterapia, mas estudar as variáveis que possam estar envolvidas no mecanismo de ação da psicoterapia psicodinâmica, e analisar características da personalidade de ambas as pacientes ao longo do tempo da mesma, tendo em conta determinados fatores de mudança, como estas evoluem e se alteram, admitindo que esta variação seja distinta em pacientes com características de personalidade diferentes.

Neste estudo, verificou-se que a distribuição do número de incidentes de mudança divergiu nos casos apresentados. As mudanças que surgiram em todas as variáveis, desde o início da terapia, sem uma sequência cronológica no surgimento de incidentes de mudança vão contrastar com o Modelo de Dosagem, na medida em que os autores definiram que seria necessário uma dosagem fixa de sessões de terapia para que a mudança pudesse ocorrer de acordo com um padrão, de *dose-effect*, o que tal não se verifica neste estudo (Draper et al. 2000, cit. por Tavares, 2012).

Com base nos resultados, verifica-se uma permanente mudança ao longo da terapia, ainda que seja mais notória e significativa em determinados incidentes de mudança, do que em outros, que altera de acordo com as características de personalidade de cada paciente.

No primeiro caso apresentado, relativamente aos resultados da CHAP, verificou-se, que desde o início da terapia, a paciente apresenta mudanças ao nível dos Sintomas e da Capacidade Adaptativa, verificando-se valores elevados nas mesmas variáveis. Aos 6 meses (2º trimestre), houve aumento de incidentes na variável *Insight*, o que parece contradizer a literatura de Gedo e Shaffer (1989, in Waldron, 1997, *cit.* por Tavares, 2012), na qual a capacidade de *Insight* se alcança no final de um maior número de sessões. Aos 12 meses (4º trimestre), verificou-se um aumento de incidentes nas variáveis Conflitos Básicos, Sintomas e Capacidade Adaptativa. Já no 6º trimestre (18 meses), obtiveram-se valores elevados de incidentes na variável *Insight*, com um decréscimo nos valores de incidentes para as variáveis Conflitos Básicos, Capacidade Adaptativa e Sintomas.

Ao final de um ano de terapia, obtiveram-se valores exponencialmente elevados na variável Capacidade Adaptativa, com diminuição de valores nas variáveis Sintomas e Conflitos Básicos. No final da terapia, constataram-se valores elevados de incidentes nas variáveis Capacidade Adaptativa, sendo que os valores de incidentes para a variável Conflitos Básicos aumentaram consideravelmente. No entanto, houve uma diminuição nos valores de incidentes para a variável Sintomas. A variável *Insight* obteve valores inferiores ao longo de toda a terapia, i.é., não se verificaram mudanças significativas ao nível desta variável. Os dados deste instrumento associado aos resultados do SWAP-200, fornecem uma leitura sobre as características da personalidade.

A análise dos dados do SWAP-200, sugerem que esta paciente, embora apresente valores dentro da média no que diz respeito ao seu nível de funcionamento mental (High-Fx), apresenta tendencialmente uma sintomatologia depressiva, evidenciados pelos valores significativos nas categorias depressiva, disfórica e desregular. Estes valores mantiveram-se desde o início ao final da terapia, com pequenas e ténues oscilações.

Relativamente à análise das características de personalidade da segunda paciente, pode deduzir-se que, apresenta traços de personalidade Obsessivo-Compulsiva e Depressivo, apresentando valores elevados relativamente à categoria Obsessivo-Compulsiva, Obsessiva, Funcionamento Adequado Depressivo, e High Fx, no início da

terapia, o que demonstra ainda assim, um bom nível de funcionamento mental e sua evolução. Obteve mais rapidamente mudanças ao nível sintomático, facto que condiz com a literatura. Segundo Kopta (1994), numa psicoterapia, a ansiedade, a depressão e sintomas Obsessivo-compulsiva, tendem a mudar mais rapidamente. Relativamente aos traços depressivos de personalidade, de acordo com o estudo de Barber and Muenz's (1996 in. Barber et al. 1997, *cit.* por Tavares, 2012), demonstrou-se uma maior melhoria sintomática quando os pacientes deprimidos eram mais obsessivos. O valor de High Fx apresenta-se igualmente elevado no final da terapia, o que sugere um progresso favorável do funcionamento mental da paciente.

No segundo caso apresentado, relativamente aos resultados do primeiro instrumento, verificou-se, que desde o início da terapia, a paciente apresenta mudanças ao nível da Capacidade Adaptativa e do Insight, verificando-se valores elevados nas respetivas variáveis. Aos 6 meses, houve um aumento de incidentes na variável Sintomas e Capacidade Adaptativa e *Insight*, com diminuição dos valores referente à variável Conflitos Básicos. Aos 12 meses, verificou-se um aumento de incidentes na variável Conflitos Básicos e um aumento exponencial na variável Capacidade Adaptativa, com decréscimo dos valores de incidentes para a variável Sintomas e uma ligeira redução na variável *Insight*. Aos 18 meses, obtiveram-se valores elevados de incidentes ao nível das variáveis Capacidade Adaptativa, Sintomas e *Insight*. Ao final de um ano de terapia, verificaram-se valores elevados de incidentes para as Variáveis Capacidade Adaptativa e *Insight*, tendo esta última variável, valores constantemente elevados ao longo da terapia, sendo que os valores para a variável Sintomas mantiveram-se inferiores. No entanto, os valores de incidentes na variável Conflitos Básicos revelaram-se inferiores, comparativamente com as restantes variáveis no decorrer de toda a terapia.

De uma forma geral, na primeira paciente, a terapia mobiliza sobretudo mudanças ao nível da Capacidade Adaptativa, podendo significar um período de grande trabalho analítico, que segundo Blum (1979, *cit.* por Tavares, 2012), conduzem à resolução de conflitos inconscientes, à mudança na Capacidade Adaptativa. Verificou-se também a alteração de Sintomas, com pouca mobilização do *Insight* e de Conflitos Básicos. Na segunda paciente, são principalmente mobilizadas mudanças ao nível do *Insight* ao longo de toda a terapia. As mudanças na Capacidade Adaptativa surgem no final do primeiro ano, o que parece contrariar a literatura, segundo Wilczek, et al. (2004), no qual as mudanças nos Sintomas possibilitam uma modificação ao nível da

adaptação, ou revelam uma alteração nos conflitos intrapsíquicos. Verificou-se ainda que os sintomas foram mobilizados no final do segundo ano.

De acordo com Keller, et al. (*cit.* por Tavares, 2012) pacientes que inicialmente apresentavam sintomas depressivos severos, previa-se que a probabilidade da sua recuperação seria mais longa, contrariamente em pacientes com baixos níveis de severidade nos sintomas, com maior probabilidade de recuperar mais rapidamente.

Em síntese, constata-se que são diversos os agentes de mudança na abordagem psicanalítica. Todavia, acredita-se que o que tem merecido especial atenção, são as mudanças estruturais. Desta forma, o vínculo, a aliança terapêutica, o *insight*, a análise da transferência e interpretação, são algumas das ferramentas para trazer os conteúdos inconscientes à consciência e, assim, contribuir para a mudança psíquica.

É de ressaltar que todos os instrumentos são benéficos para a análise da mudança terapêutica em indivíduos que participam no processo de psicoterapia psicodinâmica. Porém, é necessário que o terapeuta avalie todos os movimentos que ocorrem na sessão, com a finalidade de verificar as modificações através da sua percepção, bem como, da percepção do próprio paciente face à evolução da sua terapia.

Dessa forma, é necessário ressaltar a importância de instrumentos aliados à prática do profissional que são responsáveis por ajudar a verificar as modificações ocorridas até determinado momento da terapia. No entanto, a análise deve centrar-se em todas as sinalizações que o paciente apresenta ao longo da terapia.

De um modo geral, verificou-se neste estudo, que existe uma forte ligação entre o vínculo terapêutico e as intervenções utilizadas durante a terapia. Este estudo revela que, ao nível da psicoterapia psicanalítica, não faz sentido considerar a importância de ambos os factores individualmente, uma vez que contribuem para o processo terapêutico, em que ambos simultaneamente contribuem para o sucesso, eficácia da terapia, e consequentemente, da mudança terapêutica.

A partir dessas informações, acredita-se são necessários cada vez mais estudos que comprovem cientificamente as modificações inconscientes dos pacientes, para que dessa forma, a terapia de orientação psicodinâmica ganhe mais ênfase na atualidade.

Este estudo, juntamente com a literatura, contribui para a construção de novas hipóteses de pesquisa para estudos futuros, que desenvolvam investigações no âmbito dos sucessos ou ineficácia dos tratamentos psicoterapêuticos.

## Referências Bibliográficas

- Arnold, E., Farber, A., & Geller, J. (2000). Changes in patients' self-representation over the course of psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 28 (3).
- Bartlett, A. B. (2002). Current perspectives on the goals of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50 (2).
- Blatt, S. & Auerbach, J. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- Blatt, S. & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis—with whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 52 (2).
- Blum, P. (1979). The curative and creative aspects of insight. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27.
- Blum, H. P. (2005). Psychoanalytic reconstruction and reintegration. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60.
- Braier, E. A. (2000). *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cordioli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. Em: A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp.19-41). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha, A. (2006) *Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP)*. Manual and Commentary.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi.

- Draper M, Jennings J, Barón A, Erdur O, Shankar L (2000) *Dose-effect relationships in brief therapy based on a nationwide college counseling center sample*. In *Book Dose effect relationships in brief therapy based on a nationwide college counseling center sample (Editor ed.^eds.), vol. 1*. The Counseling & Mental Health Center, The University of Texas at Austin, City.
- Isolan, L., Pheula, G. & Cordioli, V. (2008). Fatores comuns e mudança em psicoterapia. In Cordioli, A. V. (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas: 58-73.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (5), 1009- 1016.
- Lambert, M. J., & Barley, E. B. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. Consultado em Janeiro, 3, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5).
- Lopes, C. (2003). *Guia prático: Normas da American Psychological Association: Citações & Referências Bibliográficas*. Lisboa: Centro de Documentação do ISPA.
- Marin-Avellan, L. E., McGauley, G., Campbell, C., & Fonagy, P. (2005). Using the SWAP-200 in a personality-disordered forensic population: Is it valid, reliable and useful? *Journal of Criminal Behavior and Mental Health*, 15, 28-45.
- Miranda, F., Pires, A., & Canta, G. (2010). *Fatores específicos ou fatores Comuns? Processo e mudança na psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Moreno, C. M., Schalayeff, C., Acosta, C., Vernengo, P., Roussos, A. & Lerner, B. (2005). Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 199-209.
- Ramos, A. (2010). *Psicoterapia: Uma visão introdutória*. Brasil: Centro Universitário Salesiano de São Paulo.
- Rudolf, G., Manz, R. & Ori, C. (1999). Outcomes of Psychoanalytic Therapies. *Int Forum Psychoanal*, 8, 125-134.
- Sá, V. (2008). *Avaliação de Mudança em Psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Universitário.
- Schaf, D. (2011). *Estudo de Fatores Psicodinâmicos e Neurobiológicos em Psicoterapia Psicodinâmica*. Dissertação de mestrado, não publicada. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, A. (2014). *Mudanças das características de personalidade e dos sintomas no processo terapêutico*. Dissertação de mestrado, não publicado. Lisboa: Instituto universitário.
- Shedler, J. & Westen D. (2007). The Shedler - Westen Assessment Procedure: Making Personality Diagnosis Clinically Meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89 (1), pp. 41-55.
- Tavares, J. (2012). *Personalidade e Padrões de Mudança*. Dissertação de mestrado, não publicado. Lisboa: Instituto Universitário.
- Wilczek, A., Barber, J. P., Gustavsson, J. P., Åsberg, M. & Weinryb, R. M. (2004). Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52 (4).

## **Anexos**

## **Anexo A – Lista de Exemplos de Mudança nas Variáveis do CHAP**

### **Mudança nos Sintomas**

1. Os sintomas diminuíram em número, frequência, duração, severidade e intensidade;
2. O paciente está menos perturbado com os seus sintomas, por exemplo com menos medo da sua ansiedade, ou consegue suportá-la melhor;
3. O paciente não se preocupa com os seus sintomas;
4. O paciente não fala, espontaneamente, sobre os seus sintomas, não os menciona.;
5. O paciente fala dos seus sintomas usando o tempo verbal no passado;
6. O paciente considera os seus sintomas sem importância, nada que mereça ser mencionado;
7. O paciente faz dos seus sintomas uma frivolidade;
8. O paciente encara os seus sintomas de uma forma mais objectiva, com maior distância emocional, curiosidade, espanto/admiração, humor, procurando questioná-los e analisá-los, reflectir sobre eles;
9. O paciente já não se considera uma vítima passiva dos seus sintomas;
10. O paciente apercebe-se que os seus sintomas tinham um significado e uma função, por exemplo, em termos de ganhos primários e secundários;
11. O paciente considera que “está curado”;
12. O paciente já não procura uma terapia contínua ou qualquer outro tipo de tratamento para os seus sintomas;
13. O paciente aprendeu a viver com os seus sintomas.

### **Capacidade Adaptativa**

1. O paciente já não evita ou foge das situações críticas;
2. O paciente já não fica ansioso antes ou nas situações críticas;
3. O paciente descreve situações concretas onde actuou mais adequadamente que antes, por exemplo, de forma mais assertiva, flexível, não agressiva;
4. O paciente exhibe surpresa óbvia, assombro/espanto, etc. enquanto conta como actuou em situações críticas;
5. O paciente conta sobre mudanças em hábitos, modo de vida, etc. indicando que está determinado a fazer algo em relação aos seus problemas;

6. O paciente está contente e orgulhoso de si mesmo pois pode agora lidar com coisas que antes não podia (sem surgirem os sintomas);
7. O paciente diz que decidiu ver-se livre dos seus sintomas e de outros problemas;
8. O paciente fala de si mesmo, em relação aos seus problemas e sintomas, como um agente activo, aquele que dita as regras e toma as decisões;
9. O paciente atreve-se a fazer coisas agora a que não se atrevia antes;
10. O paciente é capaz de fazer coisas que não conseguia fazer antes;
11. O paciente faz uma distinção entre antes da terapia e depois da terapia, acerca da forma como costumava ser antes da terapia e é agora;
12. O paciente tem novos interesses e passatempos;
13. O paciente tem novos amigos;
14. O paciente tem agora outro emprego, quer seja por ter sido promovido ou por ter mudado de funções, ou ainda por se ter iniciado numa profissão completamente nova a que podia já ter aspirado antes;
15. O paciente começou uma nova aprendizagem;
16. O paciente conta sobre sonhos antigos que realizou ou começou a realizar;
17. O paciente pode fazer agora coisas que antes podia apenas fantasiar;
18. O paciente libertou-se de situações que eram inibitórias, limitadoras, destrutivas, por exemplo, emprego, casamento ou outras relações;
19. O paciente sente-se mais autónomo, isto é, mais independente e deliberado, não à mercê das circunstâncias. Sente-se livre para tomar as suas próprias decisões independentemente dos pedidos ou desejos do seu meio envolvente, mas não independentemente ou negligenciando as suas (deles) necessidades;
20. O paciente sente/assume a devida responsabilidade por coisas que lhe aconteceram;
21. O paciente libertou-se da compulsão de repetir erros antigos, que o colocavam nas mesmas situações problemáticas, uma e outra vez.

### ***Insight***

1. O paciente diz que se apercebe e compreende o que está por trás dos seus problemas e qual o seu significado;
2. O paciente pode dar uma explicação razoável e com significado para o que está por trás/na origem dos problemas e seu significado;
3. O paciente fala sobre, e exhibe, sentimentos a que não tinha acedido antes;

4. O paciente é mais tolerante e compreensivo ao falar dos seus problemas;
5. O paciente desenvolveu uma divisão entre um ego compreensivo e observante e um ego que experiencia, sente, fantasia, e deseja (capacidade de observar-se e compreender-se);
6. O paciente está ciente de instâncias de *acting-out* e consegue descreve-las como tal;
7. O paciente está consciente do fenómeno de transferência e compulsão de repetição e consegue descreve-los como tal;
8. O paciente consegue ver e assumir a sua cota parte de responsabilidade em conflitos interpessoais;
9. O paciente põe, razoavelmente, em causa os seus sentimentos, pensamentos, actos, isto é, já não os toma como certos sem se questionar sobre o seu significado;
10. O paciente consegue aperceber-se e falar sobre as suas defesas e resistências;
11. O paciente descobriu sintomas e hábitos sintomáticos que eram ego-sintónicos ;
12. O paciente tomou consciência e começou a tolerar aspectos de si mesmo que não tinha consciência antes, por exemplo, desejos e fantasias;
13. O paciente sente-se mais ambivalente sobre situações e outras pessoas e consegue suportá-la sem começar a actuar (*acting-out*);
14. O paciente sente-se desiludido mas considera isto uma perda e um ganho simultaneamente (ex.: deixa de idealizar/fazer luto);
15. O paciente sente-se mais curioso a seu respeito, medita e reflecte mais sobre si mesmo;
16. O paciente não tende tanto a culpar os outros pelos seus próprios problemas, dificuldades e falhas;
17. O paciente pode criticar-se a si mesmo de uma forma mais objectiva e menos acusatória;
18. O paciente pode falar sobre os seus problemas e dificuldades com maior distância emocional, ironia e humor;
19. O paciente pondera sobre os seus sonhos e tenta compreende-los;
20. O paciente pondera sobre actos falhados e tenta compreende-los;
21. O paciente é mais capaz de prever os seus sentimentos, reacções, acções e os dos outros;

22. O paciente procurou outra terapia mais longa orientada para o insight ou psicanálise;
23. O paciente consegue ver ganhos primários e secundários nos seus sintomas;
24. O paciente fala menos sobre os seus sintomas e mais sobre os problemas subjacentes.

### **Conflitos Básicos**

1. O paciente sabe “do que é que tudo se trata”;
2. O paciente consegue dar uma explicação razoável e com significado para o conflito básico;
3. A confrontação com o conflito básico provoca menos ansiedade ou resistência;
4. O paciente é mais flexível e tem abertura de espírito nas suas atitudes e hábitos;
5. O paciente é mais tolerante em relação aos outros;
6. O paciente tem mais empatia com os outros;
7. O paciente consegue ver as situações e os problemas pelo ponto de vista dos outros;
8. O paciente é um melhor ouvinte;
9. O paciente não é tão rígido, estereotipado ou extremo como costumava ser;
10. O paciente abandonou rotinas vitais e rituais que costumava ter;
11. O paciente abandonou caprichos e manias;
12. O hábito do paciente de abordar sempre o mesmo tema, muitas vezes nas mesmas palavras de sempre, enfraqueceu;
13. O carácter do paciente modificou ou mudou;
14. O paciente desistiu das suas defesas caracteriais;
15. Outras pessoas acham que o paciente mudou;
16. O paciente já não é tão defensivo, desconfiado etc.;
17. O paciente já não reage como se estivesse perante o estímulo desencadeador, automaticamente, de forma reflexa;
18. O paciente já não se sente facilmente provocado, já não perde o controle com tanta facilidade;
19. O paciente já não é tão propenso e tendente a julgamentos categóricos
20. O paciente parece estar em desenvolvimento, num estado de mudança contínua, sem ser instável e imprevisível;

21. O paciente não tem medo da mudança, quer seja nele próprio ou no seu meio circundante;
22. O paciente não tem medo de correr riscos razoáveis, já não é dependente de resultados garantidos;

### **Factores Extra-terapêuticos (FE)**

1. O tempo passou e o paciente “simplesmente” melhorou com a passagem do tempo, desde o fim da terapia;
2. O paciente cresceu, entrou numa nova etapa do seu ciclo de vida ou amadureceu da “forma natural”;
3. O paciente passou por um processo normal de crise e saiu dele;
4. O paciente teve uma mudança saudável no seu meio/ambiente envolvente (“terapia ambiental natural”);
5. O paciente tem estado “simplesmente” a investir em si mesmo, independentemente da terapia;
6. O paciente tem tido outros tipos de suporte, aconselhamento ou contactos que trouxeram *insight* mas que não são psicoterapêuticos ou psiquiátricos (amigos, colegas, parentes);
7. O paciente já esteve numa outra psicoterapia;
8. O paciente já fez um tratamento psicofarmacológico;
9. O paciente fez outros tipos de tratamento psiquiátrico;
10. O paciente tem estado somaticamente doente, teve um acidente, ou sofreu fisicamente;
11. O paciente sofreu algum infortúnio ou esteve noutra tipo de crise;
12. As condições ambientais stresssantes cessaram;
13. O paciente retirou-se da situação stressante ou que provocava os sintomas;
14. O paciente ficou curado de uma doença física;
15. O paciente envolveu-se em movimentos religiosos, políticos ou outros tipos de movimentos ideológicos;
16. O paciente apaixonou-se;
17. O paciente esteve sobre a influência de alguma autoridade catártica;
18. O paciente mudou por estar numa relação que funcionou como uma terapia (pseudo-terapia).

## Anexo B – Incidentes de Mudança (1º momento)

Tabela 1: Avaliação de Incidentes de Mudança (1º momento)

Sessão	Data	Incidente	Aval 1	Aval 2
30	Jul-04	E agora dou comigo com relativa frequência a sentir isso tão forte que me estraga o dia	I	I
		Até há pouco tempo havia certos sentimentos (ou ausência deles) que eram apreciados	I	I
31	Jul-04	Como se eu não quisesse ter a família que tinha, aperceber-me disso fez-me sentir muito mal	I	-
32	Jul-04	Uma coisa que me dou conta ... a posição em que estou aqui ajuda-me a falar. Da mesma maneira de que quando falo da infância fecho os olhos e quando falo do presente tenho os olhos abertos	I	I
		Porque me vai fazer falta e porque depois penso que disparate, já estou dependente	I	-
33	Set-04	Ultimamente comovo-me mais facilmente	-	CA
34	Set-04	Agora não me apetece fugir	CA	--
35	Set-04	Agora até gosto de estar do contra	CA	CA
		Acho que tinha medo de ser excluída por não estar nas normas ... agora a mim é que me apetece sair do baralho	CB	CB
			I	
		Mas agora tenho a sensação de que era uma forma de estar em oposição a pequenas coisas	--	I
		Agora até gosto de estar do contra	CA	CA
Acho que tinha medo de ser excluída por não estar nas normas ... agora é a mim que me apetece sair do baralho	CB	CB		

36	Set-04	Isto é uma forma de me auto-excluir, observando, não me envolvendo verdadeiramente	I	CA
37	Set-04	--	--	--
38	Set-04	Fiquei aliviada quando conclui que não tinha de gostar dela	I	I
39	Set-04	--	--	--
40	Out-04	Se por um lado racionalizo e tenho dificuldade em expressar emoções, por outro lado dou por mim a ter comportamentos impulsivos e urgentes	I	I
41	Out-04	O A. não pode brilhar que eu sinto-me logo insignificante	I	I
		Isto tem a ver com o ter de ser melhor e achar que ficaria aquém, incomoda-me	--	I
42	Out-04	Descobri que tenho de dizer as coisas e digo e sinto-me agressiva e tenho um certo prazer nisso	I	I
		E do que eu me apercebi é que existe uma espécie de medo, quase, com a relação, há algo que me assusta e me dá vontade de me defender. Por outro lado, é uma relação de confiança, exponho-me, ao mesmo tempo tenho a sensação de que é como se fosse uma confiança calculada	I	I
		De repente parece que descobri que tenho de dizer as coisas e digo, e sinto-me agressiva e tenho um certo prazer nisso	--	I
43	Out-04	--	--	--
44	Out-04	--	--	--
45	Out-04	Começo a ver mais claro o que ontem falámos ... tem a ver com que reparem em mim ... ver o que está por trás acalma as minhas emoções	CA	CA
46	Out-04	As vezes os acessos de mau humor no meu emprego se calhar resultam de me dizerem o que	I	I

		devo fazer		
<b>47</b>	<b>Out-04</b>	De repente ocorreu-me que tinha a ver com uma certa identificação, o desejo de ser reconhecida	I	I
<b>48</b>	<b>Out-04</b>	Tudo o que tenha a ver com afetos, desejos, nunca tinha pensado nisso, mas há qualquer coisa de vergonha	I	I
		Ontem quando sai ocorreu-me que a má vontade que tinha em relação a si já era uma forma de não correr riscos de gostar de si	I	--
<b>49</b>	<b>Out-04</b>	--	--	--
<b>50</b>	<b>Nov-04</b>	Vergonha é um incomodo ... desliguei porque era demais	I	I
		Ocorreu-me agora que estava apaixonada pelo meu pai	I	I
		Se olhar para trás, parece-me que este seria o meu estado mais comum por uma questão de sobrevivência	--	I
<b>51</b>	<b>Nov-04</b>	--	--	--
<b>52</b>	<b>Nov-04</b>	Não sei, é estranho a sensação de desligar ao mesmo tempo é quase confortável e tenho a sensação de ver mais claro	CA	CA
<b>53</b>	<b>Nov-04</b>	--	--	--
<b>54</b>	<b>Nov-04</b>	Uma coisa que estou a tentar perceber. Uma pessoa que de quem ele iria gostar que não era um rival para ele	I	--
		E agora o que me está a ocorrer ... ou sabia que ele era a pessoa que o meu pai iria gostar, mas ao mesmo tempo não era o marido que desejava para mim	CB	CB

55	Nov-04	Não teve nada a ver com o que eu senti falta, é não considerar o que a outra pessoa quer	I	I
		O desconforto vem do aspeto sexual da paixão. O que é surpreendente é como se acabasse de descobrir isso agora, mas é tão óbvio	I	CB
56	Nov-04	--	--	--
57	Nov-04	--	--	--
58	Nov-04	--	--	--
		--	--	--
59	Nov-04	--	--	--
60	Nov-04	Mas percebi-me que há coisas dentro de mim fortes e querem sair	--	I

**Grau de concordância entre avaliadores: 0.66**

Concordantes
I – 11
CA – 4
CB – 3
S - 0

Discordantes
I – 2
CA – 1
CB – 1
S - 0

### Anexo C – Incidentes de Mudança (2º momento)

Tabela 1: Avaliação de Incidentes de Mudança (2º momento)

Sessão	Data	Incidente	Aval 1	Aval 2
61	Dez-04	É um medo enorme de ser magoada e depois muitas coisas que eu encarava como a minha maneira de ser não passavam de estratégias	CB	CB
		Ligado a isto está o que descobri de mim. Que tenho muita dificuldade em confiar. Estou a lembrar-me de mim muito pequena 9/10 anos já assim	--	I
		E os livros permitiram-me gostar quando me reconhecia	--	I
62	Dez-04	A vergonha tem a ver com o ter desligado	I	I
63	Dez-04	Faz-me lembrar outra coisa que disse há minha irmã que me irritava a minha madrastra dizer que sabia que podia contar connosco. Nunca soube estar presente quando era preciso	--	CB
64	Dez-04	Agora que percebi, serve-me para perceber que estou a ser usada e a aceitar	I	I
		Por um lado tenho o desejo de independência e por outro lado, desejo ter alguém que me proteja	CB	CB
65	Dez-04	Apercebi-me de algo que me incomoda ... tenho uma certa ausência de protagonismo	I	I
66	Dez-04	Eu não quero fazer de mãe, queria	I	--

		mesmo era uma mãe		
<b>67</b>	<b>Dez-04</b>	Agora apercebi-me que não é sempre assim, afinal a minha madrasta não é esse poço de perfeição	I	I
		Agora apercebo-me que houve mais coisas que não vivi, olhando para as minhas sobrinhas	I	I
		Agora sou eu. Antes era um pouco espectadora. Sim, sei lá não era eu, sou eu. E ao menos parece que fico com menos medo	--	S
		Acho que posso viver com isto, sem os voluntarismos para fugir das coisas	--	CA
<b>68</b>	<b>Dez-04</b>	Agora apercebi-me que não é sempre assim, afinal a minha madrasta não é esse poço de perfeição	I	I
<b>69</b>	<b>Dez-04</b>	---	---	---
<b>70</b>	<b>Jan-05</b>	É como se fosse uma maneira de mostrar a mim própria que estou bem sozinha, mas ao mesmo tempo se calhar incomoda-me bastante ao ponto dar medo ao trabalho de mostrar que não me incomoda	I	I
<b>71</b>	<b>Jan-05</b>	---	---	---
<b>72</b>	<b>Jan-05</b>	---	---	---
<b>73</b>	<b>Jan-05</b>	---	---	---
<b>74</b>	<b>Jan-05</b>	---	---	---
<b>75</b>	<b>Jan-05</b>	Acho que percebi porque tenho esta necessidade de manter o controle. Sou capaz de ser dumas intolerância e agressividade que me assusta. Tem a ver com o sentir-me ameaçada	I	I

<b>76</b>	<b>Fev-04</b>	---	---	---
<b>77</b>	<b>Fev-05</b>	E antes tinha vergonha e agora dei por mim a falar a 3 amigas	CA	CA
<b>78</b>	<b>Fev-05</b>	---	---	---
<b>79</b>	<b>Fev-05</b>	O que é curioso é que estou a viver a nível profissional aquilo que eu não consigo viver a nível pessoal, promessas falhadas	I	I
<b>80</b>	<b>Fev-05</b>	Se calhar a realidade não é tal e qual como a vejo. Por um lado angustia-me um pouco por outro alivia-me	I	I
<b>81</b>	<b>Fev-05</b>	---	---	---
<b>82</b>	<b>Fev-05</b>	---	---	---
<b>83</b>	<b>Fev-05</b>	---	---	---
<b>84</b>	<b>Fev-05</b>	Um dos comentários que tem a ver com o que me disse ontem “como era tão feminina”. Interiormente não sei o que é isso. E associo a fraqueza. Afinal ela morreu. Não sei se é por aí	---	I
<b>85</b>	<b>Fev-05</b>	É que há em mim uma dose de tristeza que me custa reconhecer. Também sempre me custou falar das minhas fraquezas aos outros	I	I
<b>86</b>	<b>Fev-05</b>	Um das coisas que tem estado por detrás das minhas implicâncias com os colegas é a necessidade de ser reconhecida, apreciada	CB	CB
			I	---
<b>87</b>	<b>Mar-05</b>	---	---	---

88	Mar-05	Há coisas que eu começo a perceber, a aceitar. Estava a pensar nisso da tristeza e de como uma parte de mim que é triste e quer colo ficou tão forte e presente e como isso às vezes condicionou alguns dos meus relacionamentos e como posso ter expectativas tão irreais, e deslocadas que regularmente fico desiludida.	I	I
			CB	CB
89	Mar-05	Surgiu-me que isto de ser triste não é necessariamente uma coisa má	I	I
90	Mar-05	Ultimamente o diretor vem ao meu gabinete pedir a opinião. E quando penso o que mudou foi essencialmente a minha atitude	CA	CA

**Grau de concordância entre avaliadores: 0.73**

<p>Concordantes</p> <p>I – 13</p> <p>CA – 2</p> <p>CB - 4</p> <p>S - 0</p>
--

<p>Discordantes</p> <p>I – 5</p> <p>CA – 1</p> <p>CB - 1</p> <p>S - 1</p>
---

## Anexo D – Incidentes de Mudança (1º momento)

Tabela 1: Avaliação de Incidentes de Mudança (1º momento)

Sessão	Data	Incidente	Aval 1	Aval 2
91	09 Mar-05	---	---	---
92	21 Mar-05	---	---	---
93	22 Mar-05	E agora estou aqui a pensar que se calhar estou mais ligada há minha tia do que pensava	I	I
94	28 Mar-05	Mas agora não me sinto nada irritada com eles (irmão e madrasta)	CB	CB
		Se alguma coisa que me caracteriza agora é a inércia e às vezes dizem-me não pares. Se calhar não tem a ver com a ação, mas com a mudança	---	CA
95	29 Mar-05	Era mais fácil falar de outras coisas quando não gostava de si. Agora inibe-me	I	---
96	30 Mar-05	---	---	---
97	11 Abr-05	---	---	---
98	12 Abr-05	Ontem ocorreu-me ... estava a falar do dinheiro e ocorreu-me que de certa maneira funciono com o dinheiro como com os afetos	I	I
99	18 Abr-05	---	---	---
100	19 Abr-05	Não sei de que mas tenho a impressão que foi a seguir a falar do enterro da minha mãe e de querer ir com ele e ficou no escuro (sobre os sintomas)	S	S

<b>101</b>	<b>20 Abril 05</b>	Esta espécie de irritação comigo tem um pouco a ver com o facto de que uma ideia de mim tem de morrer, uma imagem que quero fazer passar que não corresponde à realidade	I	I
<b>102</b>	<b>26 Abr 05</b>	O que me levou a pensar que, se calhar, o que às vezes fazemos a pensar que é por causa dos outros não passa de razões pessoais, para não nos sentirmos sós. Tenho bem essa noção em relação a certas coisas.	I	I
<b>103</b>	<b>27 Abr 05</b>	Tem a ver quase precisar de estar na frente para me sentir validade como pessoa e isso não sou eu	I	I
<b>104</b>	<b>05 Mai 05</b>	---	---	---
<b>105</b>	<b>26 Abr 05</b>	Com frequência quando saio ocorre-me algo que me parece óbvio. É que agora sei dizer que não. Parece-me que era uma dificuldade é que por trás disto é o porque era o oposto está presente	---	CA
<b>106</b>	<b>09 Mai 05</b>	Ocorreu-me que a minha vontade de competir como se por trás da competição tivesse a vontade de espezinhar	I	---
<b>107</b>	<b>10 Mai 05</b>	---	---	---
<b>108</b>	<b>11 Mai 05</b>	---	---	---
<b>109</b>	<b>16 Mai 05</b>	O que me ocorre é que é patético gostar de alguém; tem a ver com não haver razão nenhuma para que alguém goste de mim, se eu própria não gosto. E de repente, parece que percebi porque me escondo, e arranjo desculpas para não aparecer. Saindo corro o risco de gostar	I	I

		de alguém e depois tenho de viver com isso		
<b>110</b>	<b>17 Mai 05</b>	---	---	---
<b>111</b>	<b>18 Mai 05</b>	Fiquei a pensar na conversa de ontem e acho que reproduzi o que utilizo com frequência. Que são os meus medos, e a minha resistência a abrir-me; e fiquei a pensar na resposta que lhe dei quando perguntou se não achava que gostava de mim	I	I
<b>112</b>	<b>23 Mai 05</b>	---	---	---
<b>113</b>	<b>24 Mai 05</b>	Tenho a impressão que me importa o que pensa sobre mim	I	I
<b>114</b>	<b>25 Mai 05</b>	---	---	---
<b>115</b>	<b>30 Mai 05</b>	---	---	---
<b>116</b>	<b>31 Mai 05</b>	---	---	---
<b>117</b>	<b>01 Jun 05</b>	Hoje meditei nisto mas acho que não tem a ver com ser intransigente mas tenho um mecanismo de tratar mal as pessoas por quem tenho algum interesse	I	I
<b>118</b>	<b>05 Jun 05</b>	O que me ocorre foi que quando estava casada com ele, sentia-me em segurança	I	I
		O que me ocorre é que se engordar é não estar bem, me leva a pensar que quando casei não estava bem	I	I
<b>119</b>	<b>Jun 05</b>	---	---	---
<b>120</b>	<b>05 Jun 05</b>	---	---	---

**Grau de concordância entre avaliadores: 0.76**

Concordantes

I – 11

CA – 0

CB - 1

S - 1

Discordantes

I – 2

CA – 2

CB - 0

S - 0

## Anexo E – Incidentes de Mudança – 1º momento

Tabela 1: Avaliação de Incidentes de Mudança (1º momento)

Mês	Sessão	Incidente	Aval 1	Aval 2
1º	12	A verdade é que não quero estar sozinha e quero arranjar outra pessoa que preencha este vazio. M:43	I	I
	20	Eu falo muito bem com toda a gente, até falo de mais, com gente que não devia acho eu, por vezes caíu no disparate ... agora já estou mais controlada, já não falo com toda a gente como dantes, já escolho as pessoas com quem falo. M:04	CA	CA
6º	1	Já consigo, por exemplo, estava lá na esplanada no careca e estava bem, usufruí, depois fiquei muito bem disposta, estava super animada, já consigo tirar prazer. M:43	I	I
		Uma coisa que eu ganhei (disciplina). Eu não era assim. Eu ganhei há relativamente pouco tempo, porque eu não era nada assim, eu odeio rotinas. M: 01	CA	CA
	6	----	---	---
12º	11	Eu fui a última a chegar, a última neta, a última filha ... eu tive de conquistar o meu espaço e quando o tenho, não o deixo ir. Eu faço isso nas relações e com as coisas. M:33	I	---

18°	13	---	---	---
24°	5	Sinto-me bem, sinto-me aliviada, não me importo nada de ter dito e que ele saiba que estou interessada nele M:3	CA	CA
		Já não são aqueles apetites horrorosos em que saltava para a dispensa e comia tudo. M:17	S	S
30°		Se fosse noutra altura eu tinha logo refilado e tinha dito “tá baza”, mas não disse, então querida vá que eu também não vou demorar muito tempo que tenho de ir dar aulas e se ficar 5/10 minutos no café ...” com uma calma, uma tranquilidade nem me chatee com ela nem nada. M:18	CA	CA

**Grau de concordância entre avaliadores: 0.75**

Concordantes
I – 2
CA – 4
CB – 0
S – 1

Discordantes
I – 1
CA – 0
CB – 0
S – 0

## Anexo F – Incidentes de Mudança (2º momento)

Tabela 1: Avaliação de Incidentes de Mudança (2º momento)

Mês	Sessão	Incidente	Aval 1	Aval 2
1º	12	Converso converso, já foi o tempo em que eu não conversava, agora digo-lhe as coisas que sinto e que ele tem de ouvir. M:7	CA	CA
	20	Sim, mas agora também já lhe disse que é preciso ver que a altura já passou, já passaram 16 anos e não 2 ou 3. E nós já demos a mão à palmatória que não fomos corretos, que não agimos bem	I	I
6º	6	É difícil cortar estes cordão umbilical ... está já muito agarrado à minha maneira de ser. M: 27	I	--
		E já consegui não ser eu a interferir. M: 28	CA	CA
		Cá estou eu mais uma vez a facilitar a liberdade dos outros e a continuar a ser eu a fazer tudo, tomar conta de tudo e a equilibrar tudo. M:42	I	I
		Temos no colo que não me lembro de ter tido. Só me lembro de ter dado. Tenho sempre mais recordações de ser eu a dar, do que receber, com o meu irmão, o meu primo. M:49	I	I
		Agora vou começar a organizar a Amália. Só o sentido de conseguir dormir à noite sem problemas, está-me a deixar mais sossegada e	CA	CA

		calma durante o dia. M:14		
12°	7	Cá está a maneira que eu aprendi de não levar as coisas ao ponto que as pessoas querem – M	CA	CA
		Esse vazio vem da falta de diálogo que temos um com o outro. M:34	I	I
18°	9	Estou me a capacitar, vou ter uma volta na vida que ao fim ao cabo sempre a desejei. M: 35	I	I
		Estou me a confrontar que vai ser real ... eu tenho de sair dali isso já me capacitei à muito. M: 36	CA	CA
	13	----	---	---

**Grau de concordância entre avaliadores: 0.80**

Concordantes
I – 5
CA – 5
CB – 0
S – 0

Discordantes
I – 1
CA – 0
CB – 0
S – 0

## Anexo G – Incidentes de Mudança (Paciente 1)

Tabela 1: Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 1)

<b>Data</b>	<b>Código</b>	<b>Incidente</b>	<b>Variável</b>
<b>1 – 09/06/11</b>	<b>12</b>	---	---
<b>2 – 16/06/11</b>	<b>20</b>	Já saio à rua sozinha, já peguei no carro uma vez e nunca mais tive aqueles sintomas da cabeça cansada, ainda não tive nenhum ataque de pânico, estou-me a controlar. M:00	S
		Ainda fico assim quando as pessoas morrem, mas já não é com aqueles pensamentos negativos, já saio de casa para o café, já venho.	CA
		Já não me tem acontecido de fechar-me em casa. M:3	S
			CA
<b>3 – 30/06/11</b>	<b>3</b>	Não tive mais daqueles sintomas depressivos. Não sei se é por estar a fazer isto ou estar a fazer muita coisa ao mesmo tempo. M:36	S
<b>4 – 07/07/11</b>	<b>8</b>	---	---
<b>5 – 14/07/11</b>	<b>35</b>	---	---
<b>6 – 21/07/11</b>	<b>70</b>	---	---
<b>7 – 28/07/11</b>	<b>79</b>	---	---
<b>8 – 15/09/11</b>	<b>64</b>	---	---
<b>9 – 22/09/11</b>	<b>71</b>	---	---
<b>10 – 29/09/11</b>	<b>68</b>	---	---
<b>12 –</b>	<b>55</b>	---	---

<b>13/10/11</b>			
<b>13 – 20/10/11</b>	<b>34</b>	Eu ainda fui até ao quarto (para se deitar), mas voltei e disse “tu não me enerves, tu é que criaste esta confusão toda”. M:3	CA
<b>14 – 27/10/11</b>	<b>67</b>	---	---
<b>15 – 03/11/11</b>	<b>49</b>	Custa-me dizer isto, mas parece que o meu marido é meu filho também. M:15	I
<b>16 – 10/11/11</b>	<b>1</b>	---	---
<b>18- 06/12/11</b>	<b>15</b>	---	---
<b>19 – 15/12/11</b>	<b>23</b>	---	---
<b>22 – 10/01/12</b>	<b>74</b>	Desde ontem, sinto que parece que conseguia por ordem em casa. M:43	CA
		Estou a deixar um bocadinho a depressão de lado e estou a viver um bocadinho mais para mim. M:44	S
			CA
<b>24 – 31/01/12</b>	<b>59</b>	A minha vida contínua normal, mas já não tenho tantos pensamentos. M:01	S
		A imagem que tenho do meu pai é a mesma imagem que tenho de mim todas as manhãs, é eu não me conseguir levantar. Só me levanto às últimas mesmo, e por isso, vejo-me como o meu pai. M: 40	I
<b>26 – 14/02/12</b>	<b>47</b>	Por enquanto, já não tenho aquele pensamento de estar na cama com medo de acordar, já não é com aqueles receios horríveis, que não consigo explicar os sintomas. M:30	S
		Sim, se calhar também é uma maneira de fugir do meu marido, e sinto-me sozinha. M:42	I
<b>29 – 6/03/12</b>	<b>44</b>	Não tenho pensado como da última vez, “ah se calhar até vou ter mais”, mas não, estou calma, não penso, só que, sei	S

		lá, já me começo a rir, a mandar piadas. M:22	CA
<b>31 – 20/03/12</b>	<b>58</b>	---	---
<b>32 – 27/03/12</b>	<b>40</b>	---	---
<b>33 – 10/04/12</b>	<b>62</b>	Não fiquei com aqueles nervos que costumava ficar, porque também já estava à espera uma coisa dessas. M:10	CA
		Agora já começo a ir sozinha ao pingo doce e a vir. M:27	S
			CA
<b>34 – 17/04/12</b>	<b>38</b>	Eu vejo naquele aspeto de nunca mais ter tido aquelas semanas que eu tinha, já não tanto como antigamente. M:35	S
<b>35 – 24/04/12</b>	<b>25</b>	Não tenho tido aquelas raivas interiores ... as pessoas falam comigo, mas não fico a remoer. M:00.28	CA
		Já consigo dizer o que eu sinto. M:7	CB
			CA
		Eu na quinta e na sexta-feira consegui controlar 2 ataques de pânico... ia despejar o lixo quando comecei a sentir suores e o coração a bater ... mas comecei a controlar e disse “isto é um ataque de pânico”. Mas tive quase para deixar o lixo e pedir ao meu marido para me vier buscar ... foi agonizante ... mas consegui. M:37	S
			CA
<b>38 – 23/05/12</b>	<b>11</b>	Agora deixei de tomar os comprimidos para dormir. Experimentei tomar só um dia, só que custou-me muito mesmo a levantar e agora estou a habituar-me a não tomar. M:2	CA
			S
		Sim, agora estou mesmo mais calma, tenho andado entretida, mas com calma, não com aquela ânsia que tinha. M:3	CA
<b>39 – 30/05/12</b>	<b>21</b>	Não tenho vontade de chorar. Não choro...não tenho aqueles pensamentos de querer fazer mal a mim...o meu problema é não poder fazer uma vida normal sem pensar nisto. Isto aflige-me. M:19	S
			I

<b>40 – 6/06/12</b>	<b>76</b>	---	---
<b>42 – 20/06/12</b>	<b>65</b>	Estou bem, tenho andado bem, calma, sem pensamentos negativos. M:00	S
		A morte já não me assusta tanto nestes dias. Já aceito que uma pessoa até morre. Já não fico com aquele <i>stress</i> , com aqueles nervos, com aquele medo. M:42	S
<b>44 – 4/07/12</b>	<b>43</b>	(sobre querer fazer sempre tudo bem), sempre fui muito protegida ... não me deram liberdade para ser quem sou, porque afinal de contas parecia que vivia numa redonda de vidro. M:21	I
<b>45 – 18/07/12</b>	<b>61</b>	---	---
<b>46 – 12/09/12</b>	<b>56</b>	E continuo bem, não tenho tido assim aquelas crises. M:00	S
		Não é como agora, a minha cabeça não pensava como penso agora, agora deixo-me ir e antigamente não, isto (ataque de pânico) vai passar, isto vai passar, via as coisas de outra maneira. M:39	S
		Eu agora consigo (controlar ataques de pânico) se estiver com a cabeça conforme estou. Já consigo controlar, o medo de ir ao pingo doce sozinha, mas não vou. Volto, depois controlo um bocadinho, acalmo um bocado a cabeça e depois é que vou. Antigamente não, antigamente podia estar a pensar, mas ia. M:45	CA
<b>47 – 19/09/12</b>	<b>29</b>	---	---
<b>48 - 26/09/12</b>	<b>46</b>	---	---
<b>50 – 10/10/12</b>	<b>37</b>	Pelo menos consegui dizer o que sentia (na reunião dos condomínios). M: 17	CA
<b>51 –</b>	<b>28</b>	Já me sinto melhor, já sou capaz de vir (sozinha à consulta).	CA

<b>17/10/12</b>		M:1	S
<b>53 – 7/11/12</b>	<b>9</b>	Tenho andado estável, tenho andado bem. M:58	S
<b>54 – 22/11/12</b>	<b>13</b>	---	---
<b>55 – 29/11/12</b>	<b>17</b>	Estou com muitas paranóias, mas ao menos levantei-me, vim até aqui. M:39	CA
<b>56 – 6/12/12</b>	<b>22</b>	Eu no fundo até preferia estar sozinha ... não é que eu não goste do meu marido, porque até gosto dele, mas ele não muda, tem muito <i>stress</i> e sei que me desorienta. M:22	I
<b>58 – 20/12/12</b>	<b>52</b>	---	---
<b>60 – 10/01/13</b>	<b>80</b>	Sinto-me feliz por não me lembrar tanto na morte. É uma coisa que realmente eu já não penso há muito tempo. Já em passou, porque esse pensamento deixava-me muito em baixo. Consegui afastar esse pensamento, já não é aquela angústia. M:25	S
<b>61 – 17/01/13</b>	<b>73</b>	---	---
<b>63 – 7/03/13</b>	<b>26</b>	Parece que me sinto culpada por não ter. M:26	I
<b>64 – 14/03/13</b>	<b>77</b>	Sinto-me com mais confiança. Não a 100%, mas pelo mesmo a 60%. Sinto mais confiança em mim, em dizer as coisas às pessoas, em não guardar para dentro e não têm surgido situações más. M:36	CA
			S
<b>67 – 4/04/13</b>	<b>50</b>	---	---
<b>68 – 11/04/13</b>	<b>31</b>	Tem ajudado o facto de ter acordar cedo para passear (e estar com as amigas), a relação que tenho com elas é ótima, elas não invadem o meu espaço. M:	CA
<b>69 – 19/04/13</b>	<b>32</b>	---	---
<b>70 –</b>	<b>10</b>	---	---

<b>3/05/13</b>			
<b>71 – 10/05/13</b>	<b>14</b>	Imagine um bebé, que precisa de ser acompanhado. Eu parece que me sinto assim, parece que preciso que alguém que cuide de mim, porque sou uma criança que não consegue sair à rua, não consegue ir a lado nenhum, não consigo fazer nada. M:	I
<b>72 – 17/05/13</b>	<b>19</b>	---	---
<b>73 – 24/05/13</b>	<b>5</b>	---	---
<b>75 – 6/06/13</b>	<b>41</b>	---	---
<b>76 – 20/06/13</b>	<b>53</b>	Já gosto de ter o meu cantinho, gosto de estar no meu cantinho. M:2	CA
<b>78 – 12/09/13</b>	<b>4</b>	Agora estou a conseguir controlar a minha cabeça. M:12	S
		Agora estou mais calma, já tenho mais calma para as pessoas ... já consigo ouvir e já consigo esquecer. M:18	CA
			CB
<b>80 – 10/10/13</b>	<b>16</b>	Eu já começo a dizer que não. M:17	CA
		Por acaso ontem consegui ... “mas sabes I.”, tive coragem, para dizer isto, mas calmamente, “tu sabes que fizeste uma coisa gravíssima, por mais que queiras culpar os outros tu és culpada”. M: 40	CA

## Anexo H – Incidentes de Mudança (Paciente 2)

Tabela 2: Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 2)

<b>Data</b>	<b>Código</b>	<b>Incidente</b>	<b>Variável</b>
11/01/11	1	---	---
19/01/11	2	---	---
27/01/11	3	Da última vez não lhe dei dinheiro (ao irmão). Consegui fazer isso. M:1	CA
03/02/18	4	---	---
10/01/11	5	E estou mais distante já. Já me consigo distanciar mais. M:07	CA
17/02/11	6	Eu notei esta semana, ele ao fim ao cabo tem 40 anos, mas para mim continua um bebé. M:8	I
		Esta semana já fiz a minha vida normalíssima ... já não é obsessiva compulsiva como eu tinha (com o irmão). M:09	CA CB
24/02/11	7	Não gosto de perder o controle, angustia-me! M:35	I
03/03/11	8	---	---
10/03/11	9	<p>Agora sonho muito. Sonhei que estava a viver em casa dos meus pais ... e de repente o prédio inteiro desabou, depois olhei para cima e só tinha as vigas e os pedregulhos cá em baixo e depois vejo o meu pai a limpar os pedregulhos ... e entretanto a minha mãe vai embora e diz “isto já não vale nada” ... ainda tínhamos um pedaço da cozinha e da casa de banho ... venho à porta estava tudo cheio de lama e olho para a direita ... continuamos a trabalhar ... fomos viver para casa de um amigo que já tinha falecido e na casa havia pessoas doentes. (o que pensou sobre o sonho) Pensei que era semelhante ao que se está a passar (agora na vida). M:10</p>	I
		<p>Começo a saber dizer que não ... e começo a rir ... observar e rir às gargalhadas. M:26</p>	CA

		Já não ando a telefonar para os hospitais (por causa do irmão) ... “não, não vais telefonar ... agora vais fazer o que tens a fazer” ... era o principal e agora já não é. M:28	CB
		(sobre deixar de viver a vida do irmão) Será que não estou muito agarrada porque estou com medo de começar a viver outra vida agora ... então é uma armadura que meto. M:31	I
<b>24/03/11</b>	<b>11</b>	Conscientemente, eu quero sentir isso e antigamente não, eu mesmo estando sozinha precisava de saber que há ruído ao lado, de barulho para não me sentir sozinha e agora já não, gosto de me sentir sozinha, não tenho medo, não tenho angústia, agora sinto-me bem comigo porque, sozinha, sem ninguém. Comecei a sentir isso agora. M:20	I
		(sobre irmão) Só agora é que comecei a ver como é que as coisas são, é que quando há uma adição à família, todas as outras pessoas são aditivos. Têm a mesma doença e também devem ser curadas. Deixamos de ter uma vida própria, é muito condicionada. M:27	I
		(sobre o trabalho) Agora quero ser eu. Daí eu sentir-me mais distanciada, menos reativa. Agora sou eu que estou em primeiro lugar. M:29	CA
		Pensei muito, Agora já começo a pensar diferente (sobre ter de cuidador do irmão), a situação pode existir, mas cada um pode viver a sua vida. Antigamente havia logo a negação, e daí me virar muito para a parte profissional. Antes nem me interrogava, era assim e pronto. Agora não, quero viver a minha vida!. M:31	CA
<b>31/03/11</b>	<b>12</b>	Dá a sensação eu preciso de um substituto do meu pai ... não sei até que ponto não fui procurar isso no meu irmão. M:15	I
<b>14/04/11</b>	<b>14</b>	Antigamente fazia agendas, agora não, deixo mais fluir. Fui-me moldando mais às situações. M:31	CA
<b>20/04/11</b>	<b>15</b>	---	---
<b>03/05/11</b>	<b>17</b>	---	---

<b>10/05/11</b>		Olhe fiquei admirada com a minha decisão ... na hora ... antigamente era muito complicada. M:4	CA
	<b>18</b>	Vinha a pensar pelo caminho ... esta semana uma coisa que ficou mais clara na minha cabeça é que este ciclo dos 50 de facto é diferente e o que me veio à cabeça foi, bem a nossa reforma é aos 68 anos ... não me vão querer no turismo até aos 68 anos e eu tenho mesmo que aos 50 definir, redirecionar a minha vida para outro campo. M:44	I
<b>24/05/11</b>	<b>20</b>	---	---
<b>31/05/11</b>	<b>21</b>	É curioso que não consegui introduzir essa 5ª pessoa na mesa de 4 (quando se refere que não introduzi-o o marido na família). M:15	I
<b>07/06/11</b>	<b>22</b>	(sobre não ter trabalho) Eu preciso de me relacionar com pessoas, isso para mim é essencial. M:15	I
<b>14/06/11</b>	<b>23</b>	---	---
<b>21/06/11</b>	<b>24</b>	Mas agora está menos frequente do que era (o choro pelo irmão). M:44	S
<b>28/06/11</b>	<b>25</b>	E agora não é um espaço (só meu), agora mais do que nunca eu todos os dias aprecio mais a minha casa...antigamente não era assim...eu tinha o meu irmão. Agora tenho consciência que este espaço é só meu! M:13	I
<b>05/07/11</b>	<b>26</b>	---	---
<b>12/07/11</b>	<b>27</b>	Sinto-me muito bem, já inverti os sonos. M:10	S
		Sonha ... queria levantar-me da cama e não conseguia (no sonho) ... era um sonho mau. M:10	I
<b>26/07/11</b>	<b>29</b>	Antigamente ainda íamos conversando (ela e irmão), mas agora cada um está no seu canto, cada um faz a sua vida. Começa a haver um distanciamento, porque eu sinto muito essa necessidade, e para além disso, eu quero mesmo é acabar com os comprimidos. M:27	CA
<b>06/09/11</b>	<b>30</b>	A instabilidade a mim doí-me, é ali qualquer coisa. M:14	I

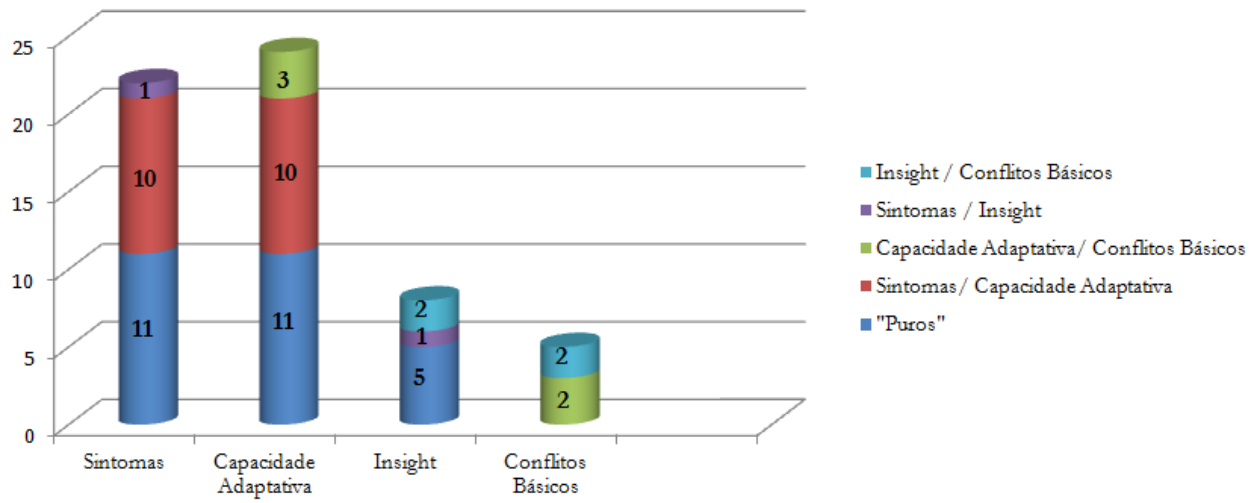
<b>04/10/11</b>	<b>33</b>	Tentei preencher o vazio deixado pelos dois há minha maneira, então eles (irmão e mãe) agora não estão lá, paciência, faço a minha vida. M:22	I
		Não vou deixar de fazer as minhas coisas por causa dele. Antigamente isso acontecia, agora não. Era capaz de não ir a algum lado, para dar de jantar ao meu irmão. M:41	CA
<b>11/10/11</b>	<b>34</b>	O autocontrolo agora é maior ... já não me imobiliza, já ... faz-me sentir triste, mas já não é aquele choro. M:9	S
		É uma rejeição ao tema (sobre não ler livros sobre toxicoddependência) ... e acho que cheguei à conclusão, todas as sextas-feiras que é para ir à reunião eu rejeito e não me apetece. M: 21	I
<b>08/11/11</b>	<b>36</b>	---	---
<b>15/11/11</b>	<b>37</b>	Em relação ao meu irmão eu não posso ... ele tem de viver a vida dele e eu a minha ... digo não posso mesmo ... basta, acabou. M:44	CA
		Antigamente não havia tempo de ação. Agora começo a introduzir tempos de ação (ser assertiva; atuar nos problemas). M:46	CA
		Eu agora também apelo assim por um bocadinho de agitação, dá-me um certo gozo (no trabalho). M:50	CA
<b>03/01/12</b>	<b>39</b>	---	---
<b>10/01/12</b>	<b>40</b>	A ausência causa-me sofrimento ... ausência de pai, de irmão também. M: 30	I
<b>17/01/12</b>	<b>41</b>	---	---
<b>24/01/12</b>	<b>42</b>	Estou muito contente Finamente comecei a deitar-me às 23/23h30, a ter mais horas de sono. M:00	S
<b>31/01/12</b>	<b>43</b>	Eu acho que sentia culpa de ser abandonada (sobre os pais irem viver com o irmão para fora)... ainda sinto M:39	I
<b>23/02/12</b>	<b>45</b>	---	---
<b>05/03/12</b>	<b>46</b>	Quando não estou no trabalho, tenho de arranjar uma obsessão compulsiva, por exemplo o meu irmão. M:29	I

		(o que associa ao comportamento obsessivo) Quando ando mais infeliz ... porque ao fim ao cabo isto acaba por ser sofrimento ... quando ando mais infeliz acabo por ... esta obsessão. M:34	I
			CB
<b>19/03/12</b>	<b>48</b>	---	---
<b>26/03/12</b>	<b>49</b>	---	---
<b>23/04/12</b>		Eu não comia praticamente, agora tenho um apetite ótimo, como muito bem, sinto-me a engordar, porque emagreci muito nessa altura, sinto-me a recuperar. M:13	S
	<b>51</b>	Sim, o trabalho foi sempre a minha defesa. Mesmo a nível pessoal e emocional, quando a relação não ia para a frente, eu procurei sempre o refugio no trabalho e no estudo. Sempre. M: 13	I
		Ultimamente, gosto de estar com as minhas emoções e a observá-las. M:49	I
<b>30/04/12</b>	<b>52</b>	(sobre viver na revolução) ai fiquei muito distante ... sempre a observar, e é engraçado talvez tenha sido ai que tenha ganhado mais distancia e maior calo ... veio-me assim ... tava a reviver determinados momentos e consegui reportar-me (às memórias) e senti distanciamento ... para não ter sofrimento. M:48	I
<b>21/05/12</b>	<b>54</b>	---	---
<b>28/05/12</b>	<b>55</b>	Já não tomo os comprimidos (para dormir). M:49	S
<b>04/06/12</b>	<b>56</b>	---	---
<b>18/06/12</b>	<b>57</b>	Mas neste momento, eu já preciso mais de diversificar. A minha rotina tem que mudar. M:50	CA
<b>02/07/12</b>	<b>58</b>	Está a bater muito forte ... e agora não há nada que ocupe a solidão porque antigamente havia um livro ou um programa e agora nada disso ocupa a solidão. M:33	I
<b>23/07/12</b>	<b>60</b>	---	---
<b>30/07/12</b>	<b>61</b>	Sinto-me sozinha. Eu até era uma pessoa que gostava de	I

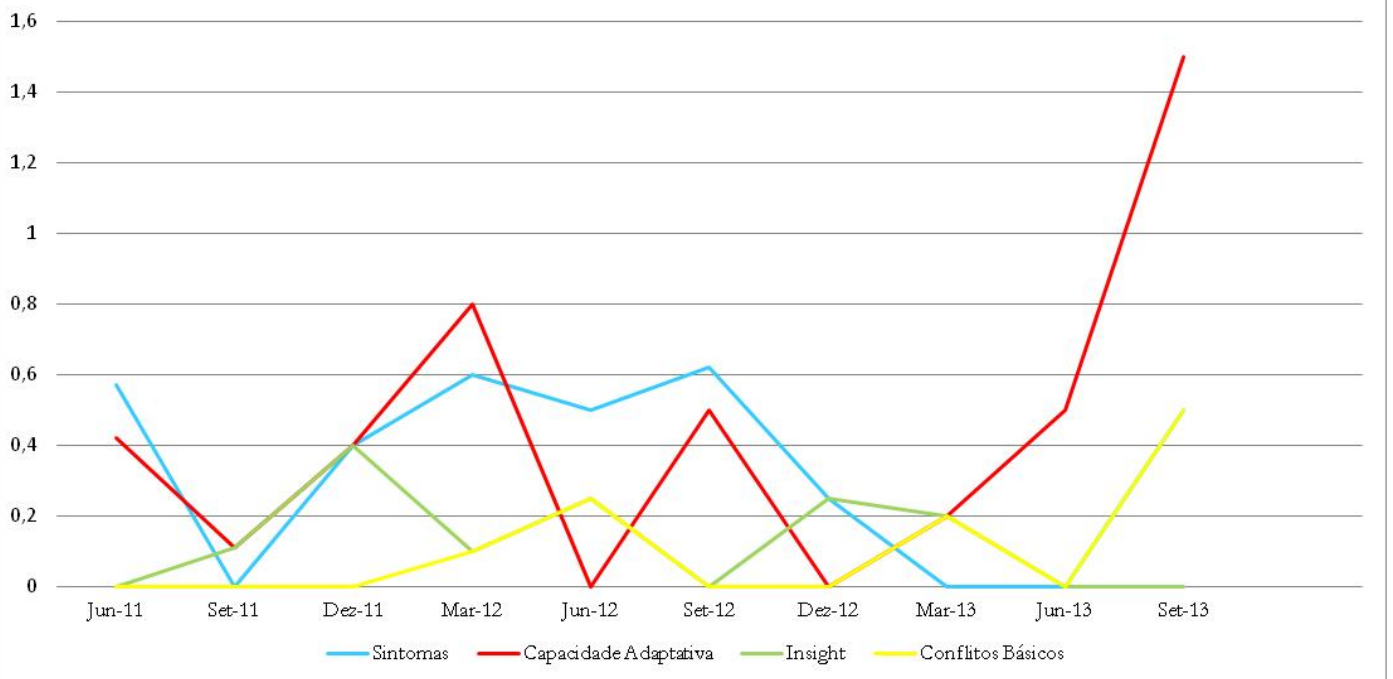
		estar sozinha e agora detesto estar sozinha. M:1	
<b>17/09/12</b>		Por acaso tenho chegado à cama e adormeço logo. M:10	S
	<b>63</b>	Fisicamente sinto-me muito melhor ao nível da asma, já começo a ter cuidado, mas ando muito bem, tenho mais resistência, Sinto-me mais calma. Não me sinto mais desanimado do que das outras vezes. Sinto-me mais repousada, mais calma. M:12	S
		Estou sozinha e embora hoje em dia esteja muito mais comunicativa, fale muito mais com os meus vizinhos e socialize mais....M:15	CA
<b>06/11/12</b>	<b>64</b>	Agora durmo ... agora faz-se um apagão na cabeça	S
<b>10/12/12</b>	<b>66</b>	---	---
<b>07/01/13</b>	<b>67</b>	---	---
<b>21/01/13</b>		A solidão, antigamente convivia muito bem com ela, agora é muito complicado! M:21	I
	<b>68</b>	E depois fez-me descobrir outra coisa, que até tenho resistências. Resistências que eu pensava que não tinha. M:29	I
		Eu nunca fui muito explosiva, no sentido de confrontar, mas agora já o faço!	CA
<b>04/02/13</b>	<b>69</b>	---	---
<b>25/02/13</b>	<b>70</b>	---	---
<b>01/04/13</b>	<b>72</b>	---	---
<b>15/04/13</b>	<b>73</b>	----	---
<b>17/06/13</b>	<b>75</b>	Antigamente afastava-me mais das pessoas, estava mais afastada delas, e até de mim própria. Agora não. M:38	CA I
<b>03/07/13</b>	<b>76</b>	Eu antigamente ia para cama e batotava, agora vou para a cama leio e digo agora vou dormir, não quero pensar em mais nada, e agora deito-me e durmo. M:	S
<b>22/07/13</b>	<b>78</b>	---	---

## Anexo I – Resultados da Paciente 1

Nº de Incidentes

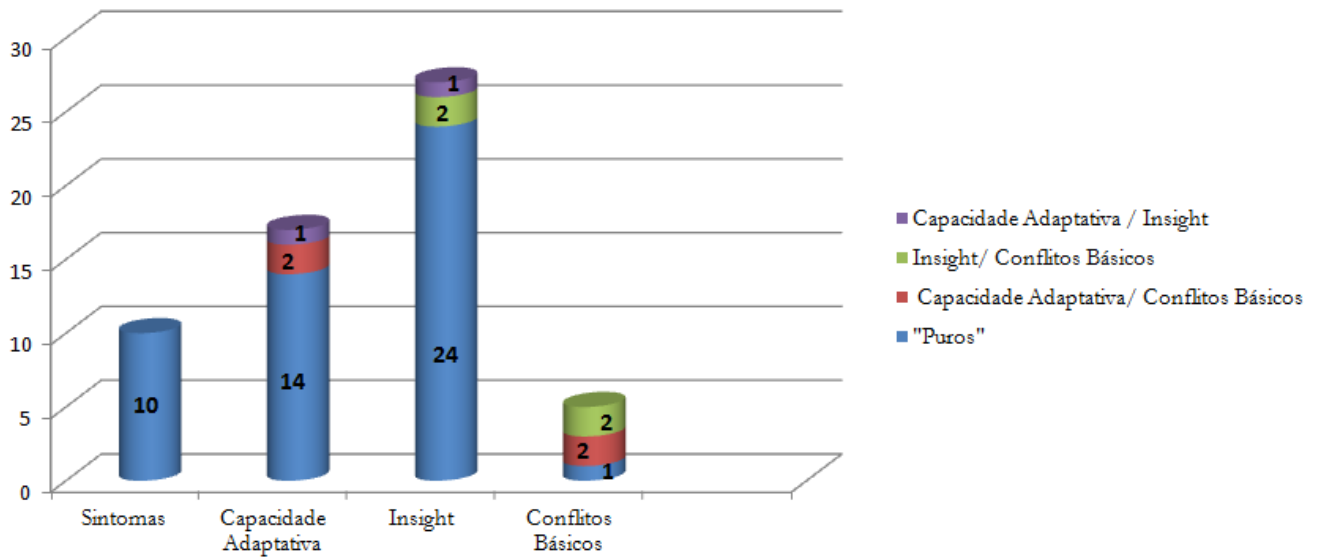


Quantidade total de incidentes por sessões no trimestre

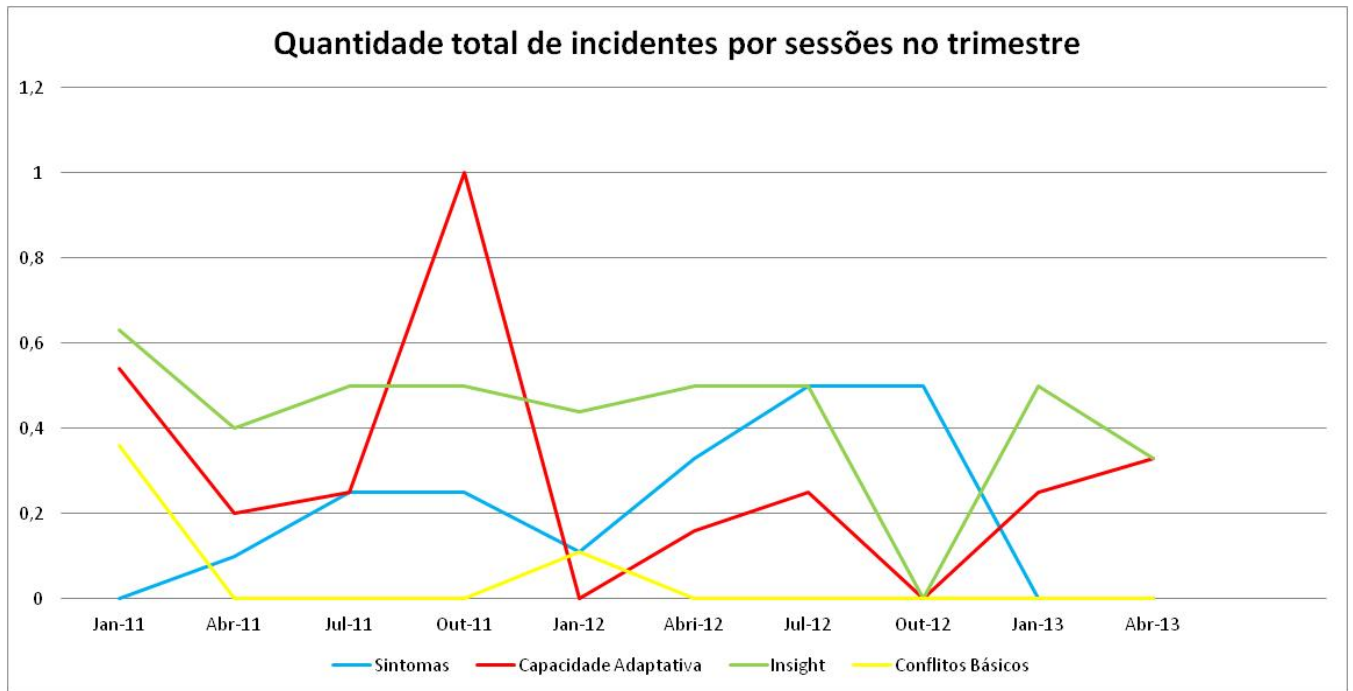


## Anexo J – Resultados da Paciente 2

### Nº de incidentes



### Quantidade total de incidentes por sessões no trimestre



### Anexo K – Chave de sessões da paciente 1

<b>Paciente 1</b>		
Início D	1. 09jun11	12
	2.16jun11	20
	3.30jun11	3
	4.07jul11	8
6 meses C	16.10nov11	1
	17. 17nov11	6
	18. 06dez11	15
	19.15dez11	23
12 meses A	36.2mai12	2
	37.16mai12	7
	38.23mai12	11
	39.30mai12	21
18 meses B	53.7nov12	9
	54.22nov12	13
	55.29nov2012	17
	56.6dez2012	22
24 meses E	70.3mai13	10
	71.10.mai13	14
	72.17mai13	19
	73.24mai13	5
36 meses	78.12set13	4
	79.26set13	18
	80.10out13	16

<b>Restantes sessões</b>	
5.14jul11	35
6.21jul11	70
7.28jul11	79
8.15set11	64
9.22set11	71
10.29set11	68
11.06out11	66
12.13ou11	55
13.20out11	34
14.27out11	67
15.03nov11	49
20.27dez11	60
21.3jan12	78
22.10jan12	74
23.17jan12	54
24.31jan12	59
25.7fev12	69

26.14fev12	47
27.22fev12	51
28.28fev12	33
29.6mar12	44
30.13mar12	48
31.20mar12	58
32.27mar12	40
33.10abr12	62
34.17abr12	38
35.24abr12	25
40.6jun12	76
41.12jun12	36
42.20jun12	65
43.27jun12	27
44.4jul12	43
45.18jul12	61
46.12set12	56
47.19set12	29
48.26set12	46
49.3out12	57
50.10out12	37
51.17out12	28
52.24out12	72
57.13dez2012	45
58.20dez2012	52
59.3jan2013	63
60.10jan2013	80
61.17jan2013	73
62.7fev2013	39
63.7mar2013	26
64.14mar2013	77
65.21mar13	42
66.28mar13	30
67.4abr13	50
68.11abr13	31
69.19abr13	32
74.30mai13	75
75.6jun13	41
76.20jun13	53
77.11jul13	24

## Anexo L – Chave de Sessões da Paciente 2

A: 3, 8, 12, 20;      B: 2, 7, 11, 16 C: 1, 6, 15, 18 D: 4, 9, 13, 17 E: 5, 10, 14, 19

Meses	Nº e Data da Sessão	Código da sessão	Código do momento
<b>Início</b>	Sessão 1 - 11.01.2011	1	C
	Sessão 2 - 19.01.2011	6	
	Sessão 3 - 27-01-2011	15	
	Sessão 4 - 03.02.2011	18	
<b>6 meses</b>	Sessão 22 - 07.06.2010	4	D
	Sessão 23 - 14.06.2011	9	
	Sessão 24 - 21.06.2011	13	
	Sessão 25 - 28.06.2011	17	
<b>12 meses</b>	Sessão 39 - 03.01.2012	12	A
	Sessão 40 - 10.01.2012	20	
	Sessão 41 - 17.01.2012	3	
	Sessão 42 - 24.01.2012	8	
<b>18 meses</b>	Sessão 54 - 21.05.2012	5	E
	Sessão 55 - 28.05.2012	10	
	Sessão 56 - 04.06.2012	14	
	Sessão 57 - 18.06.2012	19	
<b>24 meses</b>	Sessão 67 - 07.01.2013	2	B
	Sessão 68 - 21.01.2013	7	
	Sessão 69 - 04.02.2013	11	
	Sessão 70 - 25.02.2013	16	
<b>Restantes Sessões</b>			
	Sessão 5 - 10-02-2011		
	Sessão 6 - 17-02-2011		
	Sessão 7 - 24-02-2011		
	Sessão 8 - 03.03.2011		
	Sessão 9 - 10.03.2011		
	Sessão 10 - 17.03.2011		
	Sessão 11 - 24.03.2011		
	Sessão 12 - 31.03.2011		
	Sessão 13 - 07.04.2011		
	Sessão 14 - 14.04.2011		
	Sessão 15 - 20.04.2011		
	Sessão 16 - 28.04.2011		
	Sessão 17 - 03.05.2011		
	Sessão 18 - 10.05.2011		

	Sessão 19 - 17.05.2011		
	Sessão 20 - 24.05.2011		
	Sessão 21 - 31.05.2011		
	Sessão 26 - 05.07.2011		
	Sessão 27 - 12.07.2011		
	Sessão 28 - 20.07.2011		
	Sessão 29 - 26.07.2011		
	Sessão 30 - 06.09.2011		
	Sessão 32 - 27.9.2011		
	Sessão 33 - 04.10.2011		
	Sessão 34 - 11.10.2011		
	Sessão 35 - 18.10.2011		
	Sessão 36 - 08.11.2011		
	Sessão 37 - 15.11.2011		
	Sessão 38 - 13.11.2011		
	Sessão 43 - 31.01.2012		
	Sessão 44 - 16.02.2012		
	Sessão 45 - 23.02.2012		
	Sessão 46 - 05.03.2012		
	Sessão 47 - 12.03.2012		
	Sessão 48 - 19.03.2012		
	Sessão 49 - 26.03.2012		
	Sessão 50 - 16.04.2012		
	Sessão 51 - 23.04.2012		
	Sessão 52 - 30.04.2012		
	Sessão 53 - 07.05.2012		
	Sessão 58 - 02.07.2012		
	Sessão 59 - 09.07.2012		
	Sessão 60 - 23.07.2012		
	Sessão 61 - 30.07.2012		
	Sessão 62 - 10.09.2012		
	Sessão 63 - 17.09.2012		
	Sessão 64 - 06.11.2012		
	Sessão 65 - 26.11.2012		
	Sessão 66 - 10.12.2012		
	Sessão 71 - 11.03.2013		
	Sessão 72 - 01.04.2013		
	Sessão 73 - 15.04.2013		
	Sessão 74 - 13.05.2013		
	Sessão 75 - 17.06.2013		
	Sessão 76 - 03.07.2013		