



# ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PROCESSOS DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA:  
O FUNCIONAMENTO DEFENSIVO DO PACIENTE  
E A ADESÃO DO TERAPEUTA A DIFERENTES  
MODELOS TEÓRICOS

CAROLINA TRINDADE

**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

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob 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**

Ao Diogo, por todo o apoio e compreensão, pelo incentivo e confiança, pela pessoa que é.

Aos meus colegas de seminário, em especial à Inês.

Ao Professor António Pires, pela orientação ao longo de todo percurso. Pelo seu parecer, paciência e disponibilidade. Pelas sugestões cruciais.

A toda a minha família, por tudo o que não cabe aqui.

## Índice

Psychotherapy Process Q-set na Investigação de Processos de Mudança em Psicoterapia	1
Resumo	2
Abstract	3
Introdução	4
Investigação em Psicoterapia: Os Processos de Mudança	5
Psychotherapy Process Q-Set (PQS)	8
O Psychotherapy Process Q-Set na Investigação em Psicoterapia	10
Os Mecanismos de Defesa e a Mudança no Processo Terapêutico	13
Conclusão	19
Referências	20
Processos de Mudança em Psicoterapia: O Funcionamento Defensivo do Paciente e a Adesão do Terapeuta a Diferentes Modelos Teóricos	25
Resumo	26
Abstract	27
Introdução	28
Método	30
Participantes	30
Paciente 1	30
Paciente 2	31
Terapeutas	32
Terapia	33
Instrumentos	33
Psychotherapy Process Q-Set (PQS) (Jones, 1985).	33
Defense Mechanism Rating Scales (DMRS) (Perry, 1990)	34
Procedimento	35
Resultados	36
Paciente 1	37
Mudança na adesão do Terapeuta aos diferentes protótipos	37
Mudança nos níveis defensivos ao longo da psicoterapia	37
Paciente 2	39
Mudança na adesão do Terapeuta aos diferentes protótipos	39
Mudança nos níveis defensivos ao longo da psicoterapia	40
Discussão	41
Referências	46

Anexos	50
Anexo 1: Itens do Psychotherapy Process Q-Set (Enrico E. Jones, 1985)	51
Anexo 2: Correlações Inter-Avaliadores (Treino Formal PQS)	56
Anexo 3: Cotações das Sessões com o PQS (Paciente1)	57
Anexo 4: Cotações das Sessões com o PQS (Paciente2)	60
Anexo 5: Hierarquia de defesas segundo o DMRS (Perry & Henry, 2004)	63
Anexo 6: Protótipos Protótipos e Dimensões Parciais (Pole, Ablon, O' Connor , 2008)	64
Anexo 7: Valores da adesão do Terapeuta aos Protótipos (Paciente 1)	68
Anexo 8: Valores da adesão do Terapeuta aos Protótipos (Paciente 2)	69
Anexo 9: Gráficos Adesão do Terapeuta aos Protótipos (Paciente 1 e Paciente 2)	70
Anexo 10: Valores do ODF na Paciente 1	71
Anexo 11: Valores do ODF na Paciente 2	72
Anexo 12: Percentagem de defesas utilizadas e do Nível Defensivo por momento - Paciente 1	73
Início	73
Anexo 13: Percentagem de defesas utilizadas por momento (Paciente 2)	78
Início	78
Anexo 14: Valores da adesão do Paciente aos Protótipos (Paciente 1)	83
Anexo 15: Valores da adesão do Paciente aos Protótipos (Paciente 2)	84
Anexo 16: Valores da adesão da Interação aos Protótipos (Paciente 1)	85
Anexo 17: Valores da adesão da Interação aos Protótipos (Paciente 2)	86

## **Índice de Figuras**

**Figura 1** – Adesão do terapeuta 1 aos protótipos PDT, CBT e CMT ao longo do tempo.

**Figura 2** – Perfil de mudança dos níveis defensivos da paciente 1 ao longo da psicoterapia.

**Figura 3** – Adesão do terapeuta 2 aos protótipos PDT, CBT e CMT ao longo do tempo.

**Figura 4** – Perfil de mudança dos níveis defensivos da paciente 2 ao longo da psicoterapia.

**Artigo de Revisão de Literatura**

**Psychotherapy Process Q-set na Investigação de Processos de  
Mudança em Psicoterapia**

## Resumo

Dada a complexidade dos fenómenos envolvidos no processo psicoterapêutico, vários autores tentam criar instrumentos viáveis para o seu estudo. O *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) é um instrumento que permite analisar múltiplos aspectos do processo psicoterapêutico independentemente do modelo teórico do avaliador, capaz de combater vários desafios neste campo, sendo por isso amplamente utilizado na investigação empírica de processos psicoterapêuticos.

Devido à ausência de estudos empíricos com este instrumento no estudo das mudanças do funcionamento defensivo, este estudo pretende fazer uma breve revisão da utilização empírica do PQS e dos mecanismos de defesa na investigação de processos de mudança em psicoterapia.

Realizaram-se pesquisas sistemáticas na EBSCO, através das bases de dados: *PsycInfo*, *PsycARTICLES*, *PEP*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Academic Search Complete*, *Wiley Online Library* e *Ovid* pelos termos *Psychotherapy Process Q-set* ; *Process*; *Change*; *Defense Mechanism* e foi feita uma pesquisa adicional a partir bibliografia de artigos recolhidos. Foram seleccionados 47 estudos empíricos que utilizaram o PQS no estudo do processo terapêutico, não tendo sido encontrada bibliografia relevante acerca do uso do PQS para o estudo dos mecanismos de defesa.

O PQS tem vindo a ser eficazmente utilizado no estudo dos processos contudo, não há ainda um número de estudos relevante com este instrumento relativamente à compreensão da mudança do funcionamento defensivo do sujeito.

**Palavras-Chave:** *Psychotherapy Process Q-set* , *Processo*, *Mudança*, *Mecanismos de Defesa*

## Abstract

PQS has been being used effectively in process studies however, there is yet no relevant number of studies using this instrument when dealing with the comprehension of the “Change in defensive functioning”.

Given the complexity of the given phenomenon involved in the psychotherapeutical process, many authors created viable instruments for their studies. The *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) is an instrument which allows the analysis of multiple aspects of the psychotherapeutical process independently from the valuer’s theoretical model, capable of overcoming many challenges in this field, therefore being largely used on empirical investigation of psychotherapeutical processes. Due to the lack of empirical studies using this instrument regarding the “Change in defensive functioning” subject, this study aims to create a brief revision of empirical utilization of PQS and defense mechanisms of change processes research in psychotherapy.

Thorough searches were conducted on EBSCO, through databases:PsycInfo, PsycARTICLES, PEP, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, Wiley Online Library and Ovid for the terms *Psychotherapy Process Q-set* ; *Process*; *Change*; *Defense Mechanism* and an additional research was made from bibliography of collected articles. Fifty empirical studies that used PQS in psychotherapeutical process studying were selected. No relevant bibliography about PQS usage for defense mechanisms studies has been found.

**Key-words:** *Psychotherapy Process Q-set; Change; Process; Defense Mechanisms*

## Introdução

A investigação em psicoterapia apareceu no sentido de avaliar a sua eficácia. Recentemente tem-se dado uma crescente importância ao estudo de processos em psicoterapia psicanalítica para além dos resultados, numa tentativa de compreender o que torna uma psicoterapia eficaz.

Apesar do estudo do processo analítico ser uma área com uma grande importância e interesse, não tem sido fácil de conduzir devido à dificuldade em encontrar metodologias capazes de preservar a complexidade do material clínico e ao mesmo tempo manter o rigor e validade científica. Considera-se que o *Psychotherapy Process Q-set*, alvo do presente estudo, é um método empírico de análise de processos, capaz de fazer face a várias críticas feitas aos métodos empíricos até aí existentes.

Foi feita uma revisão de literatura sobre o *Psychotherapy Process Q-set* e dos mecanismos de defesas no estudo dos processos psicoterapêuticos visto não existirem estudos significativos que utilizem o PQS para o estudo das mudanças do funcionamento defensivo em psicoterapia.

Com este fim, realizou-se uma pesquisa na *EBSCO* seleccionando-se as bases de dados e centros de documentação: *PsycInfo*, *PsycARTICLES*, *PEP*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Academic Search Complete*, *Wiley Online Library* e *Ovid* pelos termos *Psychotherapy Process Q-set ; Process; Change; Defense Mechanism* e foi feita uma pesquisa adicional a partir da bibliografia de artigos recolhidos assim como utilizados nomes de autores (Ablon e Jones) de forma a encontrar outros artigos relativos ao PQS. Utilizou-se palavra-chave como: *Psychotherapy Process Q-set , Processo, Mudança e Mecanismos de Defesa*.

Foram seleccionados 47 estudos empíricos que utilizaram o PQS no estudo do processo terapêutico.

Procurou-se sintetizar a investigação feita nesta área de forma a compreender que dados seria possível analisar através da aplicação do PQS, assim como foi feita uma breve revisão dos estudos acerca dos mecanismos de defesa no mesmo sentido.

Quanto aos critérios de exclusão foram excluídos todos os artigos empíricos relativos a psicoterapias feitas com crianças e/ou adolescentes, bem como artigos que não se enquadravam nas psicoterapias dinâmicas.

## **Investigação em Psicoterapia: Os Processos de Mudança**

Segundo Wallerstein (2001), as questões centrais da investigação em psicoterapia e das terapias psicanalíticas referem-se às mudanças que ocorrem durante e como consequência da terapia e como é que essas mudanças acontecem ou como são contextualizadas.

Alguns clínicos afirmam ser inexecutável a investigação empírica acerca dos fenómenos complexos envolvidos na psicoterapia, visto tratar-se de uma profunda experiência humana entre paciente e terapeuta. Apesar disto alguns investigadores defendem que, por ser um tratamento, a psicoterapia deve ser alvo de pesquisas e submetida a um protocolo rigoroso. (Gastaud et al., 2011 cit. in Gastaud & Bastos, 2012).

A primeira investigação relacionada com a eficácia da psicoterapia foi realizada por Eysenck (1952 cit in. Sirigatti, 2004), que introduziu o problema da recuperação espontânea, no entanto Rosenzweig (1936, cit in. Sirigatti 2004) já teria feito algumas reflexões acerca dos factores comuns em psicoterapia.

Wallerstein (2001) faz uma breve revisão à pesquisa feita em psicoterapia e organiza-a em quatro gerações. Na primeira geração, datada entre 1917 a 1968, são relatados os estudos de resultados de Coriat (1917, cit in Wallerstein, 2001) que mostraram que 73% dos casos tiveram melhorias ou sucesso na recuperação, sendo que os resultados foram parecidos nos diversos diagnósticos. Contudo, o sucesso terapêutico foi julgado e interpretado pelos próprios clínicos, colocando em evidencia dificuldades metodológicas e avaliações enviesadas. Estes primeiros estudos foram cientificamente simplistas e, numa tentativa de colmatar estas falhas, entre 1959 e 1985 a segunda geração evidenciou estudos com maiores dimensões, mais rigorosos e sistemáticos. No entanto esta geração demonstrou-se incapaz de distinguir os resultados obtidos no final do tratamento impossibilitando a discriminação desses mesmos resultados e impedindo, por isso, consolidar e melhorar os ganhos dos tratamentos (Wallerstein, 2001). A terceira geração é situada entre 1954 e 1986 e contemporânea à anterior. Assentou em projectos de pesquisa, sistemáticos e formais, em terapia psicanalítica baseados nos resultados terapêuticos de um número significativo de estudos de caso longitudinais na tentativa de compreender os processos terapêuticos que deram origem a esses resultados. Esta geração combina abordagens metodológicas de estudos da segunda, embora avaliando os resultados terapêuticos por um período mais longo e definindo critérios e escalas de avaliação cuidadosamente construídas.

Na década de 70 a investigação de processos cresceu para que fossem encontrados os factores de mudança. Dada a complexidade metodológica e conceptual deste tipo de investigação começaram a utilizar-se gravações de áudio e vídeo no estudo de processos. Para Jones (1993), qualquer metodologia deve estabelecer o nível de consenso ou a validade entre avaliadores relativa a um fenómeno clínico. Os registos de dados clínicos como notas e relatórios provenientes dos registos convencionais não são viáveis do ponto de vista científico. Segundo Wallerstein (2001), a introdução da gravação de áudio na investigação psicanalítica tem sido defendida e utilizada por cada vez mais investigadores, no entanto o recurso a gravações trouxe novas problemáticas dada a impossibilidade de determinar o impacto que estas teriam na naturalidade do processo psicoterapêutico, a quebra do compromisso de total sigilo e a inserção de outros fins no tratamento para além dos terapêuticos. Para além disto, seria necessário criar um complexo e dispendioso banco de dados. Nas últimas duas décadas, com os avanços tecnológicos, o banco de dados tornou-se uma opção viável sendo possível alcançar um maior rigor nos dados empíricos através da gravação de sessões psicoterapêuticas, evitando o enviesamento do analista devido à possível separação dos efeitos terapêuticos da própria investigação.

Os estudos da quarta geração encontram-se *in statu nascendi* e pretendem integrar os diversos estudos de processo psicanalítico realizados ao longo das últimas décadas (Wallerstein, 2001).

De acordo com Jones e Windholz (1990), o estudo de caso como principal instrumento da pesquisa psicanalítica foi posto em causa quanto à sua utilidade para validar os conceitos psicanalíticos, apesar de ter sido uma fonte fundamental de dados em psicanálise e importante para a formulação de hipóteses. Graunbaum (1984 cit in Jones e Windholz, 1990) afirma que o estudo de caso não pode ser usado para estabelecer leis ou princípios, e que estes só podem ser alcançados através de investigação mais formal e empírica. Vários autores questionam inclusive a sua contribuição na investigação relatando diversas falhas relativas às dificuldades em avaliar a confiabilidade dos dados de estudo de caso, as inúmeras variáveis que não foram tidas em conta como eventos da vida do paciente com impacto significativo no curso de uma análise, os problemas na comparação entre diferentes estudos de caso, entre outras (Mendelsohn, 1979 cit. in Jones e Windholz, 1990).

Para Jones (1993), a investigação baseada em dados de grupos mostram graves limitações na tentativa de explicar a mudança nos pacientes. Os estudos de caso na investigação do processo psicanalítico produzem melhores resultados no sentido em que, para além de permanecerem mais próximos da experiência subjectiva do analista e do paciente, é mais próximo do método tradicional

de investigação psicanalítica, e por isso, mais relevante para as questões teóricas e para a prática clínica.

Wallerstein (1986, cit in Jones e Windholz, 1990) apelou para a formalização do método de estudo de caso e para o teste sistemático de proposições psicanalíticas com dados provenientes de consultórios, de forma a que estejam em consonância com as exigências da ciência empírica. Para Jones, Cumming e Pulos (1993 cit. in Sirigatti, 2004) estudos de caso podem ser usados em estudos mais sistemáticos, adaptando métodos de análise que consintam a tradução de observações tipicamente ricas de estudos de caso, em dimensões objectivas quantificáveis, que capturem a unicidade do indivíduo, permitam o confronto entre os observadores de um mesmo caso e ainda o confrontos entre casos.

Assim, um estudo de Jones e Windholz (1990) ambicionou traçar a evolução da “história natural” de uma psicanálise, a fim de verificar se os aspectos do processo psicanalítico poderiam ser identificados e monitorados sistematicamente, de forma empírica.

Em 1998 foram propostos, por Chambless e Hollon (1998) protocolos de intervenção detalhados tendo em conta as perturbações específicas do paciente numa tentativa de identificar de forma clara tratamentos psicológicos específicos que tenham provado ser eficazes consoante os parâmetros sugeridos pelos autores.

Luborsky (2001), resume cinco factores que afectaram, negativa e positivamente, o crescimento da investigação psicanalítica: a indisponibilidade de casos psicanalíticos registados; o impacto negativo das investigações sem evidências cientificamente suportadas na reputação da psicanálise; o impacto positivo do aumento de fundos para a investigação assim como cursos de formação em investigação e a atribuição de bolsas de pesquisa; a valorização do pluralismo metodológico na investigação e o método de comparação de resultados individuais em diferentes tipos de pacientes. Neste tipo de investigação ao invés de se comparar os resultados de diferentes tratamentos é possível comparar os resultados para diferentes tipos de pacientes dentro de tratamentos individuais.

Segundo Luborsky (2001), estudos têm mostrado esforços bem-sucedidos para encontrar combinações paciente-terapeuta que aumentam a eficácia da terapia onde certas variáveis do paciente levaram a previsões bem-sucedidas do resultado do tratamento. Ultimamente a pesquisa descrita em psicoterapia tem sido principalmente concentrada em eventos que ocorreram durante a sessão de psicoterapia. Tais eventos podem compreender a interações entre o paciente e o terapeuta e experiências que ocorrem durante a sessão reportadas por ambos (Sirigatti, 2004).

Após a elaboração de grandes estudos empíricos acerca do processo psicanalítico tornou-se necessário evitar a disparidade entre conceitos e instrumentos próprios desenvolvidos nos diferentes grupos de pesquisa. Com essa finalidade, segundo Wallerstein (2001), foi criado um projecto denominado como *Analytic Multi-Site Program* (CAMP) que desenvolveu um banco de dados comum, que permite a comparação dos resultados em relação aos mesmos dados e que permite a determinação do grau de convergência dos conceitos e instrumentos elaborados e o grau de aplicabilidade do princípio da congruência (*Problem-Treatment-Outcome Congruence* - PTO “*congruence*”).

Com o passar dos anos, multiplicaram-se os instrumentos de medida de processos psicoterapêuticos. Em 1985, Jones idealizou o Psychotherapy Process Q-Set para descrever empiricamente o processo terapêutico na sua complexidade em termos de relevância clínica.

### **Psychotherapy Process Q-Set (PQS)**

O PQS utiliza a técnica q-sort, proposta por Stephenson (1953, cit. in Sirigatti, 2004) e desenvolvida e sistematicamente verificada por Block (Block, 1961; Block e Haan, 1971 cit. in Sirigatti, 2004). É uma técnica de medida de vasta aplicabilidade, particularmente adequada para descrever dados qualitativos. Consiste numa serie de itens que descrevem comportamentos característicos do indivíduo ou da situação, cuja cotação que lhe é atribuída varia consoante o caso, assim, o q-sort é uma medida ipsativa que possibilita a organização dos itens dentro de um caso único, do mais característico da pessoa e da situação para os menos característico, de forma a capturar a especificidade e assim descobrir a mudança. Esta técnica foi inicialmente utilizada para avaliar os resultados de um tratamento, apesar de ter sido usada no estudo do processo psicoterapêutico uns tempo antes (Jones, Cumming e Pulos, 1993 cit in. Sirigatti, 2004). Os resultados das primeiras aplicações foram relevantes mas a construção adequada de um conjunto de itens era difícil, levando Block a propor a construção de um método q-set baseado na operação dos conceitos relativos às variáveis de interesse e utilizadas análises de variância para a construção de itens que evidenciassem as características observadas (Block 1961; Block e Haan 1971 cit in. Sirigatti, 2004).

O PQS, como uma metodologia para descrever o processo terapêutico permite avaliar a relação entre os processos e os resultados e analisar a natureza da mudança no decorrer do tempo possibilitando a criação de modelos de ação terapêutica consoante o papel dos fatores específicos e

dos factores comuns nas terapias e de perceber de que forma estes contribuem para a mudança em psicoterapia (Smith-Hansen, Levy, Seybert, Erhardt & Ablon, 2012).

O PQS pode ser aplicado com vídeos gravados, áudio ou transcrições de sessões psicoterapêuticas. É composto por 100 itens, cada item representa uma variável clinicamente relevante para descrever uma interação entre a díade paciente-terapeuta e reúne três aspectos fundamentais do processo psicoterapêutico: (1) atitudes, comportamento e experiências do paciente, (40 itens), (2) acções e atitudes do terapeuta (40 itens), (3) natureza das interações da díade paciente-terapeuta (19 itens), ou seja, revela uma ampla gama de fenómenos do processo analítico como manifestações de transferência, resistência e reconstrução, interpretações do analista e estados afectivos do paciente (Jones & Windholz, 1990).

Para Jones e Windholz (1990), o PQS apresenta uma linguagem simples possibilitando a definição cuidadosa do material, sem a influência dos modelos teóricos dos próprios avaliadores.

Ao contrário da maioria das medidas de processo em psicoterapia, o PQS utiliza uma sessão de psicoterapia individual como unidade de observação para descrever o processo de psicoterapia (Ablon & Jones, 1999). Os itens devem ser divididos em nove categorias, cada uma com um número finito de itens, distribuídas de uma forma contínua do menos característico (1) para o mais característico (9), situando-se na categoria central (5) as definições tidas como irrelevantes na sessão (Sirigatti, 2004). Desta forma, o PQS é capaz de captar a singularidade de cada sessão analítica e permite a avaliação das semelhanças ou diferenças entre sessões e entre pacientes.

Para o emprego correcto do instrumento é necessário que os observadores mantenham um certo distanciamento da sessão, sejam atentos a factos concretos e o mais objectivos possível. Devem também evitar ser influenciado pelas pre-concepções teóricas ou pelas reacções pessoais em relação ao paciente ou terapeuta (Sirigatti, 2004).

A literatura revela que o PQS é um instrumento importante capaz de oferecer elementos válidos para análise do processo terapêutico e oferecer um avanço metodológico no panorama científico para a análise da psicoterapia. O PQS tem demonstrado ser um instrumento válido numa variedade de estudos e amostras de tratamento (Ablon & Jones, 1998, 1999, 2002, 2005; Ablon et al., 2006; Jones & Pulos, 1993; Porcerello, Dauphin, Ablon, Leitman, & Bambery, 2007; Pole, Ablon, O'Connor, 2008).

É um impulso na tentativa de sistematizar o estudo da psicoterapia para que melhor se compreendam os mecanismos que levam à resolução dos problemas dos pacientes, se supere a

dicotomia entre os processos e os resultados e se avance na integração de ambos compreendendo melhor a psicoterapia na sua complexidade (Sirigatti, 2004).

### **O Psychotherapy Process Q-Set na Investigação em Psicoterapia**

O PQS é aplicado em contextos psicoterapêuticos, tanto em psicoterapias breves (Ablon e Jones, 1999; Karlson e Kermott, 2006) como extensas (Jones e Windholz, 1990; Jones et al, 1993), e na comparação entre estes dois tipos de terapia a fim de compreender a sua eficácia. O PQS é também relacionado com outros testes, para comparar resultados existentes destes e os factores do PQS, em situação de pré e pós terapia (Ablon e Jones, 2005).

Resultados obtidos através do PQS têm sido correlacionados em vários estudos com outros instrumentos (como o BDI, SCL90-R, MMPI, entre outros) para averiguar se determinados factores da terapia estariam relacionados com melhorias apresentadas pelos pacientes no final da terapia. Concluiu-se que determinados factores, como a demonstração de vergonha ou culpa por parte do paciente, verbalização de sentimentos negativos dirigidos ao terapeuta e a postura do terapeuta, estariam possivelmente relacionados com a diminuição dos sintomas (Ablon, Levy e Katzenstein, 2006).

Um outro estudo analisou o impacto da aliança terapêutica no processo de psicanálise, associando três factores do PQS (interacção paciente-terapeuta; o compromisso do paciente com a terapia; contratransferência do terapeuta) com a aliança terapêutica e observou-se que a interacção paciente-terapeuta se relacionava de forma significativa com esta, tendo um papel importante na mudança do paciente (Price e Jones, 1998).

Outra investigação deu ênfase à relação entre os efeitos dos factores específicos e os resultados dos tratamentos em psicoterapias psicodinâmicas breves (Jones, Cumming e Horowitz, 1988 cit. in Sirigatti, 2004) demonstrando que factores comuns a diferentes orientações terapêuticas não eram os únicos responsáveis pela mudança dos pacientes mas também os factores específicos estavam associados ao sucesso terapêutico.

O desenvolvimento do processo ao longo do tempo, em pacientes com perturbações neuróticas, consultados em psicoterapia dinâmica breve foi estudado por Jones e Pulos (1992, cit. in Ablon e Jones, 1998) através do PQS no qual se confirmou a importância das técnicas dinâmicas como a transferência e a interpretação das defesas. Mais tarde, os mesmos autores (1993) utilizaram

o PQS para comparar a psicoterapia psicodinâmica e a terapia cognitiva comportamental percebendo que ambos teriam características comuns, no entanto encontraram diferenças ao nível da postura e técnica do terapeuta. Em 1999, Ablon e Jones apontaram uma limitação a este estudo ligada à falta de critérios acerca dos factores de processo representativos da psicoterapia psicodinâmica e na terapia cognitivo-comportamental. Nisto, desenvolverem protótipos para identificar um padrão de terapia nos diferentes tratamentos.

Ablon & Jones (1999; 2002) replicaram o estudo investigando se os regimes especificados nos manuais de psicoterapia, quando comparados com um estudo clínico controlado, se sobrepunham consideravelmente quanto ao processo e técnica, e que as estratégias de intervenção comuns a ambos os tratamentos seriam responsáveis por promover a mudança do paciente. Concluiu-se que apesar de certas áreas do processo se sobreporem existiam importantes diferenças, como a postura do terapeuta, atividade e técnica, que foram concordantes com o seu próprio modelo teórico. Tanto a psicoterapia interpessoal (IPT) como a terapia cognitiva comportamental (CBT) aderiam mais fortemente ao protótipo ideal da terapia cognitiva comportamental, que demonstrou correlações mais positivas com a melhoria dos pacientes em ambos os tipos de tratamento. Recentemente, o grau de aderência aos protótipos foi estudado por Fonagy (2005) revelando que os tratamentos psicodinâmicos utilizam intervenções mais diversificadas ao contrário dos tratamentos cognitivo-comportamentais, sendo estes mais consistentes com o seu modelo teórico. Estas descobertas impulsionaram o estudo sistemático para tentar perceber qual a incidência e efeitos de “emprestar” processos de tratamento de uma abordagem para outra (Smith- Hansen et al. 2012).

Coombs, Coleman & Jones (2002), estudaram a relação entre a expressão de emoção do paciente, a postura do terapeuta e os resultados terapêuticos e averiguaram diferenças significativas entre a quantidade de afetos dolorosos na CBT e IPT. Demonstraram que a exploração emocional presente nos dois tipos de terapia estava correlacionada com resultados positivos ao contrário de uma atitude mais didática ou directiva por parte do terapeuta. Psicoterapias breves apresentaram piores resultados em pacientes com um nível elevado de afectos dolorosos e quando as emoções dolorosas do paciente aumentam os terapeutas mostram dificuldades em aplicar intervenções de uma modalidade específica.

Num estudo de Ablon & Jones (2005) relativo ao protótipo IPT ideal os autores averiguaram que não existe apenas um processo analítico adequado mas sim processos de mudança únicos para cada díade com um padrão de interação único, relacionado com o progresso do tratamento, e descrevem um modelo bi-pessoal onde dão ênfase à experiência do paciente relativamente ao

terapeuta. Em 2006, Ablon, Levy & Katzenstein estudaram 17 tratamentos naturalísticos de terapeutas caracterizados como dinâmicos pelos próprios através do PQS e perceberam que os tratamentos eram caracterizados por uma maior aderência ao protótipo CBT apesar do processo psicodinâmico ter sido mais preditor do progresso. Seybert (2011) também utilizou o PQS para comparar variáveis de processo em psicanálise e psicoterapia psicodinâmica de curto e longo prazo onde verificou que a duração da terapia tem mais influência nas técnicas utilizadas que o próprio *setting*, levantando questões sobre o que é prototípico.

Cominos & Greyer (2005) compararam o processo em sessões iniciais com pacientes designado como “*rapid responders*” e o “*gradual responders*” verificando que os “*rapid responders*” estavam melhor adaptados para trabalhar mais precocemente com sentimentos intensos, enquanto os “*gradual responders*” tinham altos níveis de defensividade e externalização. Estes estudo confirma a importância de trabalhar os afetos do paciente através de diferentes processos terapêuticos consoante as características do paciente.

Jones e Windholz (1990) foram os autores do primeiro estudo de caso sistemático que utilizou o PQS com intuito de apreender os processos mais salientes no tratamento, identificando os itens com avaliações mais elevadas e pouca variabilidade ao longo do tempo. Averiguaram que, ao longo dos seis anos de terapia, o discurso da paciente ficou progressivamente menos intelectualizado e racional, sendo esta cada vez mais introspectiva. O analista tornou-se progressivamente mais ativo, interpretando defesas e sentimentos, identificando padrões recorrentes na sua experiência de vida e conduta da paciente e chamando a atenção para sentimentos que a paciente considerava inaceitáveis. Jones, Ghannam, Nigg & Dyer (1993), voltaram a utilizar o mesmo caso para uma análise bidirecional de efeitos causais que demonstrou que os processos de influência entre terapeuta e paciente eram mútuos e recíprocos. Spence, Dahl & Jones (1993) estudaram ainda setenta horas deste caso e perceberam que o aumento da associação livre ter no decurso do tratamento se prende com o número de intervenções feitas pelo analista por hora nas fases posteriores da terapia. Pole e Jones (1998) também utilizaram as sessões desta paciente para compreender porque levou a diminuição da aceitação do terapeuta e da sua neutralidade a uma melhoria dos sintomas da paciente e, como é que a terapia contribuiu outras melhorias. Os autores tiveram em conta o grau de associação livre e a discussão de temas-chave nos resultados do tratamento. Verificaram que a associação livre da paciente foi facilitada ao longo do percurso terapêutico através de técnicas psicodinâmicas levando a uma melhoria sintomática e que na análise de temas-chave o terapeuta demonstrou uma postura não-neutra e mais confrontativa relativamente

a certos temas (mãe, pai e culpa) mas não a outros (irmão), demonstrando melhorias sintomáticas com discussão de temas específicos (mãe ou pai).

Em 2006, Kachele e colaboradores referem um estudo de cinco horas de terapia do início do tratamento e cinco horas do final do tratamento de uma paciente, utilizando o PQS, que verificou os itens mais característicos em todas as sessões e identificou vários itens que permitissem a comparação entre o processo de tratamento inicial e final. Nenhuma sessão estudada se apresentou como uma sessão psicanalítica ideal mostrando que os tratamentos psicanalíticos são mais variados do que a teoria sugere.

Porcerelli, Dauphin, Ablon, Leitman & Bambery (2007) utilizaram os dados obtidos durante 5 anos de psicanálise de um paciente com transtorno de personalidade evitante para compreender em que medida o tratamento aderiu aos diferentes protótipos dando conta que o tratamento aderiu significativamente ao protótipo dinâmico, com algumas técnicas cognitivo-comportamentais e interpessoais. O paciente melhorou significativamente quanto aos sintomas inclusive durante um ano de *follow-up*. Mais tarde, Pole, Ablon & O'Connor (2008) falam na importância de desenvolver técnicas ideais específicas consoante os sintomas específicos do paciente ao invés de se aderir rigidamente a técnicas especificadas pelos manuais de tratamento. Os autores ilustraram um método de testar modelos de mudança em casos individuais de psicoterapia de longa duração e demonstram que a aderência do terapeuta a comportamentos e técnicas específicas é influenciada pelos sintomas específicos do paciente.

O PQS também tem sido utilizado para clarificar constructos da psicoterapia como a contra-transferência e a aliança terapêutica (Ablon, Levy, & Hansen, 2011), no entanto, os mecanismos de defesa, constructos essenciais no processo psicoterapêutico como mostra a literatura não se encontram estudados em simultâneo com o PQS, o que poderia ser uma mais valia na compreensão dos processos de mudança.

### **Os Mecanismos de Defesa e a Mudança no Processo Terapêutico**

Mecanismo de defesa é um dos constructos mais importantes na psicanálise e psicologia dinâmica, originado por Freud. A partir daí a escrita psicanalítica avançou no sentido de uma melhor compreensão dos mecanismos de defesa, concentrando-se primeiro nos problemas de como os avaliar. Posteriormente relacionaram-se os mecanismos de defesa com as perturbações clínicas, tais como a depressão e perturbações da personalidade. Por último, começaram a ser estudadas as

mudanças do funcionamento defensivo ao longo do tempo (Perry, Petraglia, Olson, Presniak, & Metzger, 2012).

Segundo Perry e colaboradores (2012) Os mecanismo de defesa são mecanismos automáticos para lidar com o stress e com conflitos internos ou externos. Ocorrem, em parte ou totalmente, de forma inconsciente. Qualquer pessoa tem um repertório de mecanismos de defesa mais habitual, no entanto eles são dinâmicos e, por isso, diferentes fatores de stresse, conflitos ou estados de espírito podem provocar o uso de defesas menos habituais. Os mecanismos de defesa estão associados a um nível de adaptação podendo ser organizados de forma hierárquica.

Através de uma revisão de literatura relativa à investigação em psicoterapia foi possível compreender que os processos de mudança são complexos objectos de estudo mas essenciais na compreensão da psicoterapia e nos seus resultados. Nesse sentido tem-se criado e estudado os mais variados instrumentos para o estudo dos processos psicoterapêuticos.

Ter em conta as defesas que o paciente utiliza, dá ao terapeuta a oportunidade para intervir em momentos específicos e com intervenções específicas. Perry e colaboradores (2012) desenvolvem quatro hipóteses sobre a forma como os mecanismos de defesa mudam ao longo da psicoterapia:

(1) os pacientes aumentam, ao longo da terapia, o seu nível de funcionamento defensivo global, enquanto, ao mesmo tempo, a variabilidade do funcionamento defensivo tende a diminuir, indicando um aumento da capacidade de resistência ao stress. Colocam a hipótese de que a taxa de mudança dentro de sessões estava relacionada com a taxa de mudança geral em todas as sessões. É observado que ao longo do tempo, dependente das características do paciente, isso se verifica, apesar de ainda ser necessário testar esta hipótese quanto à variabilidade do funcionamento defensivo.

(2) a mudança ao nível do funcionamento defensivo ocorre de forma gradual, isto é, com o sucesso terapêutico diminuem as defesas do nível inferior (principalmente imaturas) e aumentarem as defesas de nível médio (principalmente neurótico), que mais tarde, ao longo do processo terapêutico, também estas diminuem dando espaço para o aumento das defesas mais maduras e adaptadas. No estudo desta hipótese os autores notaram ainda que a precisão da interpretação da defesas estaria associada à direção e quantidade de mudança nas sessões individuais e ao longo do tratamento. Os resultados mostraram-se consistentes com a hipótese de que em média o ajustamento das defesas dentro das sessões relaciona-se com a taxa geral de

mudança em ODF ao longo das sessões. Estudos têm apoiado esta hipótese, como é descrito posteriormente, no entanto existem outros estudos que não a comprovam.

(3) durante um determinado período de tempo, os indivíduos e os grupos de indivíduos têm os seus próprios ritmos de mudança que podem variar em diferentes condições de tratamento. Em estudos aqui referenciados é possível compreender diferentes evoluções na mudança dos mecanismos de defesa consoante diferentes perturbações. Os autores afirmam a necessidade de um estudo completo com múltiplas avaliações ao longo do tempo para uma variedade de doenças e tipos de tratamento.

(4) Com a melhoria do funcionamento defensivo, os sintomas diminuem e melhoram outros aspectos do funcionamento.

São ainda levantadas várias questões relativas à interpretação que o terapeuta faz das defesas do paciente. Uma revisão recente de investigações em psicoterapia encontra provas consistentes de que os terapeutas dinâmicos abordam muitas vezes o funcionamento defensivo. Ao rever quatro estudos relativos à psicoterapia dinâmica de curto e longo prazo e psicanálise, os autores descobriram que as interpretações de defesas foram mais utilizadas que as interpretações de transferência. Além disso, as interpretações de defesas aumentaram com o passar do tempo (Perry, Petraglia, Olson, Presniak, and Metzger, 2012).

Assim, os mecanismos de defesa do paciente têm-se mostrado fundamentais no estudo dos processos e produtos psicoterapêuticos (Perry & Henry, 2004). Em 2009, Perry e colaboradores realizaram um estudo com o objetivo de observar quais os processos de mudança no funcionamento defensivo ao longo de psicoterapias de curta, média e longa duração, para averiguar de que forma a avaliação quantitativa dos mecanismos defensivos pode ser um bom indicador de progresso e eficácia em investigação psicoterapêutica. Os resultados demonstraram que a mudança nos mecanismos de defesa é gradual. Concluíram também que os sintomas decresciam ao serem atingidos níveis de funcionamento defensivos melhores e que os diferentes pacientes ou grupos de patologia tinham ritmos de mudança próprios. Relativamente a este último ponto verificou-se que os estados depressivos poderiam estar associados a mudanças mais significativas no início da terapia que posteriormente se atenuavam, enquanto distúrbios da personalidade poderiam levar mais tempo para que a mudança ocorresse.

Kramer, de Roten, Michel e Despland (2009), ainda com o objetivo de verificar se as mudanças ocorridas no funcionamento defensivo eram preditoras de mudanças na sintomatologia dos pacientes, realizaram um estudo composto por 32 pacientes acompanhados em psicoterapia de inspiração psicanalítica de curta duração, maioritariamente diagnosticados com perturbações de adaptação. Os resultados mostram que a sintomatologia parece ser influenciada pelos mecanismos de coping, mas não pela mudança dos mecanismos de defesa. Os autores argumentam que mudanças significativas no funcionamento defensivo resultante da terapia podem sobressair apenas numa fase mais avançada da terapia e que, por isso, vários autores estudam o funcionamento defensivo em psicoterapias de longa duração.

As mudanças na personalidade e no funcionamento defensivo de uma paciente em psicanálise durante 2 anos e a sua relação com as intervenções do terapeuta e comunicações da paciente foram estudadas por Lingiardi, Gazzillo e Waldron (2010), com o intuito de compreender a eficácia do processo terapêutico. Os resultados mostraram que a diminuição de defesas neuróticas obsessivas correspondente a um aumento de defesas mais adaptadas apontam para o progresso do paciente.

Num estudo de caso sobre um tratamento psicanalítico com um paciente diagnosticado com Perturbação de Personalidade Evitante, Presniak, Porcerelli e Dauphin (2010) investigaram as mudanças no seu funcionamento defensivo e concluíram que o nível global de funcionamento defensivo (*ODF* - medida sumária de adaptação defensiva geral) e de defesas mais adaptadas subiu, como previsto, entre o início da terapia e o seu acompanhamento posterior. Os autores observaram também um retorno das defesas menos adaptadas numa fase intermédia da terapia e uma melhoria constante do funcionamento defensivo numa fase avançada. Este fenómeno foi descrito anteriormente por outros autores (Gabbard, 2004; Gill, 1951 e Perry, 2001, cit por Presniak, et al., 2010).

Johansen e colaboradores (2011) estudou a mudança do funcionamento defensivo ao longo de uma psicoterapia breve dinâmica e de uma psicoterapia cognitiva comportamental e constatou um aumento significativo do *ODF* em ambas, verificando um aumento do uso das defesas maduras e uma diminuição de defesas imaturas.

O impacto das intervenções do terapeuta no funcionamento defensivo do paciente também tem sido estudado e vários relatos indicam que o tratamento das defesas tem efeitos importantes. Em 1985, Foreman e Marmar (cit. in Perry, Petraglia, Olson, Presniak, and Metzger, 2012)

afirmaram que abordar as defesas do paciente durante impasses terapêuticos difíceis, melhoram a aliança terapêutica. Em 2001, Despland e colaboradores também considerou o efeito de interpretação do funcionamento defensivo do paciente sugerindo que a interpretação de defesas do mesmo nível do paciente melhorava a aliança terapêutica.

Mais tarde Winston e colaboradores (1994, cit. in Perry, Petraglia, Olson, Presniak, and Metzger, 2012) descobriram uma associação entre o tratamento das defesas e a melhora nas defesas neuróticas, no entanto a forma como o estudo foi conduzido e os métodos utilizados impediram conclusões específicas.

Hersoug, Bogwald e Hoglend, (2003) relacionaram as interpretações de defesas por parte do terapeuta com as relações interpessoais, funcionamentos defensivos e aliança terapêutica de vários pacientes. Verificou-se que uma maior utilização de defesas imaturas com uma aliança terapêutica de baixa qualidade obteve mais interpretações e que, ao contrário do que era esperado, relações interpessoais dos pacientes de baixa qualidade foram ligadas a mais interpretação no início da terapia.

Mais tarde, Hersoug (2004) estudou as mudanças no funcionamento defensivo de 39 pacientes diagnosticados com depressão, perturbações de ansiedade e personalidade acompanhados em psicoterapia breve de inspiração psicanalítica, com o objectivo de perceber se as interpretações do terapeuta tinham influencia no desenvolvimento de funcionamentos defensivos mal adaptados. Uma grande proporção de interpretações foi associada a um decréscimo do uso de defesas mal adaptadas após o término da terapia assim como um decréscimo durante a mesma. Verificaram ainda que o uso de interpretações e intervenções de suporte por parte dos terapeutas não influenciou o desenvolvimento de defesas adaptadas e que estas tinham um evolução mais tardia que defesas mais imaturas.

Vários autores sugerem investigações futuras no sentido de compreender de forma mais aprofundada a importância de variáveis relacionadas com o terapeuta na evolução do funcionamento defensivo no processo psicoterapêutico. Hersoug, Bogwal e Hoglend (2005), sublinham que as características pessoais do terapeuta são uma importante área para investigação futura, destacando a importância do estudo da relação entre características da personalidade do terapeuta, a técnica terapêutica utilizada, e os seus resultados, por exemplo, ao nível da diminuição da utilização de defesas mal adaptadas por parte do paciente. Autores como Perry, Beck,

Constantinides e Foley (2009), sublinham ainda a pertinência da investigação de defesas em resposta às intervenções do terapeuta, tendo como expectativa que uma determinada forma de funcionamento defensivo irá interagir com certas intervenções, de modo a que existam diferenças nos resultados.

Múltiplas variáveis já foram investigadas, relacionadas e apresentadas como preditores de mudança em psicoterapia psicodinâmica. Como foi supracitado, o funcionamento defensivo é um importante constructo nos processos de mudança em psicoterapia mas existem ainda bastantes limitações no estudo dos mecanismos de defesa como processo de mudança. Sendo, o funcionamento defensivo, um preditor da mudança estrutural do paciente durante o processo psicoterapêutico, é essencial aprofundar esta temática de forma a compreender melhor as suas inter-relações com outras variáveis, e as suas implicações no processo psicoterapêutico.

Perry e colaboradores (2009) salienta que, tanto as defesas do paciente como as intervenções do terapeuta devem ser analisadas em conjunto, através do uso de diversos instrumentos que identifiquem intervenções terapêuticas relevantes, de forma a que o resultado deste tipo de estudo, demonstre que as defesas podem ser estudadas em diversas fases do tratamento como um indicador do efeito da terapia.

É também visível em vários estudos o incentivo à investigação empírica relativa à compreensão da relação das variáveis pertencentes ao terapeuta e da sua influência no funcionamento defensivo do paciente no processo psicoterapêutico (Hersoug, et al, 2005; Perry, et al, 2009; Despland, et al, 2001).

## Conclusão

A credibilidade da investigação psicanalítica tem crescido com o aumento de métodos empíricos que avaliam as mudanças resultantes das psicoterapias e permitem o estudo aprofundado dos processos psicoterapêuticos compreendendo de que forma influenciam os resultados.

O *Psychotherapy Process Q-set* foi formulado com o intuito de responder aos problemas colocados à investigação psicoterapêutica quanto à sua falta de fiabilidade e validade, apresentando-se como um instrumento eficaz e relevante na investigação, capaz de descrever e analisar múltiplos aspectos da psicoterapia. Este instrumento tem sido utilizado com sucesso demonstrando que raramente os tratamentos são teoricamente puros relativamente à orientação teórica e isso pode desempenhar um papel importante no resultado do tratamento; a exploração emocional prevê resultados positivos em diferentes tipos de tratamento; estudos naturalísticos têm um valor importante visto que mesmo em estudos controlados os tratamentos não são puros; os pacientes são co-autores do processo do tratamento sendo importante não estudar apenas a adesão terapêutica; estudos de caso são essências; as mudanças psicoterapêuticas podem ser melhor compreendidas pelo estudo intensivo de cada processo específico pois cada díade terapeuta-paciente cria o seu próprio processo único.

A revisão dos estudos do mecanismos de defesa mostram que o funcionamento defensivo melhora de forma gradual ao longo da terapia, os mecanismos de defesa apresentam mudanças mais visíveis em psicoterapias de longo prazo, pacientes com diferentes tipos de patologia apresentam diferentes perfis defensivos e a interpretação de mecanismos de defesa influenciam o progresso do funcionamento defensivo e a aliança terapêutica.

Existem ainda bastantes limitações no estudo dos mecanismo de defesa como processo de mudança. Vários autores sugerem futuras investigação relativas aos mecanismos de defesa de forma a compreender melhor a importância de variáveis relacionadas com o terapeuta na evolução do funcionamento defensivo assim como as respostas do paciente às intervenções do terapeuta.

Importa ainda aprofundar e estudar as interpelações entre o funcionamento defensivo do paciente com outras variáveis, e as suas implicações no processo psicoterapêutico nomeadamente com o PQS. Não foi encontrado nenhum estudo que usasse simultaneamente o PQS e os mecanismos de defesa.

## Referências

- Ablon, J. S., Levy, R. A. & Hansen, L.S. (2011). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy 2011, 14*, 14-48
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitivebehavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8*, 71-83.
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1999). Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 64-75.
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Collaborative Study. *The American Journal of Psychiatry, 159*, 775-783.
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 53*, 541-568.
- Ablon, J.S., Levy, R., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 216-231.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Comninos, A., & Grenyer, B. F. S. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research, 19*, 230-239.
- Coombs, M.M., Coleman, D., & Jones, E.E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39*, 233-244.

- Despland, J., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M. & Perry, C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 155-164.
- Fonagy, P. (2005). In praise of simplicity: Commentary on Ablon and Jones. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 579-589.
- Gastaud, M. B., & Bastos, C. A. M. (2012). A Pesquisa de Resultados nos Tratamentos Psicanalíticos. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*. Porto Alegre, 13.
- Hersoug, A., Bogwald K-P., & Hoglend, P., (2003). Are patient and therapist characteristics associated with the use of defense interpretation in brief dynamic psychotherapy? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 209-219.
- Hersoug, A., Bogwald K-P., & Hoglend, P., (2005). Changes of defensive functioning. Does interpretation contribute to change? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 288- 296.
- Johansen, P., Krebs, T., Svartberg, M., Stiles, T., & Holen, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 712-715.
- Jones, E. E. (1993). How will psychoanalysis study itself? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 91-108.
- Jones, E.E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. University of California at Berkeley.
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J.T., & Dyer, J.F.P. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 381-394

- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306-316. In Levy, R.A., Ablon, J.,S, & Kächele(Eds). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence- Based Practice and, Practice Bases Evidence*. Humana Press. New York.
- Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 985-1015.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S., (2010). An empirically supported psychoanalysis – The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 190-218.
- Kachele, H., Albani, C., Buchheim, A., Holzer, M., Hohage, R., Mergenthaler, E., Jiménez, J.P., Leuzinger-Bohleber, Neudert-Dreyer, L., Pokorny, D., Thoma, H. (2006). The German specimen case, Amalia X: Empirical studies. *International Journal of Psychoanalysis*, 87.
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 65-84.
- Kramer, U., Roten, Y., Michel, L., & Despland, J., (2009). Early change in defense mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: relations with symptoms and alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 408-417.
- Luborsky, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (4), 583-604.
- Perry, J. & Henry, M. (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the defense mechanism rating scales. In U. Hentschek, G. Smith, J.G. Draguns, W. Ethlers, Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives, 165-192, Amsterdam: Elsevier.
- Perry, J., Beck, S. M., Constantinides, P., & Foley, J. (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases. In R. A. Levy, J. Ablon, *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*, 121-153.

- Perry, J. C., Petraglia, J., Olson, T. R., Presniak, M. D., & Metzger, J. A. (2012). Accuracy of Defense Interpretation in Three Character Types. *Psychodynamic Psychotherapy Research*, 25, 417-447.
- Pole, N., Ablon, J.S., & E. O' Connor (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 221-232.
- Pole, N., & Jones, E.E. (1998). The talking cure revisited: Content analyses of a two-year psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 8, 171-189.
- Porcerelli, J.H., Dauphin, V.B., Ablon, J.S., Leitman, S., & Bambery, M. (2007). Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systematic case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 1-13.
- Presniak, M. Olson, T., Porcerelli, J., & Dauphin, V., (2010). Changes in defensive functioning in a case of avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 134-139.
- Price, P.B., & Jones, E.E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 392-404.
- Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, Ma. L. R., Eizirik, C. L. & Olsen, C. (2010) The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20(5), 564-575.
- Sirigatti, S. (2004). Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 4, Italy.
- Smith- Hansen,L., Levy, R.,A., Seybert, C., Erhardt, I., Ablon, J.,S. (2012). The Contributions of the Psychotherapy Process Q- Set to Psychotherapy Research. In Levy, R.A., Ablon, J.,S, & Kächele(Eds). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence- Based Practice and Practice Bases Evidence*. Humana Press. New York.

- Spence, D.P., Dahl, H., & Jones, E.E. (1993). The impact of interpretation on associative freedom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 395-402
- Wallerstein, R. S. (2001). The generations of psychotherapy Research: An overview. *Psychoanalytic Psychology, 18*, 243-267.

## **Artigo de Revisão de Literatura**

Processos de Mudança em Psicoterapia: O Funcionamento  
Defensivo do Paciente e a Adesão do Terapeuta a Diferentes  
Modelos Teóricos

## Resumo

Estudos têm demonstrado que, em qualquer orientação teórica, os tratamentos raramente são teoricamente puros e que a integração de diferentes modelos teóricos tem contribuído para a eficácia do tratamento. Esta investigação tem como objectivo estudar a relação entre a adesão do terapeuta aos diferentes protótipos (CBT, PDT e CMT) e o perfil de mudança dos níveis defensivos do paciente. O Psychotherapy Process Q-Set (PQS) e o Defense Mechanism Rating Scales (DMRS) foram usados na análise de duas pacientes em psicoterapia psicodinâmica no início, aos 6, 12, 18, e 24 meses. Os resultados revelaram maior adesão ao protótipo PDT ao longo de toda a terapia na paciente 1 e enquanto os resultados para a paciente 2 mostram uma maior aderência ao protótipo CBT e maior integração entre os vários protótipos. A paciente 1 manifestou um ODF mais baixo e uma descida do mesmo aos 12 meses. A paciente 2 apresenta um ODF ligeiramente mais alto e recurso a defesas maduras. Foi possível compreender que a adesão a diferentes modelos teóricos por parte do terapeuta se relaciona com as mudanças ao nível defensivo do paciente, no entanto não foi possível estabelecer uma direcção causal entre as duas variáveis.

*Palavras-chave: Psychology Process Q-Set, Mecanismos de Defesa, Mudança, Protótipos*

## **Abstract**

Several studies have demonstrated that in any theoretical orientation, treatments are technically pure and the integration of different theoretical models have contributed to the treatment's efficiency. This investigation aims to study the relationship between the therapist's usage of different prototypes (CBT, PDT, CMT) and the patient's defence functioning changes profile. Both Psychotherapy Process Q-Set (PQS) and Defense Mechanism Rating Scales (DMRS) were used during the analysis of two patients in psychodynamic psychotherapy at ages 6,12,18 and 24 months old. Results showed a bigger embracement to the PDT prototype during the full therapy of patient 1 whereas the results of patient 2 indicated a bigger adoption to the CBT prototype and larger integration among various prototypes. Patient 2 shows a higher ODF and resort to mature defences. It was noticeable that the therapist's adherence to diverse theoretical models relates to the patient's changes in defensive functioning, however it wasn't possible to establish the direction of causality between the two.

*Palavras-chave: Psychology Process Q-Set, defense mechanisms, Change, Prototypes*

## Introdução

Os desenvolvimentos mais recentes da investigação em psicoterapia psicodinâmica estão ligados aos estudos do processo e resultados, dada a importância de perceber as contingências entre as necessidades dos pacientes e a competência dos terapeutas, a fim de melhor atender a essas necessidades, assim como, melhor compreender a eficácia e eficiência dos tratamentos psicanalíticos (Kachele, 2009). A pesquisa ao nível da psicoterapia psicodinâmica tem feito grandes avanços nesse sentido, demonstrando evidências da sua eficácia e eficiência nas formas específicas de terapias psicodinâmicas de curto e longo prazo, sendo ainda visível uma grande necessidade de mais estudos neste campo (Kachele, 2009). No entanto, esta pesquisa, com algumas exceções importantes, tem-se focado quase exclusivamente na relação entre processos e resultados em terapias psicodinâmicas breves, pois os problemas metodológicos associados à investigação processo-resultado são imensos devido à complexidade do processo terapêutico e aos muitos fatores envolvidos no resultado. Apesar destas dificuldades, muitos clínicos estão interessados nos mecanismos de mudança em tratamentos psicodinâmicos de longo prazo (Luyten et al., 2012).

Existe uma crescente necessidade de se avaliar o processo terapêutico com o intuito de demonstrar que factores específicos contribuem para a eficácia de um tratamento e que aspectos únicos contribuem para a melhoria do paciente (Smith-Hansen, Levy, Seybert, Erhardt & Ablon, 2012). Com este objectivo multiplicam-se os instrumentos de medida de processos. Não existindo uma medida óptima do processo psicodinâmico muitos instrumentos limitam o seu uso a abordagens teóricas específicas ou a determinados aspectos da sessão. Ao contrário da maioria destes instrumentos, o Psychotherapy Process Q-Set (Jones, 1985) permite analisar os processos que ocorrem durante um tratamento, naturalístico ou manualizado, nas várias orientações teóricas.

Com base no PQS foram desenvolvidos protótipos quantitativos para cada abordagem terapêutica traduzindo o processo ideal de uma psicoterapia psicodinâmica, cognitivo-comportamental ou *control mastery therapy*. Através destes protótipos é possível determinar em que medida psicoterapias que alegam seguir uma determinada orientação teórica, se encontram realmente em conformidade com o seu respetivo protótipo ideal (Ablon & Jones, 1998,2002; Pole et al., 2008).

Estudos têm vindo a demonstrar que, em qualquer orientação teórica, os tratamentos raramente são teoricamente puros, incluindo muitas vezes processos geralmente relacionados com a forma como os terapeutas apreendem e regulam as emoções dos pacientes (Coombs et al., 2002).

Pole, Ablon e O'Connor (2008) apreendem que o comportamento do terapeuta era mais consistente com o protótipo de *Control Mastery Therapy* (CMT), e esta aderência, assim como aspetos particulares de outros protótipos, influenciavam a mudança nos sintomas. A CMT foi desenvolvido por Joe Weiss (1993, cit. in. Pole, et al., 2002) como uma teoria que integra o modelo teórico interpessoal, cognitivo-comportamental e conceitos psicodinâmicos. Assume que os pacientes em psicoterapia são intrinsecamente motivados a superar os seus problemas, para se adaptarem com sucesso aos seus contextos e cumprirem metas de desenvolvimento normais. Propõe que os pacientes muitas vezes são bloqueados no seu progresso em direção aos seus objetivos por sistemas de crenças não-adaptados e que os terapeutas recorrem à utilização de intervenções dinâmicas, considerando que as crenças mais prejudiciais do sujeito se desenvolvem na sequência de experiências de infância perturbadoras.

Num estudo de Serralta e colaboradores (2010) foi evidenciado que avaliar a adesão dos comportamentos dos pacientes, do terapeuta, e das suas interações, isoladamente, permite compreender os resultados da avaliação de todo o protótipo. O mesmo estudo demonstrou que a adesão a uma determinada orientação teórica seria essencialmente impulsionada pelo comportamento do paciente. Este facto tem vindo a ser evidenciado por diversos autores em vários estudos, revelando que: os terapeutas aumentam a aderência a técnicas cognitivas a fim de corrigir problemas na aliança terapêutica (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes, 1996); a forma como os pacientes necessitam de técnicas de apoio ou interpretação varia de paciente para paciente. A interpretação deve ser mais enfatizada em paciente que demonstrem uma adequada forma egóica e tolerância à ansiedade (Luborsky, 1984 cit. in Leonard, 1987); o sofrimento do paciente influencia consideravelmente o comportamento do terapeuta. Com maiores níveis de sofrimento o terapeuta tende a ser mais activo e menos interpretativo (Serralta et al., 2010). De acordo com Jones, Cumming e Horowitz (1988), a integração de diferentes modelos teóricos, aquando do modelo teórico de referência do terapeuta, tem contribuído para a eficácia do tratamento.

Assim, e dada a influência do comportamento do paciente na diferente utilização de modelos teórico, torna-se importante estudar as variáveis relativas ao comportamento do paciente. Os mecanismos de defesa do paciente têm-se mostrado fundamentais no estudo dos processos e produtos psicoterapêuticos (Perry & Henry, 2004), assim como as intervenções terapêuticas direccionadas ao funcionamento defensivo do paciente, sendo apontadas em vários estudos como importantes factores de mudança em psicoterapia (Gazzillo et al., 2014; Lingiardi, 2013; Olson, Perry, Janzen, Petraglia, & Presniak, 2011). Johansen e colaboradores (2011) estudaram a mudança

do funcionamento defensivo do paciente ao longo de uma psicoterapia breve dinâmica e de uma psicoterapia cognitiva comportamental constatando um aumento significativo do funcionamento defensivo global (ODF) do paciente em ambas, salientando um aumento do uso das defesas maduras e uma diminuição de defesas imaturas. O impacto das intervenções do terapeuta no funcionamento defensivo do paciente também tem sido estudado ao nível da interpretação de defesas em relação à qualidade da aliança terapêutica (Foreman e Marmar, 1985 cit. in Perry, Petraglia, Olson, Presniak, and Metzger, 2012; Despland, 2001). No entanto, não se encontra literatura relativa à forma como o funcionamento defensivo do paciente evolui consoante a aderência do terapeuta aos protótipos.

Nesse sentido, a presente investigação tem como objectivo compreender de que forma evolui a adesão do terapeuta aos protótipos e a sua relação com a evolução do funcionamento defensivo, de duas pacientes em psicoterapia de inspiração psicanalítica.

## **Método**

### **Participantes**

#### **Paciente 1**

A paciente 1 é uma mulher com 45 anos de idade, filha mais nova de uma fratria de três irmãos. É casada pela segunda vez, tem três filhas e encontra-se desempregada. Demonstra constantemente um sentimento de desvalorização e inferioridade, inclusive na relação com o marido. A paciente sente-se incompreendida pela família, referindo a desvalorização por parte dos pais e irmãos, dos seus sintomas físicos, relacionados por ela ao Hipotiroidismo que lhe foi diagnosticado há alguns anos. Sente-se constantemente cansada e sonolenta e demonstra uma incapacidade de contrariar as pessoas apesar não saber justificar da sua ausência de assertividade. Tem inúmeros pensamentos recorrentes sobre a morte e ataques de pânico que a invalidam de realizar diversas tarefas, como conduzir ou, por vezes, afastar-se muito de casa sozinha, com receio de se sentir mal. Expressa sentimentos ambivalentes relativamente à morte, transmitindo medo de morrer ao mesmo tempo que demonstra vontade de morrer devido ao seu sentimento de incapacidade. Durante as sessões relembra a primeira vez que teve contacto com a morte retratando, ao 5 anos, numa cerimónia fúnebre de um vizinho da família. A partir dos 13 anos, começa a sofrer

de ataques de pânico. Ao longo da sua vida, a paciente vivenciou várias perdas importantes de amigos e família. Tanto o pai como a mãe faleceram de forma inesperada. Passou parte da sua infância em Moçambique com os pais e relembra, desses tempo, uma memória presente de quando um primo de 19 anos a convida para ir a sua casa e lhe pede para tirar as roupas, encontrando-o depois também sem roupa. A paciente tinha cerca de 10 anos e conta ter ficado confusa e sem saber o que se passava. Diz não ter ocorrido contacto físico presumindo o arrependimento do primo. Guardou este episódio até aos 16 anos, altura em que decidiu contar aos pais que desvalorizaram o episódio. Relativamente a essa desvalorização a paciente demonstra uma certa revolta e decepção. Durante o terceiro e quarto ano de escolaridade vem, sozinha, para Portugal para casa de familiares não ficando permanentemente na mesma casa mas saltando de casa em casa. Nessa altura estabelece uma relação mais próxima com uma senhora já idosa que teve um ataque cardíaco na altura em que iria preparar uma refeição para a paciente, acabando por falecer no hospital.

A paciente demonstra uma grande necessidade de atenção e valorização por parte do outro. Afirma várias vezes durante o processo terapêutico sentir-se com “a cabeça vazia” e indiferente ao que a rodeia. Tem uma atitude passiva em relação ao terapeuta, afirmando ter a mesma atitude para com os outros, podendo isso estar associado ao receio de perder o outro e à necessidade de aceitação. Relaciona todos os seus sintomas com o hipotiroidismo numa fuga às interpretações por parte da terapeuta quando à sua possível somatização, apresentando certos mecanismos de defesa. Encontra-se geralmente num registo de racionalização com pouco insight.

## **Paciente 2**

A paciente 2 é uma mulher com 50 anos de idade no início da psicoterapia. É divorciada, está desempregada e vive sozinha. Esteve casada durante um ano até ter ocorrido um episódio de agressões físicas por parte do marido e descobrir que este mantinha uma relação extraconjugal.

O pai faleceu 7 anos antes do início da terapia e a paciente demonstra não ter ainda feito o luto desta perda. A mãe encontra-se num lar de idosos, relativamente afastado da residência da paciente. Tem um irmão mais novo, toxicod dependente desde os 10 anos de idade, por quem afirma ter um grande sentimento de protecção, vivendo toda a sua vida em função do mesmo, sentindo-se mais como sua mãe que como irmã. Existem sentimentos ambivalentes relativos à imagem que tem do “irmão bom”, que “era um bom menino”, culpabilizando as drogas pelo rumo que levou, e o irmão “real” que desperdiça todas as ajudas e recuperações, tendo atitudes agressivas e desconsiderando os esforços feitos pela paciente em função dele. Ainda associada a esta protecção

está a promessa feita ao pai, na altura da sua morte, de que iria sempre cuidar dele. A paciente relata vários episódios violentos relativo a alturas em que o irmão estava sob efeito de drogas. Demonstra constantemente uma preocupação por ele, especialmente quando o irmão não partilha a mesma casa, vivendo como sem-abrigo. Viveu em Angola até aos 13 anos, idade em que teve que vir sozinha para Portugal viver com uns familiares por um ano. Ainda em Angola passava muito tempo sozinha à espera que a mãe acabasse de leccionar as aulas, numa sala à parte. Sempre privilegiou atividades intelectuais, frequentando diversos cursos ao longo da sua vida. Os episódios mais marcantes da sua infância estão relacionados com pequenos acidentes em que o irmão se magoa que lhe provocaram sentimentos de medo e de culpa.

A sua mãe teve vários episódios depressivos com internamentos psiquiátricos e uma tentativa de suicídio, por volta dos 26 anos da paciente que, para esta, estão ligados aos problemas do irmão. O pai esteve sempre presente, ficando com ela nos momentos mais difíceis a “apanhar os cacos”.

Aos 30 anos, a paciente vê-se obrigada a deixar o seu emprego efectivo na área do turismo por motivos de saúde, no qual trabalhava há 30 anos. Fala deste emprego com uma enorme saudade e mágoa por não te continuado a trabalhar nessa área. Uma vez desempregada passa por vários períodos de trabalho temporários e de procura de emprego, mostrando-se muito preocupada com a sua reforma. Investe recorrentemente em formações profissionais e na manutenção de um prédio deixado como herança de família, apresentando uma “fuga” das atividades de lazer e investindo muito pouco na sua vida social, referindo-se inúmeras vezes à sua casa como a sua “zona de conforto”, o seu “cantinho”.

Começou a terapia com queixas relacionadas com muitos episódios de choro e afirmando estar descompensada. A terapia centra-se maioritariamente nos seus sentimentos de culpa possivelmente ligados a uma agressividade recalcada e dirigida para si mesma. Mostra-se demasiado ligada à família nuclear, que tem vindo a perder, tendo dificuldades em construir a sua própria família.

### **Terapeutas**

A psicoterapia das pacientes 1 e 2 foi conduzida por duas terapeutas com formação em Psicologia Clínica, realizaram a sua psicanálise pessoal, têm 4 anos de experiência clínica, uma tem formação em psicoterapia e a outra não.

## **Terapia**

As psicoterapias são de inspiração psicodinâmica e ocorrem na Clínica Universitária do ISPA com uma frequência semanal. As sessões têm uma duração média de 50 minutos. A paciente 1 realizou 80 sessões psicoterapêuticas, enquanto a paciente 2 realizou 76 sessões psicoterapêuticas, durante dois anos e meio.

## **Instrumentos**

### ***Psychotherapy Process Q-Set (PQS) (Jones, 1985).***

O PQS é um instrumento construído para descrever e analisar o processo de psicoterapia ao nível de uma sessão de psicoterapia individual. É composto por 100 itens que descrevem os comportamentos e acções do terapeuta ( $n = 41$ ), atitudes, comportamentos e experiências do paciente ( $n = 40$ ), e as interações entre o terapeuta e o paciente ( $n = 19$ ) (Jones, 2000). A descrição de cada item encontra-se no anexo 1.

Cada item está redigido de forma clara e descritiva para minimizar inferências por parte do avaliador, sem que as suas influências teóricas interfiram na avaliação do material clínico (Jones & Windholz, 1990). O manual do PQS apresenta a definição de cada item, exemplificando como se devem aplicar consoante as diferentes categorias, de forma a minimizar o risco de interpretações divergentes por parte dos avaliadores (Jones, 1985).

O PQS é uma medida ipsativa para a qual observadores independentes avaliam uma sessão de psicoterapia (a partir sessões transcritas, em áudio ou em vídeo), após serem instruídos a classificar os 100 itens em categorias que variam do menos característico (categoria 1) para o mais característico (categoria 9) na sessão, sendo a categoria 5 relativa a itens neutros ou irrelevantes na sessão. Os avaliadores devem comparar os 100 itens entre si para cada sessão em particular, de forma a evitar julgar a sessão tendo em conta o processo ou a forma como outras sessões ocorreram (Smith- Hansen et al., 2012).

É baseado na metodologia Q- Sort, ou método de ordenamento, particularmente adequado para identificar variações entre indivíduos ou entre processos, e não entre variáveis (Blatt, 2005 cit. por Bambery et al., 2009).

A cotação segue uma distribuição normal, existindo um número de itens fixo para cada categoria, garantindo uma avaliação mais fidedigna e ponderada para cada item e contrabalançando

o efeito de halo e enviesamentos. Os avaliadores devem classificar os itens pela frequência, intensidade e importância estimada na sessão (Ablon & Jones 2002).

O PQS demonstrou confiabilidade e validade numa variedade de diferentes amostras de tratamento, incluindo em terapia psicodinâmica, cognitivo-comportamental, centrada no cliente, gestalt, *Control Mastery Therapy* e terapias interpessoais. A confiabilidade entre avaliadores em todos os 100 itens PQS tem consistentemente revelado coeficientes alfa entre 0,83 e 0,89 por par de avaliadores, devendo ser sempre cotado por dois avaliadores possibilitando a correlação inter avaliador. O instrumento foi desenvolvido por Jones em 1985 e têm sido posteriormente publicadas versões traduzidas em inúmeras línguas (Smith- Hansen et al., 2012).

A evolução da adesão do terapeuta aos diferentes protótipos pode ser calculada através da utilização do protótipos desenvolvidos por Pole, Ablon e O'Connor (2008) para as dimensões parciais do PQS: atitudes, comportamentos e experiências do paciente; atitudes e ações do terapeuta e interação entre paciente e terapeuta. Os protótipos de psicoterapia Psicodinâmica (PDT), Cognitiva-Comportamental (CBT) e Control Mastery Therapy (CMT) foram desenvolvidos com base no PQS, calculando o grau em que cada item do PQS contribuía para o que seria o processo de terapia ideal para cada orientação teórica, criando factores de correlação para cada item, que representam o peso fatorial de cada afirmação, e se organizam em protótipos de processos de tratamento ideais para cada um dos tipos de terapia. Desta forma é possível calcular a adesão do terapeuta ao protótipo CBT, PDT e CMT nos diferentes momentos, a partir das cotações do PQS de cada paciente em cada sessão.

### ***Defense Mechanism Rating Scales (DMRS) (Perry, 1990)***

O Defense Mechanism Rating Scales, 5a edição (Perry, 1990) é um manual que apresenta um método quantitativo e qualitativo de guia à inferência clínica de mecanismos de defesa utilizados pelo paciente durante a terapia, através de juízes externos. São utilizadas gravações áudio, vídeo ou transcrições de uma sessão de psicoterapia como unidade de análise. A escala é composta por 28 mecanismos de defesa, dois dos quais estão subdivididos de acordo com o objeto da defesa ser o “eu” ou o “outro”, alcançando o total de 30 MDs acompanhados da definição e função de cada, assim como uma explicação relativa à sua identificação (Perry, 1990).

As 30 defesas encontram-se distribuídas por 7 escalas sumárias (estilos defensivos) relacionadas pelo seu grau de adaptabilidade: nível defensivo adaptativo (7), obsessivo (6),

neurótico (5), narcísico (4), de evitamento (3), borderline (2) e de ação (1) (Perry & Henry, 2004). Os 7 níveis defensivo são distribuídos em 3 categorias de defesas: as defesas maduras (nível 7), as defesas neuróticas ou intermédias (nível 5-6) e as defesas imaturas (nível 1-4) (Vaillant, 1992). A hierarquia de defesas do DMRS (Perry & Henry, 2004) encontra-se no anexo 5.

O método qualitativo do DMRS é constituído por uma escala de três pontos através das quais os avaliadores deverão classificar defesas tendo em conta a sua ausência (0), presença provável (1) e presença definitiva (2) (Perry, 1990). Para o método quantitativo do DMRS são apresentadas três medidas de proporção contínuas: a) *pontuação de defesas individuais* (percentagem de cada defesa), b) *pontuação do nível defensivo* e (c) *Overall Defensive Functioning* (ODF) (Perry & Henry, 2004).

O DMRS possibilita a discriminação de diferentes perturbações e níveis de funcionamento, sendo viável a sua utilização na a compreensão da evolução dos pacientes em psicoterapia de inspiração psicanalítica, dada a sua validade psicométrica (Perry, et. al., 2009). O DMRS apresenta boas características psicométricas com uma fiabilidade entre juízes entre aceitável e boa (Perry & Henry, 2004).

### **Procedimento**

A cotação das sessões utilizadas neste estudo implicou uma fase de compreensão e familiarização com o PQS. Assim, numa primeira fase, foi realizado um treino formal, efectuado via Skype, com uma *Senior Rater*<sup>1</sup>. O treino foi constituído por dois momentos: o primeiro consistiu na clarificação do conteúdo e significado de cada item, controlando assim a interpretação subjectiva; o segundo correspondeu à cotação de várias sessões gravada em vídeo na língua inglesa e posterior discussão de resultados de cada avaliação. Ao longo do período de treino foram realizadas reuniões semanais para a discussão dos resultados. Cada *rater* em formação teria que, durante o treino formal, obter uma correlação com o *Senior Rater* acima de  $r = 0,5$ , em pelo menos 5 sessões. Dada a condição, foi verificada a aptidão dos avaliadores para a aplicação do instrumento (as correlações inter-avaliador relativas ao treino são apresentadas no Anexo 2). O grupo de *raters* durante o treino foi constituído por duas estudantes finalistas do mestrado integrado em psicologia clínica e uma *Senior Rater*<sup>1</sup> do PQS. As concordâncias inter avaliador variaram entre  $r = 0,52$  e  $r = 0,81$  na primeira metade do treino e  $r = 0,39$  e  $r = 0,77$ , na segunda metade. Os resultados das concordâncias mais baixas foram discutido e compreendidos.

---

<sup>1</sup> Dr. Seybert, Washington Center for Psychoanalysis.

Após o treino formal foram utilizadas duas gravações audio em português como treino suplementar de forma a familiarizar a avaliadora com a cotação através de sessão gravada em áudio.

Neste estudo foram utilizadas 40 sessões de psicoterapia gravadas, em áudio, de duas pacientes (20 sessões de cada paciente), acompanhadas por terapeutas distintos. Cada sessão tem em média a duração de 50 minutos cada, ocorrida semanalmente na Clínica Universitária do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Tanto os pacientes quanto os terapeutas deram o seu consentimento informado para a gravação da totalidade das suas sessões, tanto para uso dos próprios terapeutas, como para investigação.

Foram selecionadas, para cada paciente, quatro sessões correspondentes a cinco momentos da terapia com um intervalo de 6 meses (início, 6 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses). Estas sessões foram randomizadas a fim de prevenir quaisquer enviesamentos no processo de cotação com o PQS, relacionados com a noção da evolução do processo terapêutico por parte dos avaliadores, assim, os avaliadores foram cegos quanto ao período do tratamento a que correspondia a sessão, ao resultado do tratamento e à avaliação dos outros juízes.

As variações dos 7 níveis defensivos do DMRS ao longo da terapia para cada paciente, foram calculados por um avaliador externo após uma fase de treino na cotação com o instrumento, de forma independente, a partir das gravações áudio das mesmas sessões. As mesmas 4 sessões (usadas para cotação com o PQS) foram usadas em cada momento de avaliação para cotação através do DMRS

## **Resultados**

Os protótipos de psicoterapia Psicodinâmica (PDT), Cognitiva-Comportamental (CBT) e Control Mastery Therapy (CMT), quanto às diferentes dimensões parciais do PQS (Pole, Ablon e O'Connor, 2008), foram utilizados neste estudo com o intuito de conhecer a adesão do terapeuta a cada um.

Para isso, correlacionaram-se os valores obtidos no PQS em cada sessão com os 3 protótipos distintos, encontrando os diferentes valores de adesão ( $r$ ) que representam em que medida cada sessão ocorreu em conformidade aos protótipos PPD, CBT e CMT ideais. Apenas a dimensão do PQS relativa ao terapeuta foi calculada, separando-se os 41 itens do terapeuta (Pole et al., 2008),

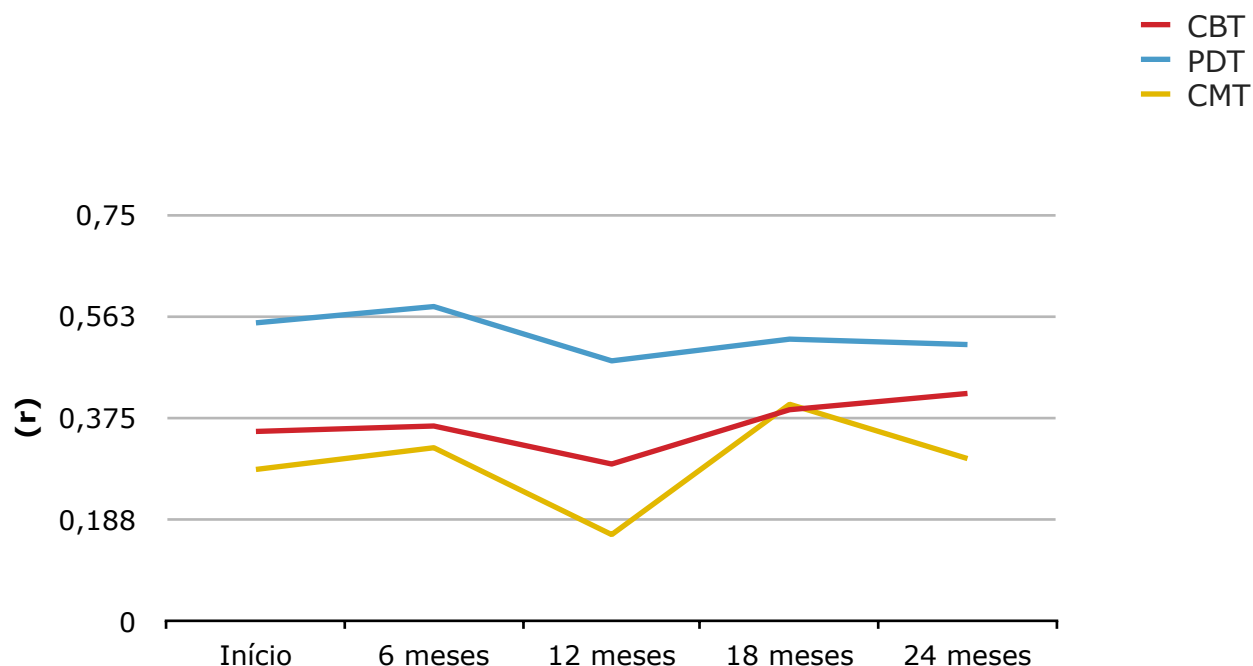
refletindo a total correspondência do processo real e ideal no que diz respeito às intervenções deste. Os valores foram organizados por momentos com o intuito de compreender a evolução da adesão do terapeuta a cada protótipo. Depois de calculada a adesão para cada sessão foi calculada a média de adesão das quatro sessões para cada um dos períodos de avaliação.

## Paciente 1

### Mudança na adesão do Terapeuta aos diferentes protótipos

O terapeuta tem uma maior adesão ao protótipo psicodinâmico ao longo de toda a psicoterapia, (início  $r=0,55$ ; 6 meses  $r=0,58$ , 12 meses  $r=0,48$ , 18 meses  $r=0,52$  e 24 meses  $r=0,51$ ). Dos 6 para os 12 meses há uma ligeira descida e manutenção do valor até ao fim da terapia.

Aos 12 meses observa-se uma decida significativa do valor da adesão ao protótipo CMT com nova subida aos 18 meses (12 meses  $r=0,16$ ; 18 meses  $r=0,4$ ), assim como uma pequena subida na adesão ao protótipo cognitivo-comportamental (Anexo 7).

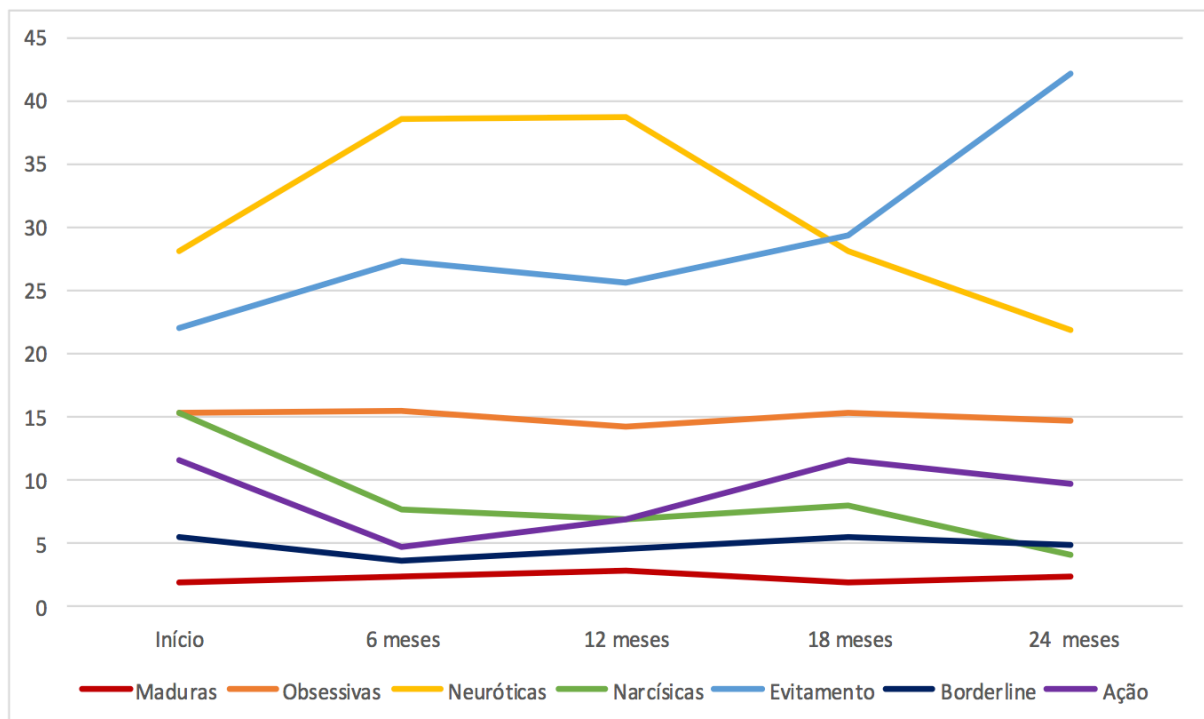


**Figura 1** – Adesão do terapeuta aos protótipos PDT, CBT e CMT ao longo do tempo

### Mudança nos níveis defensivos ao longo da psicoterapia

As variações dos 7 níveis defensivos do DMRS ao longo do percurso psicoterapêutico da paciente 1, apresentados na figura 2, mostram que nos primeiros 6 meses de psicoterapia houve

aumento das defesas de nível neurótico (de 28,22% para 36,69%) e de evitamento. A paciente utiliza, no nível de defesas neurótico, uma percentagem elevada de defesas de recalçamento, e de projecção ao nível de defesas de evitamento. No mesmo período de tempo, as defesas de acção, narcísicas e borderline desceram substancialmente (Anexo 12). Nas defesas de nível de evitamento há aumento mais acentuado das defesas de projecção e de racionalização. A partir dos 12 meses de psicoterapia ocorre um decréscimo bastante acentuado das defesas de nível neurótico enquanto surge um aumento significativo das defesas de nível de evitamento (42.27%). A paciente apresenta como principais defesas a projecção e o recalçamento, estando associadas negativamente. A paciente oscila entre a inibição do reconhecimento de afetos, impulsos e desejos e a sua atribuição errónea ao outro que é visto como ameaçador.

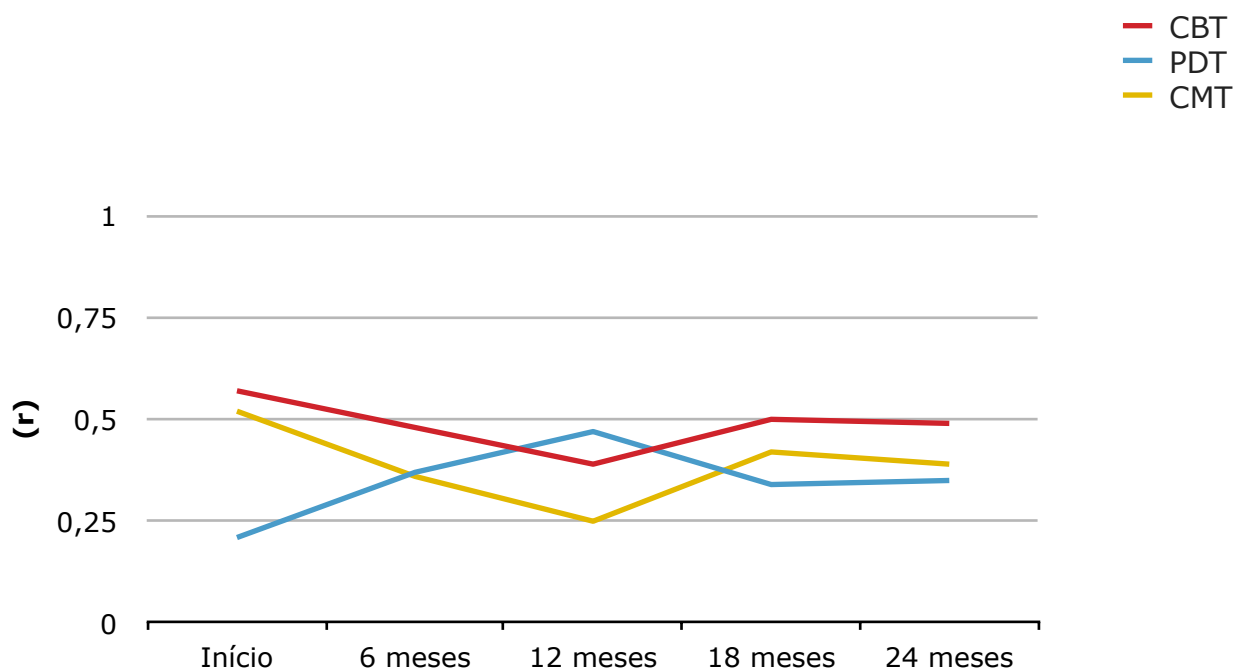


**Figura 2**– Perfil de mudança dos níveis defensivos da paciente 1 ao longo da psicoterapia

## Paciente 2

### Mudança na adesão do Terapeuta aos diferentes protótipos

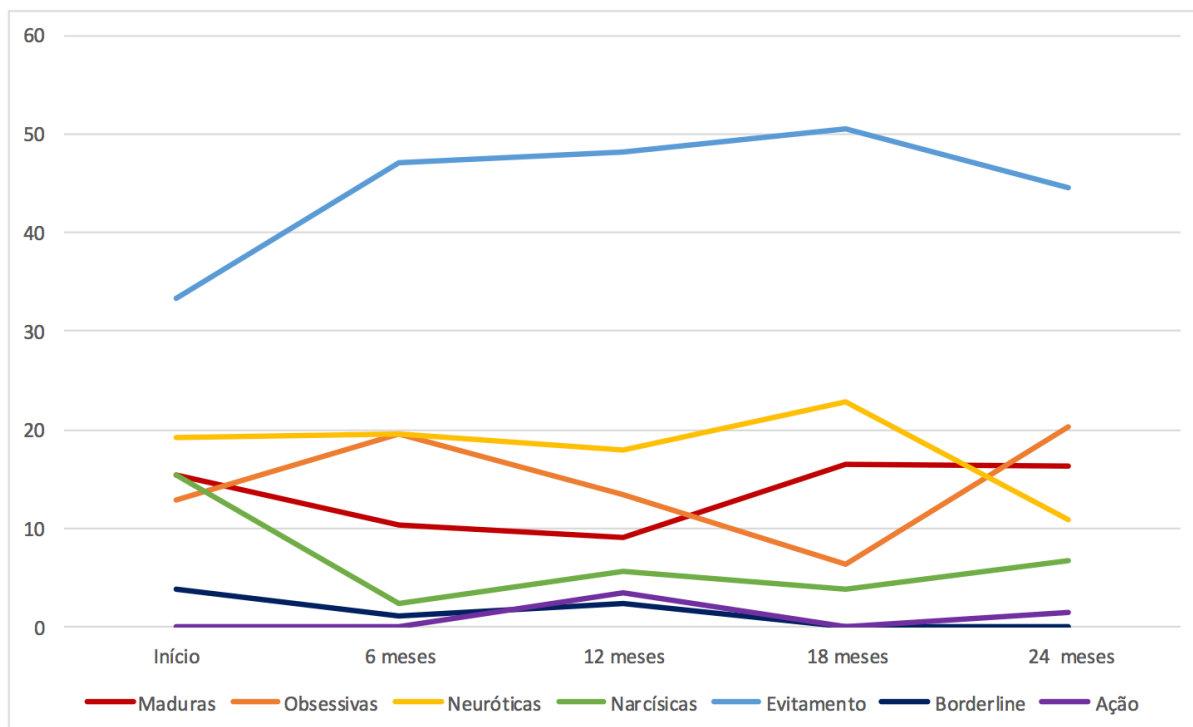
Como se pode averiguar na figura 4, o terapeuta inicia a terapia apresentando uma maior adesão ao protótipo cognitivo-comportamental, sendo este o protótipo a que mais se aproxima na maior parte do tempo de terapia, variando entre  $r=0,39$  e  $r=0,57$ . No entanto verifica-se um decréscimo da adesão ao mesmo desde o início da terapia até aos 12 meses (início  $r=0,57$ ; 6 meses  $r=0,48$ , 12 meses= $0,39$ , 18 meses= $0,5$  e 25 meses= $0,49$ ). A adesão do terapeuta ao protótipo CMT é semelhante ao anterior. Também apresenta um decréscimo significativo nesse período de tempo (início  $r=0,52$ ; 12 meses  $r=0,25$ ). Aos 18 meses apresenta uma subida nos valores de adesão ( $r=0,42$ ), mantendo-se esses valores aos 24 meses ( $r=0,39$ ). Pelo contrário, a adesão do terapeuta ao protótipo PDT sofre um aumento relevante nos primeiro doze meses, apresentando uma correlação entre as intervenções do terapeuta reais e as ideais de 0,21 no início da terapia, 0,37 quanto aos 6 meses e 0,47 aos 12 meses. Apesar de estes valores baixarem dos 12 aos 18 meses ( $r=0,34$ ), mantendo-se aos 24 meses ( $r=0,35$ ) este continua a ser bastante superior que no início (Anexo 8).



**Figura 3** – Adesão do terapeuta aos protótipos PDT, CBT e CMT ao longo do tempo

### Mudança nos níveis defensivos ao longo da psicoterapia

Conforme mostra a figura 4, no início da psicoterapia, a paciente apresenta um registo defensivo com predominância de defesas do nível de evitamento (33.33%), neuróticas (19.23%), maduras (15.38%) e narcísicas (15.38%). Entre estas, observa-se um maior recurso a defesas de nível de evitamento. Os principais mecanismos de defesa utilizados no início da psicoterapia são a racionalização, o recalçamento e a negação (Anexo 13). Até aos 18 meses de terapia, a paciente apresenta um aumento constante da utilização de defesas de nível de evitamento apresentando uma percentagem máxima de 50.63% aos 18 meses. Entre os 12 e os 18 meses as defesas neuróticas aumentam, apresentando nos meses seguintes (dos 18 aos 24) uma diminuição significativa da sua utilização. Também as defesas do nível obsessivo sofrem um aumento nos primeiros 6 meses, tendo este valor decaído progressivamente até aos 18 meses, voltando nessa altura a subir. A diminuição das defesas de nível neurótico é acompanhada por um crescente recurso a defesas do nível obsessivo (20.27%), em particular dos mecanismos de defesa de intelectualização e de anulação. As defesas de nível maduro estabilizam a partir dos 18 meses e apresentam uma percentagem de 16.21 aos 24 meses.



**Figura 4** – Perfil de mudança dos níveis defensivos da paciente ao longo da psicoterapia

Ao longo da a terapia o terapeuta vai aumentando a adesão ao protótipo psicodinâmico (até aos 18 meses), enquanto o paciente aumenta a quantidade de defesas de nível de evitamento,

podendo ser associada uma grande racionalização por parte desta correspondente a uma fuga das intervenções mais dinâmicas do terapeuta, tendencialmente mais associadas aos conflitos inconscientes da paciente e interpretação e defesas. É visível uma oscilação correspondente entre o decréscimo das defesas maduras ao longo da terapia o decréscimo da adesão do terapeuta ao protótipo cognitivo-comportamental e *control mastery therapy*, assim como o aumento da adesão do terapeuta ao protótipo psicodinâmico.

## Discussão

A presente investigação pretendeu estudar a relação entre a adesão dos terapeutas a diferentes modelos teóricos ao longo da terapia e o funcionamento defensivo das suas pacientes em psicoterapia de inspiração psicanalítica.

Os resultados obtidos mostram que na paciente 1 existe uma maior adesão do terapeuta ao protótipo PDT (acima de 0,48), ao longo de toda a terapia, e uma adesão moderada (0,25 a 0,35) aos outros dois protótipos. As defesas são predominantemente neuróticas outras (0,30 a 0,40), de evitamento (0,20 a 0,40) e obsessivas (0,15), com ausência de defesas maduras. Focando os pontos de maiores mudanças no perfil defensivo da paciente e as maiores diferenças na adesão entre os diferentes protótipos, podemos constatar que em ambas as variáveis existe uma maior mudança dos 12 aos 18 meses. É visível um aumento da adesão ao protótipo CMT por parte do terapeuta aos 12 meses podendo estar relacionado com um maior aumento das defesas de nível de evitamento.

Na paciente 2, a terapeuta adere mais ao longo da maior parte da terapia ao protótipo CBT. No início há uma adesão elevada (aproximadamente 0,55) aos protótipos CBT e CMT e baixa (0,20) ao protótipo PDT. A partir dos 6 meses há uma adesão semelhante e moderada (0,30 a 0,40) aos três protótipos até ao fim da terapia. É também visível uma maior aderência ao protótipo PDT aos 12 meses (0,47). As defesas da paciente 2 revelam uma predominância de defesas do nível de evitamento (0,35 a 0,50) seguidas de defesas neuróticas outras (0,20), obsessivas (0,10 a 0,20) e maduras (0,10). Para a paciente 2, não se torna possível saber qual o protótipo que mais influencia a evolução de defesas do nível defensivo, visto a adesão do terapeuta aos diferentes protótipos apresentar evoluções proporcionais no protótipo CMT e CBT, assim como evoluções evoluções inversamente proporcionais entre estes dois e o PDT. Deste modo, é difícil distinguir a que se devem as maiores mudanças ao nível defensivo, não sendo possível compreender se essas mudanças são consequentes ao aumento das intervenções do terapeuta segundo o modelo dinâmico

se, pelo contrário, se devem à diminuição de intervenções correspondentes aos outros dois modelos teóricos. Por outro lado, como não se analisa a direcção dos efeitos té necessário considerar a possibilidade de ocorrer o contrário, isto, é, uma adaptação das intervenções do terapeuta (e portanto do seu protótipo) às características defensivas do paciente.

A terapeuta da paciente 1 apoiou-se de forma mais predominante a uma intervenção psicodinâmica do que outros modelos e alterou pouco a sua forma de intervenção ao longo da terapia. A paciente 1 tem uma patologia mais severa, com ODF mais baixo (0,4) e ausência de defesas maduras. A paciente 1 parece “piorar” a partir dos 12 meses, visto apresentar uma diminuição das defesas neuróticas outras e um aumento das defesas de evitamento e borderline sem aumento das defesas obsessivas e maduras. Num estudo de Knight (1972) a terapia de apoio seria o tratamento escolhido por aqueles pacientes com patologias mais severas e que se encontravam demasiado “fragilizados” a nível mental para conseguirem suportar um processo psicanalítico, enquanto uma terapia mais dinâmica seria melhor utilizada com pacientes que apresentassem uma maior capacidade ao nível da estrutura e organização mental. Neste sentido, o facto da paciente apresentar um decréscimo do ODF, e uma recorrente utilização de defesas pouco maduras, pode estar relacionado com o facto de o terapeuta ter uma intervenção mais dinâmica, levando a paciente a recorrer a defesas pouco maduras dada a sua incapacidade para suportar este tipo de intervenções. Outro estudo feito com a utilização do PQS, conduzido por Comninos e Greyer (2007), que comparou as primeiras sessões de “*rapid responders*” e “*gradual responders*”, revelou que os “*rapid responders*” eram mais capazes de trabalhar com sentimentos intensos no início da terapia, enquanto os outros seriam mais capazes numa fase mais avançada da terapia. Este facto pode também explicar a ausência de melhoras na utilização de defesas por parte do paciente 1, sendo provável que em momentos mais tardios da terapia, não abrangidos neste estudo, se pudessem ver melhoras e uma maior capacidade de insight. Pelo contrário, a paciente 2 apresenta uma patologia menos severa, tendo uma maior capacidade para explorar e gerir sentimentos dolorosos, podendo isso explicar uma melhoria no funcionamento defensivo global da paciente 2. Neste caso, a terapeuta foi mais “eclectica”, apesar de demonstrar uma maior utilização do modelo cognitivo-comportamental, ajustando mais a sua intervenção e demonstrando maior integração de todos os protótipos. A paciente apresenta um valor de ODF ligeiramente mais alto (4,5) e recurso a defesas maduras. Na paciente 2, entre os 18 e os 24 meses parece ocorrer a maior alteração ao nível defensivo. Com diminuição do evitamento, e outras neuróticas e subida das defesas obsessivas e maduras. Para além de uma maior capacidade para trabalhar sentimentos intensos por parte da

paciente, esta evolução do funcionamento defensivo poderia ser explicada pela maior integração dos diferentes modelos teóricos por parte do terapeuta.

Por conseguinte, apesar das explicações hipotéticas, é difícil entender a que se devem estes resultados. São, desta forma, levantadas questões sobre o porquê do agravamento do ODF no paciente 1 e, pelo contrário, da melhoria do funcionamento defensivo do paciente 2. Poderá ser devido à patologia mais severa da paciente 1? A melhoria da paciente 2 poderá ser explicada por uma maior flexibilidade da intervenção da terapeuta? Os factores extraterapeúticos, isto é, as variáveis do paciente e do contexto relacional, como o tipo de perturbação, a motivação, capacidade de se relacionar, a força do ego, ou a capacidade de insight, poderão ter tido influência? Será devido à combinação destes factores?

Assim, tendo em conta a hipótese levantada, quanto à influencia de uma variável sobre a outra, esta é verificada na medida em que ambas as variáveis apresentam mudanças mais significativas no mesmo momento: dos 12 aos 18 meses, na paciente 1 e várias mudanças nos valores de adesão aos diferentes protótipo ao longo da terapia, correspondentes a alterações na utilização de diferentes níveis defensivos, na paciente 2. Na paciente 2, as variáveis não se correlacionam de forma tão óbvia, não obstante o paciente apresenta um maior aumento significativo das defesas de nível de evitamento e obsessivo no primeiro momento da terapia, coincidente com um maior aumento da adesão do terapeuta ao protótipo PDT e ainda com uma menor aderência aos protótipos CBT. No entanto, não é possível apreender qual das variáveis influencia a outra.

O processo terapêutico da paciente 1 ocorreu em maior conformidade com o protótipo de terapia psicodinâmico, enquanto as intervenções do terapeuta para a paciente 2 foram mais concordantes com o modelo cognitivo-comportamental. Apesar desta maior aderência ao protótipo CBT não ser esperada, tendo em conta que o terapeuta perfilha uma orientação teórica psicodinâmica, este resultado vai ao encontro dos resultados de estudos anteriores (Ablon & Jones 2002; Ablon et al., 2006; Pole et al., 2008; Serralta et al., 2010), destacando mais uma vez o facto de que as terapias naturalísticas são compostas por elementos integrativos.

As diferentes perspectivas teóricas divergem amplamente quanto à importância de se enfatizar os sentimentos em psicoterapia, na produtividade e utilidade de se obter expressão emocional durante o tratamento e na sua visão da origem e propósito da emoção (Greenberg, 1996; Plutchik,

2000; Wachtel, 1997, cit. in Coombs, 2002). No modelo psicodinâmico, os sintomas representam memórias reprimidas e as emoções associadas (Freud e Breuer, 1955, cit. in Coombs, 2002). A ansiedade, culpa, raiva e vergonha, são considerados "sinais" que monitorizam o perigo no mundo interno ou externo do paciente. Na paciente 1, verifica-se uma regressão das defesas de nível narcísico acompanhada de um aumento das defesas neuróticas e de evitamento durante os primeiros 6 meses. As defesas neuróticas permitem que o conteúdo da experiência seja distorcido mantendo intacto um sentimento adequado. Assim, este aumento na defesas de nível neurótico e de evitamento parece estar ligado ao facto de o terapeuta se mostrar mais concordante nas suas intervenções com o modelo psicodinâmico ao longo de toda a terapia, com valores mais elevados nos dois primeiros momentos e ainda um aumento da adesão do terapeuta ao protótipo PDT até aos 6 meses.

De acordo com Kramer, et al. (2010), sendo os mecanismo de defesa uma forma de manter inconscientes representações dolorosas, estes estão intimamente associados aos conflitos intrapsíquicos. Quando as intervenções psicoterapêuticas são dirigidas ao conflito do sujeito tende a existir um processo de revelação emocional que levam a uma evolução nos mecanismos de defesa do sujeito para níveis mais adaptativos. Através do gráfico representativo da adesão ao terapeuta aos diferentes protótipo, na paciente 1, tendo em conta a maior aderência ao modelo dinâmico ao longo de toda a terapia, o terapeuta parece investir na consciencialização da paciente quanto aos seus conflitos interno. Apesar disso, a paciente 1 mantém respostas defensivas não só adaptativas mas também imaturas, com um aumento de defesas imaturas aos 6 meses, coincidente com o ligeiro aumento da adesão ao protótipo PDT. Aos 12 meses a adesão a este protótipo apresenta o valor mais baixo dos 24 meses de terapia, sendo visível uma melhoria nas defesas da paciente. Isto poderá ser explicado com o facto de a paciente apresentar poucos insights ao longo do processo e uma percentagem elevada de defesas de nível de racionalização. Apesar destes aspectos serem averiguados e possibilitarem uma relação causal entre as duas variáveis, não é no entanto possível estabelecer uma direcção causal através deste estudo. Deste modo, seriam necessárias futuras investigações quanto à relação entre estas variáveis que demonstrassem a ordem temporal entre o momento das intervenções do terapeuta, nos diferentes modelos teóricos, e o momento da identificação de mecanismos de defesa. Para complementar o estudo acerca desta possibilidade, poderia ser importante relacionar não só os valores de aderência do terapeuta aos diferentes protótipos, mas também a aderência do paciente e da interação.

Embora o estilo defensivo de evitamento, visível durante as sessões, seja coerente com a forma como a paciente 2 lida com o conflito interno e externo ao longo da sua vida, o facto do terapeuta aumentar gradualmente a sua adesão ao protótipo PDT sugere que a intervenção terapêutica pode ter reforçado o recurso às defesas imaturas de nível defensivo.

Apesar das diferenças entre os tratamentos serem visíveis, Coombs e colaboradores (2002) sublinham que cada fator do processo não está indissolivelmente ligada a um tratamento ou outro. Ao estudar as sessões da paciente 2, encontramos uma adesão mais consistente com o protótipo CBT, em que o terapeuta por várias vezes, quando bombardeado por fortes sentimentos da paciente e situações dolorosas demonstra uma atitude empática com os seus sentimentos, no entanto, desde o início da terapia, com um pico aos 12 meses, o terapeuta combina uma atitude empática e de apoio com uma atitude cada vez mais dinâmica, trabalhando os seus afectos e experiência emocional, enfatizando o controlo racional da experiência emocional e aumentando a consciência das emoções subjacentes. Esta atitude obriga a paciente a ser mais introspectiva e a trabalhar a favor do auto-conhecimento. Estes aspectos são vistos, por Coomb e colaboradores (2002) como um importante meio pelo qual os pacientes esclarecem as suas experiências e compreendem as suas emoções problemáticas. Isto pode ser relacionado com o aumento das defesas do nível de evitamento, pois ao ter em atenção uma postura mais empática na presença alta de afecto dolorosos, é provável que o terapeuta tenda a assumir uma postura exploratória da emoção.

Vários estudos têm demonstrado que a severidade do diagnóstico influencia o ritmo de mudança do funcionamento defensivo ao longo da terapia (Perry, Petraglia & Olson, 2012; Perry & Bond, 2012). Perry e Bond (2012) constaram que o número de perturbações relacionadas com experiências infantis adversas predizem uma taxa de melhoria do funcionamento defensivo mais lenta. Assim, visto que em ambos os casos existiram experiências de infância adversas, em contexto de guerra, testemunhos de violência, a separação da familiar durante um período de tempo, e ainda uma experiência possível de abuso sexual no caso da paciente 1, pode ter tido influencia na relação pobre entre as mudanças ao nível do funcionamento defensivo das pacientes e a integração de diferentes modelos teóricos por parte do terapeuta ao longo do tempo. As influencias mútuas entre as variáveis poderiam ser mais significativas num período da terapia mais avançado.

As limitações deste estudo foram factores condicionantes para uma melhor compreensão da relação entre as duas variáveis. Para além do pequeno tamanho da amostra proibir generalizações fáceis, também seria importante identificar os momentos específicos em que cada uma das variáveis

ocorre possibilitando uma relação direcional entre estas, e incluir, por exemplo, instrumentos que medissem a capacidade de insight para se compreender a forma como o terapeuta pode ser influenciado a tornar-se mais ou menos interpretativo, consoante as necessidades dos pacientes.

## Referências

- Ablon, J.S., Levy, R., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 216-231.
- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497- 504.
- Bamberry, M., Porcerelli, J. H. & Ablon, J. S. (2007). Measuring psychotherapy process with the adolescent psychotherapy process q-set (APQ): development and applications for training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 405-422.
- Coombs, M, M., Coleman, D. & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: the importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 233-244.
- Connino, A., & Grenyer, B. F. S. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research*, 19, 230-239.

- Despland, J., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M. & Perry, C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 155-164.
- Gazzillo, F., Waldron, S., Genova, F., Angeloni, F., Ristucci, C., & Lingiardi, V. (2014). An empirical investigation of analytic process: Contrasting a good and poor outcome case. *Psychotherapy*, 51, 270-282.
- Johansen, P., Krebs, T., Svartberg, M., Stiles, T., & Holen, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 712-715.
- Jones, E.E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. University of California at Berkeley.
- Jones, E.E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Aronson
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 985-1015
- Kächele, H. (2009). European Psychotherapy Research: The History, the Current State, and Recommendations for the Future. *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*, Humana Presso, New York.
- Knight, R. (1949). A critique of the present psychotherapies. *Bull. NY Academy. Med*, 25, 100-114. Reprinted in *Clinician and Therapist: Selected Papers of Robert Knight*, ed. Stuart Miller, 177-192. New York: Basic Books, 1972.
- Kramer, U., Despland, J., Michel, L., Drapeau, M., & de Roten, Y. (2010). Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 66(12), 1232-1241.

- Leonard, H. (1987). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive Expressive Treatment. Psychoanalytic Quarterly, 56, 393.*
- Lingiardi, V. (2013). Trying to be useful: Three different interventions for one therapeutic stance. *Psychotherapy, 50(3), 413-418.*
- Olson, T., Perry, J., Janzen, J., Petraglia, J., & Presniak, M. (2011). Addressing and interpreting defense mechanisms in psychotherapy: General considerations. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 74(2), 142-165.*
- Patrick Luyten, P., Blatt, S. J., & Mayes, L. C. (2012) Process and Outcome in Psychoanalytic Psychotherapy Research: The Need for a (Relatively) New Paradigm. *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence, 245-359,* Humana Presso, New York.
- Perry, J. (1990). *Defense mechanism rating scales.* (5th ed.). Boston: The Cambridge Hospital.
- Perry, J., & Bond, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *American Journal of Psychiatry, 169(9), 916-925.*
- Perry, J. & Henry, M. (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the defense mechanism rating scales. In U. Hentschek, G. Smith, J.G. Draguns, W. Ethlers, Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives, 165-192, Amsterdam: Elsevier.
- Perry, J., Petraglia, J., Olson, T., Presniak, M. & Metzger, A. (2012). Accuracy of defense interpretation in three character types. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kachele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 417–447). Totowa, NJ: Humana Press.
- Pole, N., Ablon, J.S., & E. O' Connor (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology, 55(2), 221-232.*

- Pole, N., Ablon, J., O'Connor, L., & Weiss, J. (2002). Ideal Control Mastery Technique Correlates With Change In a Singles Case. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*. 39(1), 88–96.
- Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, Ma. L. R., Eizirik, C. L. & Olsen, C. (2010) The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20, 564-575.
- Smith-Hansen, L., Levy, R, A., Seybert, C., Erhardt, I., & Ablon, J.,S. (2012). The Contributions of the Psychotherapy Process Q- Set to Psychotherapy Research. In Levy, R.A., Ablon, J.,S, & Kächele(Eds). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence- Based Practice and, Practice Bases Evidence*. Humana Press. New York.
- Vaillant, G. (1992). Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers. Washington, DC: American Psychiatric Press.

## **Anexos**

## **Anexo 1: Itens do Psychotherapy Process Q-Set (Enrico E. Jones, 1985)**

- Item 1: Patient expresses, verbally or non-verbally, negative feelings (e.g. criticism, hostility) toward therapist (vs. makes approving or admiring remarks).
- Item 2: Therapist draws attention to patient's non-verbal behavior, e.g. body posture, gestures.
- Item 3: Therapist's remarks are aimed at facilitating patient speech.
- Item 4: The patient's treatment goals are discussed.
- Item 5: Patient has difficulty understanding the therapist's comments.
- Item 6: Therapist is sensitive to the patient's feelings, attuned to the patient; empathic.
- Item 7: Patient is anxious or tense (vs. calm and relaxed).
- Item 8: Patient is concerned or conflicted about his or her dependence on the therapist (vs. comfortable with dependency, or wanting dependency).
- Item 9: Therapist is distant, aloof (vs. responsive and affectively involved).
- Item 10: Patient seeks greater intimacy with the therapist.
- Item 11: Sexual feelings and experiences are discussed.
- Item 12: Silences occur during the hour.
- Item 13: Patient is animated or excited. Item 14: Patient does not feel understood by therapist.
- Item 15: Patient does not initiate or elaborate topics.
- Item 16: There is discussion of body functions, physical symptoms, or health.
- Item 17: Therapist actively exerts control over the interaction (e.g. structuring, introducing new topics).
- Item 18: Therapist conveys a sense of non-judgmental acceptance. (N.B. Placement toward *uncharacteristic* end indicates disapproval, lack of acceptance).
- Item 19: There is an erotic quality to the therapy relationship.
- Item 20: Patient is provocative, tests limits of the therapy relationship. (N.B. Placement toward *uncharacteristic* end implies patient behaves in a compliant manner).

- Item 21: Therapist self-discloses.
- Item 22: Therapist focuses on patient's feelings of guilt.
- Item 23: Dialogue has a specific focus.
- Item 24: Therapist's own emotional conflicts intrude into the relationship.
- Item 25: Patient has difficulty beginning the hour.
- Item 26: Patient experiences discomforting or troublesome (painful) affect.
- Item 27: Therapist gives explicit advice and guidance (vs. defers even when pressed to do so.)
- Item 28: Therapist accurately perceives the therapeutic process.
- Item 29: Patient talks of wanting to be separate or distant.
- Item 30: Discussion centers on cognitive themes, i.e. about ideas or belief systems.
- Item 31: Therapist asks for more information or elaboration.
- Item 32: Patient achieves a new understanding or insight.
- Item 33: Patient talks of feeling close to or wanting to be close to someone.
- Item 34: Patient blames others, or external forces, for difficulties.
- Item 35: Self-image is a focus of discussion .
- Item 36: Therapist points out patient's use of defensive maneuvers, e.g. undoing, denial.
- Item 37: Therapist behaves in a teacher-like (didactic) manner.
- Item 38: There is discussion of specific activities or tasks for the patient to attempt outside of session.
- Item 39: There is a competitive quality to the relationship.
- Item 40: Therapist makes interpretations referring to actual people in the patient's life (N.B. Placement toward *uncharacteristic* end indicates therapist makes general or impersonal interpretations.)
- Item 41: Patient's aspirations or ambitions are topics of discussion.
- Item 42: Patient rejects (vs. accepts) therapist's comments and observations.

- Item 43: Therapist suggests the meaning of others' behavior.
- Item 44: Patient feels wary or suspicious (vs. trusting and secure).
- Item 45: Therapist adopts supportive stance.
- Item 46: Therapist communicates with patient in a clear, coherent style.
- Item 47: When the interaction with the patient is difficult, the therapist accommodates in an effort to improve relations.
- Item 48: The therapist encourages independence of action or opinion in the patient.
- Item 49: The patient experiences ambivalent or conflicted feelings about the therapist.
- Item 50: Therapist draws attention to feelings regarded by the patient as unacceptable (e.g. anger, envy, or excitement.)
- Item 51: Therapist condescends to, or patronizes the patient.
- Item 52: Patient relies upon therapist to solve his/her problems.
- Item 53: Patient is concerned about what therapist thinks of him or her.
- Item 54: Patient is clear and organized in self-expression.
- Item 55: Patient conveys positive expectations about therapy.
- Item 56: Patient discusses experiences as if distant from his or her feelings.
- Item 57: Therapist explains rationale behind his or her technique or approach to treatment.
- Item 58: Patient resists examining thoughts, reactions or motivations related to his or her role in creating or perpetuating problems.
- Item 59: Patient feels inadequate and inferior (vs. effective and superior).
- Item 60: Patient has cathartic experience (N.B. rate as *uncharacteristic* if emotional expression is not followed by a sense of relief).
- Item 61: Patient feels shy and embarrassed (vs. un-self-conscious and assured).
- Item 62: Therapist identifies a recurrent theme in the patient's experience or conduct.
- Item 63: Patient's interpersonal relationships are a major theme.

- Item 64: Love or romantic relationships are a topic of discussion.
- Item 65: Therapist clarifies, restates, or rephrases patient's communication.
- Item 66: Therapist is directly reassuring (N.B. Place in uncharacteristic\_direction if therapist tends to refrain from providing direct reassurance).
- Item 67: Therapist interprets warded-off or unconscious wishes, feelings or ideas.
- Item 68: Real vs. fantasized meanings of experiences are actively differentiated.
- Item 69: Patient's current or recent life situation is emphasized in discussion.
- Item 70: Patient struggles to control feelings or impulses.
- Item 71: Patient is self-accusatory; expresses shame or guilt.
- Item 72: Patient understands the nature of therapy and what is expected.
- Item 73: The patient is committed to the work of therapy.
- Item 74: Humor is used.
- Item 75: Termination of therapy is discussed.
- Item 76: Therapist suggests that patient accept responsibility for his or her problems.
- Item 77: Therapist is tactless.
- Item 78: Patient seeks therapist's approval, affection, or sympathy.
- Item 79: Therapist comments on changes in patient's mood or affect.
- Item 80: Therapist presents a specific experience or event in a different perspective.
- Item 81: Therapist emphasizes patient feelings in order to help him or her experience them more deeply.
- Item 82: The patient's behavior during the hour is reformulated by the therapist in a way not explicitly recognized previously.
- Item 83: Patient is demanding.
- Item 84: Patient expresses angry or aggressive feelings.
- Item 85: Therapist encourages patient to try new ways of behaving with others.

- Item 86: Therapist is confident or self-assured (vs. uncertain or defensive).
- Item 87: Patient is controlling.
- Item 88: Patient brings up significant issues and material.
- Item 89: Therapist acts to strengthen defenses.
- Item 90: Patient's dreams or fantasies are discussed.
- Item 91: Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion.
- Item 92: Patient's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past.
- Item 93: Therapist is neutral.
- Item 94: Patient feels sad or depressed (vs. joyous or cheerful).
- Item 95: Patient feels helped.
- Item 96: There is discussion of scheduling of hours, or fees.
- Item 97: Patient is introspective, readily explores inner thoughts and feelings.
- Item 98: The therapy relationship is a focus of discussion.
- Item 99: Therapist raises questions about the patient's view (vs. validates the patient's perceptions).
- Item 100: Therapist draws connections between the therapeutic relationship and other relationships.

## Anexo 2: Correlações Inter-Avaliadores (Treino Formal PQS)

### Sessão Wheeler

Corr_Ca_In	0,51852
Corr_Ca_Se	0,56019
Corr_In_Se	0,67593

### Sessão Carlson

Corr_Ca_In	0,67593
Corr_Ca_Se	0,60185
Corr_In_Se	0,66435

### Sessão Wilson

Corr_Ca_In	0,81481
Corr_Ca_Se	0,69444
Corr_In_Se	0,63657

### Sessão Safran

Corr_Ca_In	0,76620
Corr_Ca_Se	0,63657
Corr_In_Se	0,59722

### Sessão Scott Miller

Corr_Ca_In	0,75694
Corr_Ca_Se	0,48611
Corr_In_Se	0,58333

### Sessão McCoulough\_Dad

Corr_Ca_In	0,58565
Corr_Ca_Se	0,58333
Corr_In_Se	0,38657

### Sessão McCoulough\_Mom

Corr_Ca_In	0,80787
Corr_Ca_Se	0,63426
Corr_In_Se	0,47222

### Anexo 3: Cotações das Sessões com o PQS (Paciente1)

PQS Item	0 M	0 M	0 M	0 M	6 M	6 M	6 M	6 M	12 M	12 M	12 M	12 M	18 M	18 M	18 M	18 M	24 M	24 M	24 M	24 M
1	2	6	4	3	3	2	4	2	3	3	5	3	3	4	2	3	4	2	3	4
2	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	7	4	4
3	6	7	8	7	6	6	9	6	7	7	9	8	7	7	6	9	7	7	6	7
4	5	4	6	4	4	6	6	4	6	4	9	4	6	5	5	8	7	3	5	4
5	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	1	2	2	3	2	3	3	6	3	3
6	8	7	7	7	8	7	8	7	8	6	8	9	8	8	8	9	8	8	8	8
7	2	3	3	6	4	7	9	1	8	1	2	8	4	2	6	3	3	7	3	7
8	6	5	6	4	6	3	4	6	6	4	5	4	4	5	3	4	4	5	6	4
9	2	3	3	3	2	3	3	6	2	6	3	3	2	3	1	2	2	1	2	2
10	5	4	6	5	6	4	6	4	5	6	6	4	6	6	5	4	7	4	6	4
11	4	4	6	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4
12	3	4	1	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	6
13	5	5	7	6	5	1	2	8	3	9	6	2	3	7	2	5	7	4	8	2
14	1	2	2	2	2	2	3	2	2	3	4	1	1	1	1	2	2	2	1	4
15	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	3
16	4	6	6	4	8	9	6	4	6	8	7	4	6	6	7	6	7	4	7	7
17	8	8	8	7	8	6	2	7	7	6	7	7	7	8	7	7	8	7	7	6
18	8	7	7	8	7	8	8	8	8	6	7	8	8	9	8	7	6	7	7	8
19	4	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4
20	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	1	3	4
21	4	4	4	4	4	5	4	6	4	4	4	5	6	4	4	4	5	4	4	4
22	6	7	6	5	5	4	4	6	5	4	6	9	8	5	6	5	5	2	5	7
23	2	2	2	6	2	9	9	3	3	3	1	5	3	2	7	3	1	7	2	8
24	4	4	4	4	3	5	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4
25	3	2	1	1	3	3	1	3	2	2	1	4	2	3	3	2	2	8	4	4
26	5	3	2	5	4	8	6	2	6	1	6	7	6	3	7	4	3	8	2	7
27	5	5	4	6	1	4	3	5	7	5	3	8	4	4	4	3	5	5	2	8
28	9	7	8	9	9	7	7	9	9	8	6	8	9	9	8	8	6	5	8	7
29	5	3	4	4	5	4	4	5	5	5	6	5	7	4	8	6	4	5	6	8
30	3	5	4	4	7	5	7	5	4	7	6	6	5	3	6	5	6	6	5	3
31	8	8	9	8	9	7	8	6	8	8	7	4	7	8	7	8	7	6	8	6
32	1	2	5	6	2	2	4	3	3	3	5	7	7	6	2	3	3	4	3	3
33	6	4	6	4	6	6	6	6	4	7	6	5	4	6	4	6	6	9	4	5

PQS Item	0M	0M	0M	0M	6M	6M	6M	6M	12M	12M	12M	12M	18M	18M	18M	18M	24M	24M	24M	24M
34	6	3	6	5	4	2	7	2	8	3	6	6	3	3	7	6	7	4	3	2
35	8	6	7	8	7	6	7	5	7	4	8	6	6	6	8	7	9	6	9	7
36	6	4	5	7	6	6	4	7	4	6	5	5	4	6	7	4	4	9	5	5
37	2	1	2	2	2	4	3	2	3	1	2	2	2	1	2	2	1	3	2	2
38	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	6	4	7
39	4	3	3	3	4	5	3	4	4	4	3	5	3	3	4	3	2	4	5	3
40	8	8	7	8	1	9	3	9	2	7	4	7	9	7	9	6	5	2	9	8
41	8	6	6	5	5	4	9	7	6	9	8	8	4	7	8	8	8	3	8	6
42	1	1	3	1	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2
43	5	4	6	8	4	4	4	5	5	2	4	3	5	7	5	4	3	3	5	5
44	3	2	2	2	3	2	1	2	1	2	3	1	2	2	3	2	1	6	2	1
45	2	7	2	2	2	7	4	3	3	2	3	6	2	2	6	5	6	7	5	6
46	7	8	8	7	8	7	8	9	7	8	9	7	8	9	6	7	7	5	7	7
47	6	8	6	6	6	5	6	6	6	7	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6
48	7	9	5	6	5	5	6	8	6	5	5	6	5	5	5	4	6	4	6	5
49	4	3	2	7	7	5	3	3	6	3	3	2	3	2	2	1	2	3	4	4
50	5	5	4	3	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	4	7	4	5
51	3	2	3	2	1	6	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1
52	3	3	3	2	3	7	3	3	3	4	3	1	3	4	3	3	3	3	6	3
53	6	5	6	6	6	3	5	4	6	3	6	5	6	6	5	6	6	8	7	3
54	5	7	3	7	4	6	6	3	4	8	3	6	5	6	5	3	3	5	4	6
55	9	5	6	6	5	2	6	6	6	6	6	5	6	7	4	7	7	5	5	3
56	3	3	5	3	3	2	1	4	1	2	5	4	5	4	3	4	4	3	4	1
57	4	4	4	4	3	5	5	4	4	5	3	4	5	4	5	4	4	5	5	5
58	3	7	6	2	8	8	6	7	9	7	4	6	3	2	3	5	4	6	3	6
59	9	9	5	2	7	9	8	7	7	4	7	6	9	6	9	8	8	5	7	9
60	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4	5	3	4	4	5	5	4
61	5	6	7	6	6	6	6	5	5	4	6	4	6	6	5	6	8	8	6	6
62	9	6	5	6	8	5	8	5	7	5	4	5	6	6	9	7	5	5	8	5
63	8	9	9	9	8	6	7	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8
64	5	6	5	5	5	5	6	4	4	7	7	7	5	5	7	6	8	6	8	6
65	6	7	8	7	6	3	7	6	7	4	8	3	8	8	6	9	9	7	7	7
66	3	5	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	1	3	6	2	3	4	4	2

PQS Item	0M	0M	0M	0M	6M	6M	6M	6M	12M	12M	12M	12M	18M	18M	18M	18M	24M	24M	24M	24M
67	6	9	7	7	7	8	5	8	6	6	5	6	8	8	6	7	3	8	7	6
68	4	5	5	4	5	5	5	4	4	6	4	5	4	5	7	4	4	5	4	5
69	7	6	7	9	7	6	9	9	8	9	7	9	9	9	8	9	9	8	9	9
70	4	3	5	5	4	7	1	4	2	4	4	4	5	5	2	5	4	8	4	1
71	7	6	5	7	5	6	3	7	5	5	5	6	6	5	7	5	7	7	3	9
72	5	6	7	6	6	6	7	7	5	7	6	7	7	8	6	6	6	5	6	6
73	5	5	7	5	5	3	6	5	6	6	3	3	5	7	5	6	5	3	5	3
74	6	4	8	6	5	6	5	7	5	6	7	7	7	6	5	6	6	5	6	3
75	4	4	5	5	4	5	5	4	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5
76	6	6	5	5	6	5	2	6	5	5	5	3	6	5	5	6	5	4	3	4
77	1	1	1	1	2	3	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
78	6	5	7	6	7	8	6	7	7	6	7	9	8	7	7	8	7	3	7	7
79	4	7	5	5	5	4	5	5	5	9	5	3	4	5	4	5	5	6	6	5
80	7	6	3	9	7	8	5	8	6	6	5	7	8	7	6	7	5	6	7	5
81	7	4	8	5	6	6	5	6	5	8	2	3	6	4	5	5	6	9	6	3
82	4	4	5	5	5	4	5	5	5	6	5	5	5	5	4	5	3	6	4	5
83	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	2	3	3	3	4	3	3	4	3	3
84	7	5	7	6	8	5	8	4	9	4	8	8	7	4	7	7	7	6	7	9
85	7	9	4	7	6	4	5	8	6	6	5	6	4	5	4	6	5	7	5	5
86	7	8	8	8	7	6	7	8	7	8	8	7	7	8	6	8	6	5	6	6
87	5	2	3	8	6	4	7	6	8	7	7	4	7	4	3	7	9	3	3	4
88	7	7	9	8	9	8	8	7	8	8	9	8	7	8	8	8	8	6	8	8
89	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	2	1	1	1	1	5	1	1	2
90	5	5	5	5	5	7	5	5	5	5	5	4	5	5	5	6	5	4	5	5
91	6	8	9	7	9	7	7	5	5	5	7	5	5	4	5	5	6	6	7	5
92	7	8	6	3	9	8	5	8	5	5	8	5	5	6	6	5	5	7	9	6
93	6	6	9	6	7	7	7	6	6	7	8	7	6	7	6	7	6	4	6	7
94	5	6	3	4	5	9	7	3	9	2	4	7	5	2	9	5	8	6	2	9
95	9	6	5	5	5	1	5	5	6	7	5	6	6	7	4	6	6	5	5	1
96	5	7	6	5	6	5	6	6	5	7	7	6	4	6	5	5	6	4	6	6
97	3	4	5	3	6	2	6	5	2	5	6	6	2	7	3	3	5	1	4	6
98	6	5	4	5	5	4	4	6	7	5	5	5	5	4	5	5	5	9	5	5
99	5	6	5	9	7	7	5	7	7	6	6	6	7	6	6	7	5	2	6	5
100	7	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	6	5	5

### Anexo 4: Cotações das Sessões com o PQS (Paciente2)

PQS Item	0 M	0 M	0 M	0 M	6 M	6 M	6 M	6 M	12 M	12 M	12 M	12 M	18 M	18 M	18 M	18 M	24 M	24 M	24 M	24 M
1	5	5	5	3	3	4	4	4	4	3	4	6	5	3	4	4	5	3	4	6
2	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4
3	7	7	9	6	7	8	7	8	7	6	8	8	6	7	7	7	7	7	7	7
4	8	5	9	6	6	7	7	5	6	7	4	6	5	5	8	4	5	5	5	5
5	3	2	1	2	2	2	2	7	4	2	3	2	2	2	1	2	3	2	2	5
6	7	7	8	7	8	9	7	7	7	9	7	8	7	7	8	8	7	2	9	7
7	6	7	2	6	7	6	5	2	6	5	6	5	6	5	5	6	3	5	6	6
8	5	4	5	4	4	4	5	5	5	3	4	4	3	5	4	4	4	5	4	5
9	2	3	3	3	2	1	2	2	3	2	2	1	3	2	2	1	3	3	1	2
10	4	5	6	5	4	6	6	5	4	5	4	5	4	5	4	4	6	4	5	4
11	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4
12	3	3	2	6	3	3	3	2	3	3	7	3	3	3	2	5	3	4	6	6
13	4	6	6	4	2	4	5	6	4	4	5	5	5	2	5	2	8	4	4	3
14	2	3	4	3	1	1	3	3	2	1	2	1	2	2	1	2	4	2	1	2
15	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2
16	6	6	7	4	4	5	5	7	5	5	6	6	5	5	6	6	8	5	6	5
17	9	9	7	8	8	9	8	9	7	8	8	9	8	9	8	8	9	8	7	9
18	9	8	7	6	9	9	8	8	7	9	8	8	4	8	7	8	8	8	8	8
19	4	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4
20	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3
21	4	3	4	6	5	6	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
22	6	4	6	8	7	7	4	7	7	6	4	5	6	4	9	5	6	9	6	6
23	2	9	1	8	9	3	8	2	2	8	9	7	7	3	8	9	2	7	8	7
24	3	3	4	2	2	3	1	5	4	1	2	3	3	1	2	3	3	2	1	3
25	2	2	1	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3
26	6	4	6	5	4	4	3	4	4	6	7	6	6	6	3	4	4	4	6	6
27	8	5	3	7	6	9	4	4	9	7	8	6	9	4	9	9	6	7	7	4
28	8	8	6	9	8	8	9	9	9	9	8	9	9	8	9	8	9	8	8	9
29	4	4	6	4	6	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	5
30	3	6	6	3	4	3	4	6	7	4	6	2	6	7	2	6	4	3	6	5
31	8	8	7	7	8	8	7	9	8	8	9	8	8	8	7	8	9	6	7	7
32	8	1	5	9	6	7	7	2	9	7	1	9	9	8	9	7	4	9	7	8
33	7	4	6	7	3	6	6	7	8	4	6	3	8	6	6	6	7	6	5	8

PQS Item	0M	0M	0M	0M	6M	6M	6M	6M	12M	12M	12M	12M	18M	18M	18M	18M	24M	24M	24M	24M
34	5	8	6	3	5	5	6	6	3	6	6	7	3	6	4	7	5	2	6	5
35	6	6	8	6	6	7	7	6	8	7	6	8	4	8	7	6	8	6	6	5
36	3	3	5	7	5	2	8	3	6	9	4	8	6	3	3	7	3	7	7	7
37	5	4	2	5	3	2	2	6	2	3	4	5	2	3	6	3	3	3	3	5
38	4	4	3	6	5	5	5	4	7	4	4	4	7	4	7	7	3	6	5	5
39	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	2	4	3	3
40	9	2	4	9	9	8	1	1	1	1	8	9	9	1	8	2	7	8	1	9
41	8	7	8	7	7	7	6	7	9	8	9	7	7	8	9	7	7	6	9	7
42	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2
43	3	4	4	6	7	4	4	4	5	7	4	4	6	5	3	5	5	6	3	4
44	3	2	3	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2
45	7	2	3	2	7	7	2	3	1	6	7	2	1	7	6	9	6	6	8	2
46	6	7	9	7	7	8	7	7	6	7	7	7	8	7	7	8	9	6	7	6
47	6	7	6	5	6	5	8	8	6	5	7	7	5	6	6	7	6	6	5	7
48	5	4	5	5	6	6	5	4	5	4	4	4	4	5	4	5	6	4	3	3
49	3	8	3	8	2	2	6	6	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	6
50	4	4	4	4	6	4	4	4	5	4	4	6	4	4	4	5	5	4	4	6
51	3	2	2	1	5	4	3	2	3	2	4	4	3	5	6	3	3	3	5	1
52	6	3	3	3	3	2	4	2	3	4	3	2	3	4	3	5	4	4	3	3
53	5	6	6	5	5	6	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	6	4	5	5
54	2	6	3	5	7	6	5	5	5	6	6	3	4	7	6	7	6	6	5	4
55	5	6	6	5	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	7	5	6
56	2	3	5	3	2	4	4	5	4	5	1	4	2	4	4	1	4	3	1	1
57	6	6	3	7	4	4	7	6	6	8	5	6	5	6	6	8	6	7	8	9
58	1	8	4	9	2	2	8	8	9	8	8	7	8	7	1	2	2	1	9	7
59	6	2	7	8	5	5	3	3	5	5	4	6	6	3	5	5	5	5	6	3
60	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	6	3
61	6	6	6	5	4	4	3	6	5	5	6	4	5	6	5	6	6	5	5	5
62	6	9	4	8	6	7	8	6	7	9	8	8	8	9	7	9	6	8	6	8
63	9	8	9	8	9	8	6	9	8	7	7	8	9	7	8	8	8	9	8	9
64	5	5	7	4	4	6	4	4	8	6	5	6	7	4	6	5	4	7	5	6
65	7	9	8	7	8	8	9	9	8	7	7	7	7	7	7	6	9	7	7	7
66	5	4	2	3	8	7	3	3	3	3	7	5	2	3	6	7	4	7	9	2

PQS Item	0M	0M	0M	0M	6M	6M	6M	6M	12M	12M	12M	12M	18M	18M	18M	18M	24M	24M	24M	24M
67	7	7	5	9	3	6	9	7	6	8	9	7	8	9	3	6	7	9	9	8
68	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4
69	7	9	7	7	8	3	7	8	7	6	9	7	8	9	6	9	7	6	8	5
70	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	3	5	4	4	4	3	5	4	3	4
71	7	4	5	6	3	5	3	6	6	2	3	6	6	4	8	3	3	8	7	5
72	5	7	6	6	6	6	6	7	7	6	6	6	6	6	7	6	6	7	5	7
73	4	6	3	5	5	6	6	6	4	4	5	5	4	6	3	5	5	4	5	6
74	5	6	7	4	4	6	6	7	7	6	5	6	5	7	5	6	7	6	6	7
75	4	5	4	3	4	3	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4
76	5	5	5	5	6	5	6	4	5	3	3	5	6	3	5	3	5	3	4	4
77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
78	6	7	7	6	9	6	6	7	6	8	6	5	7	8	5	6	7	6	7	6
79	5	5	5	4	4	5	5	4	5	4	3	4	5	5	5	3	5	4	4	3
80	6	6	5	8	7	6	7	6	8	7	7	7	7	9	6	7	8	8	8	6
81	6	6	2	5	6	7	6	8	3	6	5	7	7	6	5	2	7	6	6	8
82	5	6	5	4	5	5	5	6	5	4	5	3	4	5	5	4	5	5	4	3
83	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	2	3	3	3
84	4	7	8	4	8	5	6	6	4	7	5	6	5	5	3	4	5	5	5	5
85	9	4	5	6	6	8	5	4	6	5	3	5	6	5	7	6	6	7	5	4
86	7	7	8	7	7	6	7	8	6	6	6	6	6	8	6	7	7	6	6	7
87	2	3	7	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	5	2	3	3	2
88	8	7	9	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	6	7	8	8	7	8
89	1	1	4	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	8	6	1	1	2	1
90	5	5	5	5	5	5	6	5	4	5	6	5	5	6	5	3	5	5	4	4
91	7	5	7	5	5	9	9	5	6	5	5	3	5	6	7	3	5	7	5	6
92	7	6	8	6	5	7	9	5	6	7	6	9	5	7	6	5	6	9	6	6
93	5	4	8	2	5	5	3	6	2	5	3	4	3	5	5	3	4	2	3	4
94	7	4	4	5	5	6	5	3	6	5	7	5	7	6	5	6	1	5	6	6
95	5	6	5	6	6	5	6	5	6	6	5	5	6	6	5	6	8	6	5	5
96	6	5	7	5	5	5	6	5	5	5	6	5	5	6	5	5	6	5	5	5
97	8	1	6	2	6	7	2	1	2	3	1	3	7	2	1	6	1	1	3	1
98	4	5	5	5	5	5	5	5	5	7	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4
99	2	8	6	6	7	3	8	8	8	6	6	6	6	6	7	3	7	5	7	8
100	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5

## Anexo 5: Hierarquia de defesas segundo o DMRS (Perry & Henry, 2004)

**Tabela 1** Hierarquia de adaptação do DMRS: Níveis de defesa e defesas individuais (Perry & Henry, 2004)

<b>I. Maduras</b>	7. Nível mais adaptado	afiliação, altruísmo, antecipação, humor, autoafirmação, auto-observação, sublimação, supressão.
<b>II. Neuróticas</b>	6. Obsessivas	isolamento dos afetos, intelectualização, anulação.
	5. Neuróticas a) histéricas b) outras	a) recalçamento, dissociação; b) formação reativa, deslocamento.
<b>III. Imaturas</b>	4. Nível narcísico	desvalorização*, idealização* onnipotência.
	3. Nível de evitamento	negação, projecção, racionalização, fantasia autística**.
	2. Nível borderline	clivagem do objecto, clivagem do ego, identificação projectiva
	1. Defesas de acção	agir ( <i>acting-out</i> ), hipocondria, agressão passiva.

\*Para a maioria dos fins, a desvalorização e a idealização estão divididas em duas defesas cada, p.e. desvalorização da imagem de si e desvalorização da imagem do outro.

\*\* Embora não sendo uma defesa de evitamento, a fantasia autística é pontuada neste nível.

## Anexo 6: Protótipos Protótipos e Dimensões Parciais (Pole, Ablon, O' Connor , 2008)

PQS Item #	Item Content	CBT Factor Score	PDT Factor Score	CMT Factor Score
1 <sup>d</sup>	P verbalizes negative feelings toward T	-.69	.68	-.42
2 <sup>c</sup>	T draws attention to P's non-verbal behavior	-.20	.63	-1.90 <sup>b</sup>
3 <sup>c</sup>	T remarks are aimed at facilitating P speech	.39	.92	1.05
4 <sup>e</sup>	P treatment goals are discussed	1.51 <sup>a</sup>	.27	.65
5 <sup>d</sup>	P has difficulty understanding T	-2.04 <sup>b</sup>	-.20	-1.27
6 <sup>c</sup>	T is sensitive to the P feelings, attuned, empathic	.95	1.46 <sup>a</sup>	1.12
7 <sup>d</sup>	P is anxious or tense	-.68	-.13	-2.04 <sup>b</sup>
8 <sup>d</sup>	P is concerned about dependence on T	-.84	.29	-.70
9 <sup>c</sup>	T is distant/alooof	-1.42 <sup>b</sup>	-1.60	-1.90 <sup>b</sup>
10 <sup>d</sup>	P seeks greater intimacy with T	-.67	.39	.22
11 <sup>c</sup>	Sexual feelings and experiences are discussed	-.40	1.12	.20
12 <sup>e</sup>	Silences occur during the hour	-1.36	.23	-.95
13 <sup>d</sup>	P is animated or excited	.31	.31	1.13
14 <sup>d</sup>	P does not feel understood by T	-1.95 <sup>b</sup>	-.34	-.98
15 <sup>d</sup>	P does not initiate topics; is passive	-1.43 <sup>b</sup>	-1.40	-1.18
16 <sup>c</sup>	Discussion focuses on body functions, physical symptoms, and/or health	.26	-.15	-1.13
17 <sup>c</sup>	T actively exerts control over interaction	1.45 <sup>a</sup>	-2.34 <sup>b</sup>	-.83
18 <sup>c</sup>	T conveys non-judgmental acceptance	.97	1.38 <sup>a</sup>	1.03
19 <sup>e</sup>	The therapy relationship has an erotic quality	-1.51 <sup>b</sup>	.48	-.11
20 <sup>d</sup>	P is provocative, tests limits of therapy relationship	-.78	.16	1.55 <sup>a</sup>
21 <sup>c</sup>	T self-discloses	.56	-1.86 <sup>b</sup>	.92
22 <sup>c</sup>	T focuses on guilt	-.06	.87	1.91 <sup>a</sup>
23 <sup>e</sup>	Dialogue has a specific focus	1.38 <sup>a</sup>	-1.09	.21
24 <sup>c</sup>	T emotional conflicts intrude into relationship	-1.70 <sup>b</sup>	-1.77 <sup>b</sup>	-1.93 <sup>b</sup>
25 <sup>d</sup>	P has difficulty beginning the hour	-1.06	-.27	-.08
26 <sup>d</sup>	P experiences discomforting affect	.64	.73	.09
27 <sup>c</sup>	T gives explicit advice and guidance	1.32 <sup>a</sup>	-1.95 <sup>b</sup>	1.00

28 <sup>c</sup>	T accurately perceives therapy process	1.05	.67	2.11 <sup>a</sup>
29 <sup>d</sup>	P talks of wanting to be separate or distant	-.65	.25	1.15
30 <sup>e</sup>	Discussion centers on cognitive themes	1.68 <sup>a</sup>	-.55	.90
31 <sup>c</sup>	T asks for more information or elaboration	1.37 <sup>a</sup>	.48	.30
32 <sup>d</sup>	P achieves a new understanding or insight	.86	1.32 <sup>a</sup>	.69
33 <sup>d</sup>	P talks of feeling close to or needing someone	-.04	.42	.41
34 <sup>d</sup>	P blames others or external forces for difficulties	-.48	-1.40	.42
35 <sup>d</sup>	P self-image is focus of discussion	.36	1.11	.88
36 <sup>c</sup>	T points out P use of defenses	-1.28	1.53 <sup>a</sup>	-.49
37 <sup>c</sup>	T behaves in a didactic manner	1.17	-2.16 <sup>b</sup>	-.83
38 <sup>e</sup>	There is discussion of homework	1.93 <sup>a</sup>	-1.52	-.58
39 <sup>e</sup>	The relationship has a competitive quality	-2.16 <sup>b</sup>	.12	-.37
40 <sup>c</sup>	T interpretations refer to actual people	.25	.52	.90
41 <sup>e</sup>	P aspirations/ambitions are discussed	.67	.48	1.32 <sup>a</sup>
42 <sup>d</sup>	P rejects T comments/observations	-.98	-.22	-.09
43 <sup>c</sup>	T suggests meaning of other's behavior	-.13	-1.06	1.41 <sup>a</sup>
44 <sup>d</sup>	P is wary or suspicious	-1.26	-.67	.11
45 <sup>c</sup>	T adopts supportive stance	1.43 <sup>a</sup>	-1.48	1.33 <sup>a</sup>
46 <sup>c</sup>	T communicates in clear coherent style	.97	1.24 <sup>a</sup>	1.61 <sup>a</sup>
47 <sup>c</sup>	T accommodates when the interaction is difficult	.95	-.26	.63
48 <sup>c</sup>	T encourages independence of action or opinion	1.02	.62	.27
49 <sup>d</sup>	P experiences ambivalent/conflicted feelings about T	-.78	.71	-.71
50 <sup>c</sup>	T points out P's unacceptable feelings	-.09	1.17	-2.17 <sup>b</sup>
51 <sup>c</sup>	T condescends to or patronizes P	-1.92 <sup>b</sup>	-2.27 <sup>b</sup>	-1.70 <sup>b</sup>
52 <sup>d</sup>	P relies upon T to solve his/her problems	-.62	-1.29	.64
53 <sup>d</sup>	P concerned about what T thinks of him/her	-.36	.21	-.75
54 <sup>d</sup>	P is clear and organized in self-expression	.17	-.07	.79
55 <sup>d</sup>	P conveys positive expectations about therapy	.70	-.37	-.41
56 <sup>d</sup>	P is distant from his/her feelings	-.64	-1.15	.07
57 <sup>c</sup>	T explains treatment rationale	1.13	-.05	-.24

58 <sup>d</sup>	P resists examining his/her thoughts, reactions, or motivations	-.81	-1.17	-.53
59 <sup>d</sup>	P feels inadequate or inferior	-.64	-.15	-1.07
60 <sup>d</sup>	P has a cathartic experience	-.20	.24	.66
61 <sup>d</sup>	P is shy or embarrassed	-.75	-.16	-1.16
62 <sup>c</sup>	T identifies recurrent theme	.52	.95	.43
63 <sup>c</sup>	P interpersonal relationships are major theme	.31	-.08	.21
64 <sup>e</sup>	Love or romantic relationships are discussed	.07	.42	.07
65 <sup>c</sup>	T clarifies, restates, rephrases P communication	.54	.69	-.09
66 <sup>c</sup>	T is directly reassuring	.63	-1.74 <sup>b</sup>	1.69 <sup>a</sup>
67 <sup>c</sup>	T interprets unconscious wishes, feelings, or ideas	-1.39	1.43 <sup>a</sup>	1.24
68 <sup>c</sup>	T actively distinguishes reality from fantasy	.43	.36	1.26 <sup>a</sup>
69 <sup>e</sup>	P current or recent life situation is emphasized	1.35 <sup>a</sup>	-.06	-.48
70 <sup>d</sup>	P struggles to control feelings/impulses	-.37	-.91	-.65
71 <sup>d</sup>	P is self-accusatory; expresses shame or guilt	-.52	-.17	.39
72 <sup>d</sup>	P understands the nature of therapy	1.08	.31	-.14
73 <sup>d</sup>	P is committed to the work of therapy	1.14	.59	-.29
74 <sup>e</sup>	Humor is used	.77	.29	.09
75 <sup>e</sup>	Termination of therapy discussed	.86	.61	-.74
76 <sup>c</sup>	T suggests P accept responsibility for his/her problems	.66	.06	-1.88 <sup>b</sup>
77 <sup>c</sup>	T is tactless	-1.70 <sup>b</sup>	-1.85 <sup>b</sup>	-1.36
78 <sup>d</sup>	P seeks T approval, affection, or sympathy	-.28	-.29	-.25
79 <sup>c</sup>	T comments on changes in P mood/affect	.50	.88	-1.48 <sup>b</sup>
80 <sup>c</sup>	T presents experience/event in different perspective	1.28	-.81	.56
81 <sup>c</sup>	T emphasizes P feelings to deepen them	.15	.79	-.69
82 <sup>c</sup>	T reformulates P's in session behavior	-.38	1.12	-.67
83 <sup>d</sup>	P is demanding	-.37	-.45	.08
84 <sup>d</sup>	P expresses angry or aggressive feelings	-.18	.45	-.76
85 <sup>c</sup>	T encourages P to try new ways of behaving with others	1.49 <sup>a</sup>	-1.60 <sup>b</sup>	.41

86 <sup>c</sup>	T is confident and self-assured	1.21	.50	1.10
87 <sup>d</sup>	P is controlling	-1.24	-1.06	.46
88 <sup>d</sup>	P brings up significant issues	1.09	.49	.65
89 <sup>c</sup>	T acts to strengthen defenses	-.36	-1.74 <sup>b</sup>	1.19
90 <sup>e</sup>	P dreams or fantasies are discussed	-1.87 <sup>b</sup>	1.71 <sup>a</sup>	1.45 <sup>a</sup>
91 <sup>e</sup>	Childhood memories are discussed	-.96	1.08	1.05
92 <sup>c</sup>	T links P's feelings/perceptions to the past	.14	1.06	.68
93 <sup>c</sup>	T is neutral	-.95	1.57 <sup>a</sup>	-1.59 <sup>b</sup>
94 <sup>d</sup>	P is sad or depressed	-.36	-.06	-.58
95 <sup>d</sup>	P feels helped	1.06	-.02	-.03
96 <sup>e</sup>	Scheduling or fees are discussed	.70	.37	-.92
97 <sup>d</sup>	P is introspective	.33	.43	.36
98 <sup>c</sup>	Therapy relationship is discussed	-.39	1.28 <sup>a</sup>	-.43
99 <sup>c</sup>	T challenges P perspective	.66	.01	-1.65 <sup>b</sup>
100 <sup>c</sup>	T interprets transference	-.58	1.47 <sup>a</sup>	.17

## Anexo 7: Valores da adesão do Terapeuta aos Protótipos (Paciente 1)

### CBT

Paciente 1	
Início	(r)
Sessão 8	0,3130741856
Sessão 12	0,296602957
Sessão 20	0,5524698073
Sessão 3	0,2389393552
<b>Média (r)</b>	<b>0,3502715763</b>
6 Meses	
Sessão 6	0,3316128258
Sessão 15	0,2928390799
Sessão 23	0,4334795601
Sessão 1	0,3989982887
<b>Média (r)</b>	<b>0,3642324386</b>
12 Meses	
Sessão 7	0,169913567
Sessão 2	0,5006703968
Sessão 11	0,1923147219
Sessão 21	0,2872204022
<b>Média (r)</b>	<b>0,287529772</b>
18 Meses	
Sessão 9	0,3365212954
Sessão 13	0,4244028035
Sessão 17	0,4127059973
Sessão 22	0,3905060545
<b>Média (r)</b>	<b>0,3910340377</b>
24 Meses	
Sessão 5	0,3924052056
Sessão 10	0,533959801
Sessão 14	0,3253965901
Sessão 19	0,427014979
<b>Média (r)</b>	<b>0,4196941439</b>

### CMT

Paciente 1	
Início	(r)
Sessão 8	0,3176439235
Sessão 12	0,2656243491
Sessão 20	0,3173947036
Sessão 3	0,2340872684
<b>Média (r)</b>	<b>0,2836875612</b>
6 Meses	
Sessão 6	0,2027139863
Sessão 15	0,3158315226
Sessão 23	0,4577482063
Sessão 1	0,3161806745
<b>Média (r)</b>	<b>0,3231185974</b>
12 Meses	
Sessão 7	0,1420796178
Sessão 2	0,3851957566
Sessão 11	0,00685295923
Sessão 21	0,1195036941
<b>Média (r)</b>	<b>0,1634080069</b>
18 Meses	
Sessão 9	0,3006178109
Sessão 13	0,4912567196
Sessão 17	0,4404212172
Sessão 22	0,3715294572
<b>Média (r)</b>	<b>0,4009563012</b>
24 Meses	
Sessão 5	0,3094950288
Sessão 10	0,307844876
Sessão 14	0,3295384219
Sessão 19	0,2478981121
<b>Média (r)</b>	<b>0,2986941097</b>

### PDT

Paciente 1	
Início	(r)
Sessão 8	0,6623297658
Sessão 12	0,5659218325
Sessão 20	0,3786266707
Sessão 3	0,6040459541
<b>Média (r)</b>	<b>0,5527310558</b>
6 Meses	
Sessão 6	0,5914500042
Sessão 15	0,6067356531
Sessão 23	0,5545958906
Sessão 1	0,5717173109
<b>Média (r)</b>	<b>0,5811247147</b>
12 Meses	
Sessão 7	0,4167405035
Sessão 2	0,4652472086
Sessão 11	0,5551519984
Sessão 21	0,4930787355
<b>Média (r)</b>	<b>0,4825546115</b>
18 Meses	
Sessão 9	0,5124653369
Sessão 13	0,4181839331
Sessão 17	0,5452308521
Sessão 22	0,5991953649
<b>Média (r)</b>	<b>0,5187688718</b>
24 Meses	
Sessão 5	0,4273401662
Sessão 10	0,4690883247
Sessão 14	0,5656214668
Sessão 19	0,5841501103
<b>Média (r)</b>	<b>0,511550017</b>

## Anexo 8: Valores da adesão do Terapeuta aos Protótipos (Paciente 2)

### CBT

Paciente 2	
Início	(r)
Sessão 8	0,64
Sessão 12	0,6137568762
Sessão 20	0,6195090744
Sessão 3	0,3890091891
<b>Média (r)</b>	<b>0,5655687849</b>
6 Meses	
Sessão 6	0,4753439595
Sessão 15	0,4350266379
Sessão 23	0,3638036107
Sessão 1	0,6376955074
<b>Média (r)</b>	<b>0,4779674289</b>
12 Meses	
Sessão 7	0,296602957
Sessão 2	0,4469767511
Sessão 11	0,4389059435
Sessão 21	0,391940282
<b>Média (r)</b>	<b>0,3936064834</b>
18 Meses	
Sessão 9	0,6189855341
Sessão 13	0,4315481688
Sessão 17	0,4743511945
Sessão 22	0,4612902495
<b>Média (r)</b>	<b>0,4965437867</b>
24 Meses	
Sessão 5	0,4893874303
Sessão 10	0,3664636186
Sessão 14	0,5195179121
Sessão 19	0,5896742454
<b>Média (r)</b>	<b>0,4912608016</b>

### CMT

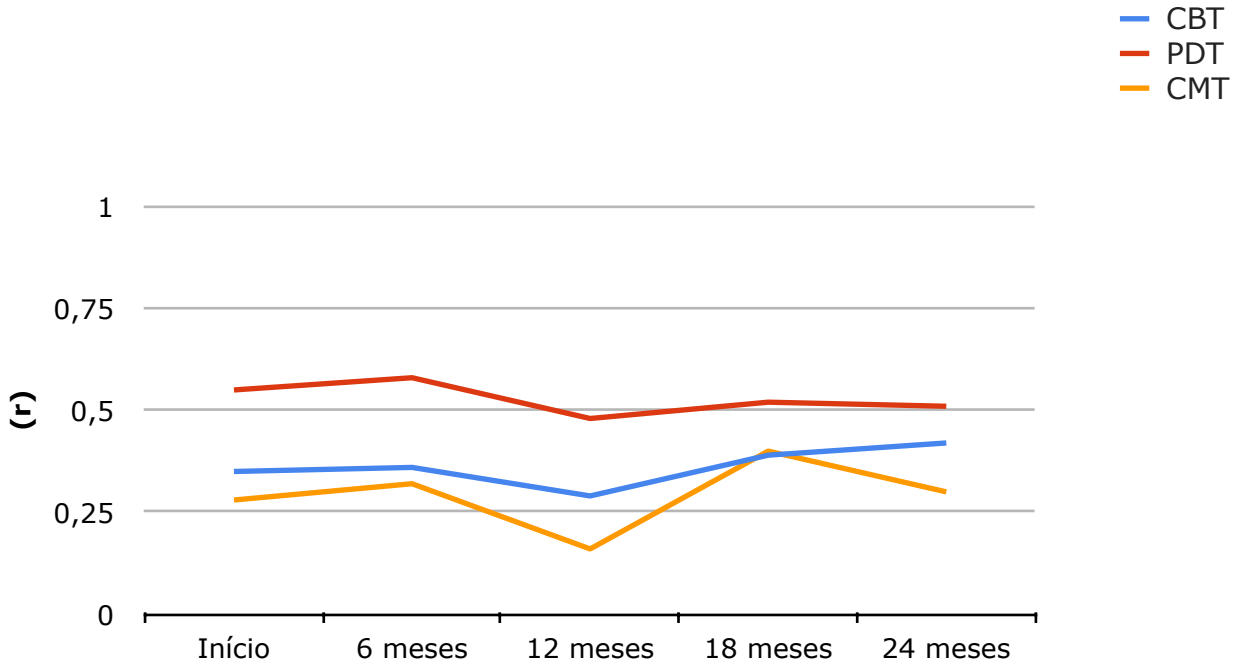
Paciente 2	
Início	(r)
Sessão 8	0,4608413436
Sessão 12	0,5741858017
Sessão 20	0,4841519759
Sessão 3	0,5512193328
<b>Média (r)</b>	<b>0,5175996135</b>
6 Meses	
Sessão 6	0,4695078189
Sessão 15	0,2709882119
Sessão 23	0,309686282
Sessão 1	0,4070709076
<b>Média (r)</b>	<b>0,3643133051</b>
12 Meses	
Sessão 7	0,2656243491
Sessão 2	0,2057986194
Sessão 11	0,3070289263
Sessão 21	0,2413044671
<b>Média (r)</b>	<b>0,2549390905</b>
18 Meses	
Sessão 9	0,4526395171
Sessão 13	0,4410078416
Sessão 17	0,323306537
Sessão 22	0,4601352517
<b>Média (r)</b>	<b>0,4192722869</b>
24 Meses	
Sessão 5	0,1852989646
Sessão 10	0,2229067385
Sessão 14	0,5422167259
Sessão 19	0,6241411053
<b>Média (r)</b>	<b>0,3936408836</b>

### PDT

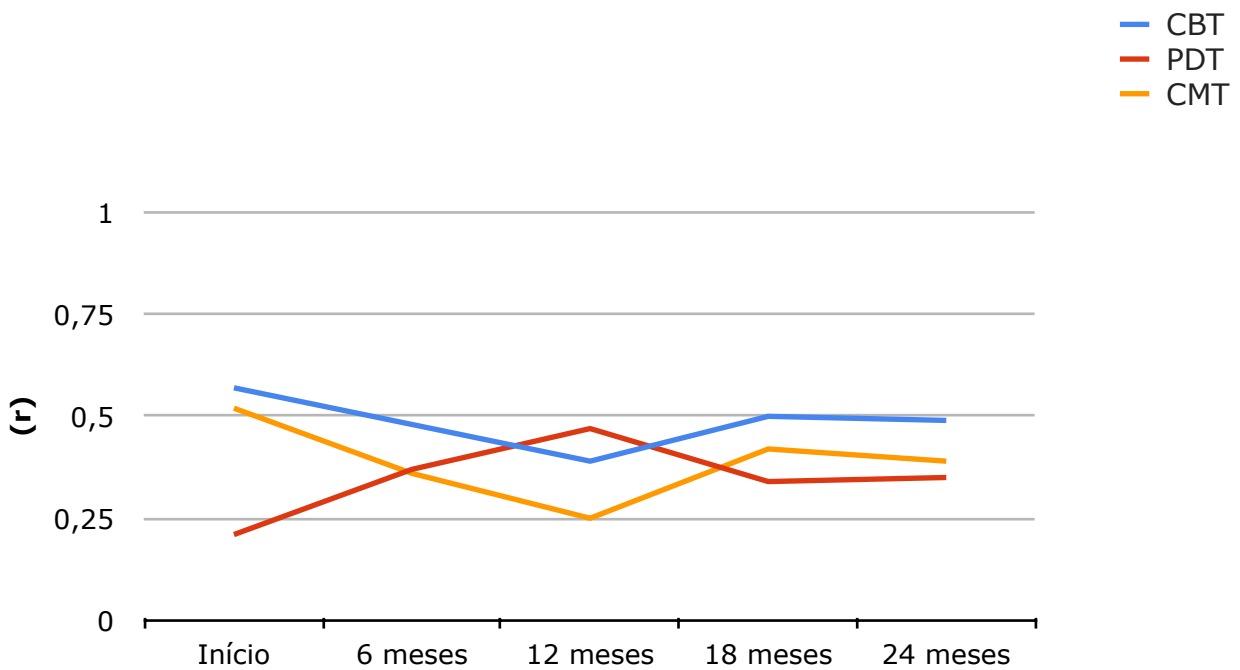
Paciente 2	
Início	(r)
Sessão 8	0,25
Sessão 12	0,2448891992
Sessão 20	0,05390415034
Sessão 3	0,2727477717
<b>Média (r)</b>	<b>0,2053852803</b>
6 Meses	
Sessão 6	0,3795268337
Sessão 15	0,3345997587
Sessão 23	0,3792259125
Sessão 1	0,4006347522
<b>Média (r)</b>	<b>0,3734968143</b>
12 Meses	
Sessão 7	0,5659218325
Sessão 2	0,3848298075
Sessão 11	0,4203319842
Sessão 21	0,4987752722
<b>Média (r)</b>	<b>0,4674647241</b>
18 Meses	
Sessão 9	0,2785223334
Sessão 13	0,4504312506
Sessão 17	0,3672262114
Sessão 22	0,2477311615
<b>Média (r)</b>	<b>0,3359777392</b>
24 Meses	
Sessão 5	0,4463183111
Sessão 10	0,5347320051
Sessão 14	0,2768744794
Sessão 19	0,1317940953
<b>Média (r)</b>	<b>0,3474297227</b>

## Anexo 9: Gráficos Adesão do Terapeuta aos Protótipos (Paciente 1 e Paciente 2)

### Paciente 1

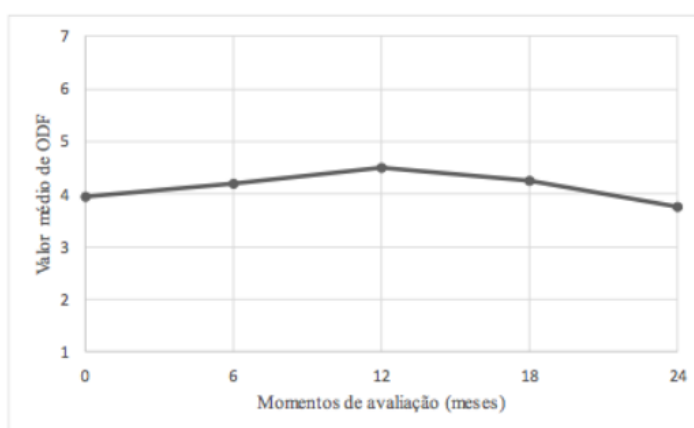


### Paciente 2



## Anexo 10: Valores do ODF na Paciente 1

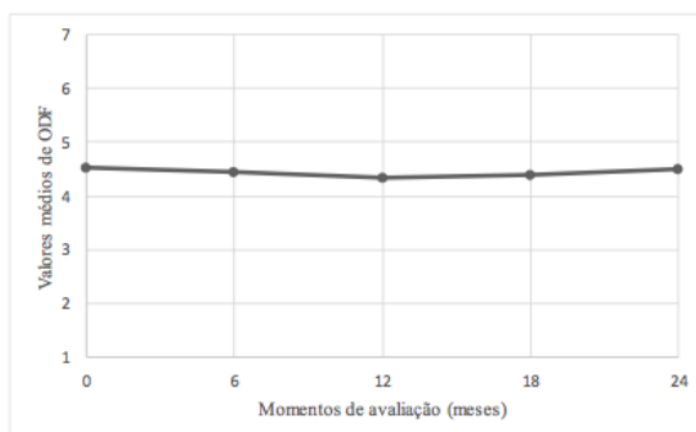
<b>Início</b>	<b>ODF DMRS</b>
Sessão 1	4.08
Sessão 2	3.83
Sessão 3	3.48
Sessão 4	4.44
<b>Média ODF</b>	<b>3.96</b>
<b>6 meses</b>	
Sessão 16	3.86
Sessão 17	4.61
Sessão 18	4.31
Sessão 19	4.02
<b>Média ODF</b>	<b>4.20</b>
<b>12 meses</b>	
Sessão 36	4.34
Sessão 37	5.11
Sessão 38	4.11
Sessão 39	4.47
<b>Média ODF</b>	<b>4.51</b>
<b>18 meses</b>	
Sessão 53	3.95
Sessão 54	4.10
Sessão 55	4.67
Sessão 56	4.28
<b>Média ODF</b>	<b>4.25</b>
<b>24 meses</b>	
Sessão 70	3.86
Sessão 71	4.12
Sessão 72	3.95
Sessão 73	3.09
<b>Média ODF</b>	<b>3.76</b>



	<b>Início</b>	<b>6 meses</b>	<b>12 meses</b>	<b>18 meses</b>	<b>24 meses</b>
<b>Média</b>	3.95	4.20	4.50	4.25	3.75
<b>Mediana</b>	3.95	4.16	4.40	4.19	3.90
<b>Desvio Padrão</b>	.40	0.33	0.42	0.31	0.45
<b>Mínimo</b>	3.48	3.86	4.11	3.95	3.09
<b>Máximo</b>	4.44	4.61	5.11	4.67	4.12

## Anexo 11: Valores do ODF na Paciente 2

<b>Início</b>	<b>ODF DMRS</b>
Sessão 1	4.63
Sessão 2	4.12
Sessão 3	5.14
Sessão 4	4.17
<i>Média ODF</i>	<b>4.52</b>
<b>6 meses</b>	
Sessão 22	3.79
Sessão 23	4.23
Sessão 24	3.81
Sessão 25	6.01
<i>Média ODF</i>	<b>4.46</b>
<b>12 meses</b>	
Sessão 39	3.67
Sessão 40	4.38
Sessão 41	4.40
Sessão 42	4.85
<i>Média ODF</i>	<b>4.33</b>
<b>18 meses</b>	
Sessão 54	4.14
Sessão 55	4.61
Sessão 56	4.00
Sessão 57	4.80
<i>Média ODF</i>	<b>4.39</b>
<b>24 meses</b>	
Sessão 67	4.53
Sessão 68	4.80
Sessão 69	3.88
Sessão 70	4.76
<i>Média ODF</i>	<b>4.49</b>



	Início	6 meses	12meses	18 meses	24 meses
Média	4.51	4.46	4.32	4.38	4.49
Mediana	4.40	4.02	4.39	4.37	4.64
Desvio Padrão	.47	1.05	.48	.37	.42
Mínimo	4.12	3.79	3.67	4.00	3.88
Máximo	5.14	6.01	4.85	4.80	4.80

**Anexo 12: Percentagem de defesas utilizadas e do Nível Defensivo por momento  
- Paciente 1**

**Início**

<b>Mecanismos de Defesa</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
Afiliação	0	0
Altruísmo	0	0
Antecipação	0	0
Humor	0	0
Assertividade	0	0
Auto-observação	2	1.22
Sublimação	0	0
Supressão	1	0.61
Intelectualização	3	1.84
Isolamento dos afetos	3	1.84
Anulação	19	11.6
Recalcamento	28	17.17
Dissociação	2	1.22
Formação reativa	15	9.20
Deslocamento	1	0.6
Desvalorização de si	4	2.45
Desvalorização do outro	10	6.13
Idealização de si	4	2.45
Idealização do outro	5	3.06
Omnipotência	2	1.22
Negação	6	3.68
Projectão	24	14.72
Racionalização	6	3.68
Fantasia autística	0	0
Clivagem	0	0
Identificação projectiva	9	5.52
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	2	1.22
Agressão passiva	17	10.429
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

<b>Nível Defensivo</b>	<b>Percentagem (%)</b>
Defesas Maduras	1.84
Defesas Obsessivas	15.33
Defesas Neuróticas	28.22
Defesas Narcísicas	15.33
Defesas de Evitamento	22.08
Defesas Borderline	5.52
Defesas de Ação	11.65
<b>Total</b>	<b>100</b>

## 6 Meses

Afiliação	0	0
Altruísmo	0	0
Antecipação	0	0
Humor	0	0
Assertividade	1	0.59
Auto-observação	3	1.78
Sublimação	0	0
Supressão	0	0
Intelectualização	7	4.16
Isolamento dos afetos	8	4.76
Anulação	11	6.54
Recalcamento	53	31.54
Dissociação	2	1.190
Formação reativa	0	0
Deslocamento	10	5.95
Desvalorização de si	11	6.54
Desvalorização do outro	1	0.59
Idealização de si	0	0
Idealização do outro	1	0.59
Omnipotência	0	0
Negação	5	2.97
Projeção	28	16.6
Racionalização	13	7.73
Fantasia autística	0	0
Clivagem	0	0
Identificação projectiva	6	3.57
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	8	4.76
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100</b>
<b>Nível Defensivo</b>		<b>Percentagem (%)</b>
Maduras		2.38
Obsessivas		15.47
Neuróticas		38.69
Narcísicas		7.73
Evitamento		27.38
Borderline		3.57
Ação		4.76
<b>Total</b>		<b>100</b>

## 12 Meses

Afiliação	0	0
Altruísmo	0	0
Antecipação	0	0
Humor	1	0.57
Assertividade	0	0
Auto-observação	3	1.71
Sublimação	1	0.57
Supressão	0	0
Intelectualização	3	1.71
Isolamento dos afetos	9	5.142
Anulação	13	7.42
Recalcamento	48	27.42
Dissociação	6	3.42
Formação reativa	4	2.28
Deslocamento	10	5.71
Desvalorização do outro	4	2.28
Desvalorização de si	4	2.28
Idealização de si	4	2.28
Idealização do outro	0	0
Omnipotência	0	0
Negação	9	5.14
Projecção	21	12
Racionalização	15	8.57
Fantasia autística	0	0
Clivagem	3	1.71
Identificação projectiva	5	2.85
Agir (acting out)	1	0.57
Hipocondria	3	1.71
Agressão passiva	8	4.57
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>
<b>Nível Defensivo</b>		<b>Percentagem (%)</b>
Maduras		2.85
Obsessivas		14.28
Neuróticas		38.85
Narcísicas		6.85
Evitamento		25.71
Borderline		4.57
Ação		6.85
<b>Total</b>		<b>100</b>

## 18 Meses

Afiliação	0	0
Altruísmo	0	0
Antecipação	0	0
Humor	0	0
Assertividade	0	0
Auto-observação	2	1.22
Sublimação	0	0
Supressão	1	0.61
Intelectualização	3	1.84
Isolamento dos afetos	3	1.84
Anulação	19	11.65
Recalcamento	28	17.17
Dissociação	2	1.22
Formação reativa	15	9.20
Deslocamento	1	0.61
Desvalorização de si	1	0.61
Desvalorização do outro	3	1.84
Idealização do outro	6	3.68
Idealização de si	1	0.61
Omnipotência	2	1.22
Negação	8	4.90
Projectão	33	20.24
Racionalização	7	4.29
Fantasia autística	0	0
Clivagem	0	0
Identificação projectiva	9	5.52
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	2	1.22
Agressão passiva	17	10.42
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>
<b>Nível Defensivo</b>		<b>Percentagem (%)</b>
Maduras		1.84
Obsessivas		15.33
Neuróticas		28.22
Narcísicas		7.97
Evitamento		29.44
Borderline		5.52
Ação		11.65
<b>Total</b>		<b>100</b>

24 Meses

Afiliação	0	0
Altruísmo	0	0
Antecipação	0	0
Humor	0	0
Assertividade	0	0
Auto-observação	3	2.43
Sublimação	0	0
Supressão	0	0
Intelectualização	1	0.81
Isolamento dos afetos	3	2.43
Anulação	14	11.38
Recalcamento	19	15.44
Dissociação	2	1.62
Formação reativa	5	4.06
Deslocamento	1	0.81
Desvalorização da imagem de si	0	0
Desvalorização da imagem do outro	1	0.81
Idealização do outro	0	0
Idealização de si	3	2.43
Omnipotência	1	0.813
Negação	4	3.25
Projectão	40	32.52
Racionalização	8	6.50
Fantasia autística	0	0
Clivagem	0	0
Identificação projectiva	6	4.87
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	12	9.75
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>

<b>Nível Defensivo</b>	<b>Percentagem (%)</b>
Maduras	2.43
Obsessivas	14.63
Neuróticas	21.95
Narcísicas	4.06
Evitamento	42.27
Borderline	4.87
Ação	9.75
<b>Total</b>	<b>100</b>

## Anexo 13: Percentagem de defesas utilizadas por momento (Paciente 2)

### Início

Afiliação	1	1.28
Altruísmo	1	1.28
Antecipação	0	0
Humor	0	0
Assertividade	0	0
Auto-observação	8	10.25
Sublimação	0	0
Supressão	2	2.56
Intelectualização	2	2.56
Isolamento dos afetos	1	1.28
Anulação	7	8.97
Recalcamento	11	14.10
Dissociação	0	0
Formação reativa	4	5.12
Deslocamento	0	0
Desvalorização de si	5	6.41
Desvalorização do outro	0	0
Idealização de si	1	1.28
Idealização do outro	6	7.69
Omnipotência	0	0
Negação	9	11.53
Projecção	1	1.28
Racionalização	16	20.51
Fantasia autística	0	0
Clivagem do eu	2	2.56
Clivagem do objecto	1	1.28
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	0	0
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>
<b>Nível Defensivo</b>		<b>Percentagem (%)</b>
Maduras		15.38
Obsessivas		12.82
Neuróticas		19.23
Narcísicas		15.38
Evitamento		33.33
Borderline		3.84
Ação		0
<b>Total</b>		<b>100</b>

### 6 Meses

Afiliação	0	0
Altruísmo	0	0
Antecipação	0	0
Humor	1	1.14943
Assertividade	1	1.14943
Auto-observação	7	8.04598
Sublimação	0	0
Supressão	0	0
Intelectualização	8	9.1954
Isolamento dos afetos	4	4.5977
Anulação	5	5.74713
Recalcamento	12	13.7931
Dissociação	0	0
Formação reativa	5	5.74713
Deslocamento	0	0
Desvalorização de si	0	0
Desvalorização do outro	0	0
Idealização de si	0	0
Idealização do outro	2	2.29885
Omnipotência	0	0
Negação	10	11.4943
Projectão	4	4.5977
Racionalização	27	31.0345
Fantasia autística	0	0
Clivagem do eu	0	0
Clivagem do objecto	1	1.14943
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	0	0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

<b>Nível Defensivo</b>	<b>Percentagem (%)</b>
Maduras	10.34
Obsessivas	19.54
Neuróticas	19.54
Narcísicas	2.29
Evitamento	47.12
Borderline	1.14
Ação	0
<b>Total</b>	<b>100</b>

## 12 Meses

Afiliação	0	0
Altruísmo	1	1.12
Antecipação	0	0
Humor	1	1.12
Assertividade	0	0
Auto-observação	6	6.74
Sublimação	0	0
Supressão	0	0
Intelectualização	7	7.86
Isolamento dos afetos	0	0
Anulação	5	5.61
Recalcamento	10	11.23
Dissociação	0	0
Formação reativa	5	5.61
Deslocamento	1	1.12
Desvalorização de si	2	2.24
Desvalorização do outro	2	2.24
Idealização de si	1	1.12
Idealização do outro	0	0
Omnipotência	0	0
Negação	8	8.98
Projecção	10	11.23
Racionalização	25	28.08
Fantasia autística	0	0
Clivagem do eu	0	0
Clivagem do objecto	1	1.12
Identificação projectiva	1	1.12
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	3	3.37
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Nível Defensivo</b>		<b>Percentagem (%)</b>
Maduras		8.98
Obsessivas		13.48
Neuróticas		17.97
Narcísicas		5.61
Evitamento		48.31
Borderline		2.24
Ação		3.37
<b>Total</b>		<b>100</b>

## 18 Meses

Afiliação	1	1.26
Altruísmo	0	0
Antecipação	2	2.53
Humor	0	0
Assertividade	2	2.53
Auto-observação	7	8.86
Sublimação	0	0
Supressão	1	1.26
Intelectualização	2	2.53
Isolamento dos afetos	2	2.53
Anulação	1	1.26
Recalcamento	11	13.92
Dissociação	0	0
Formação reativa	5	6.32
Deslocamento	2	2.53
Desvalorização de si	1	1.26
Desvalorização do outro	0	0
Idealização de si	1	1.26
Idealização do outro	0	0
Omnipotência	1	1.26
Negação	6	7.59
Projecção	3	3.79
Racionalização	31	39.24
Fantasia autística	0	0
Clivagem do eu	0	0
Clivagem do objecto	0	0
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	0	0
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>
<b>Nível Defensivo</b>		<b>Percentagem (%)</b>
Maduras		16.4557
Obsessivas		6.329114
Neuróticas		22.78481
Narcísicas		3.797468
Evitamento		50.63291
Borderline		0
Ação		0
<b>Total</b>		<b>100</b>

24 Meses

Afiliação	0	0
Altruísmo	0	0
Antecipação	4	5.40
Humor	2	2.70
Assertividade	1	1.35
Auto-observação	2	2.70
Sublimação	0	0
Supressão	3	4.05
Intelectualização	8	10.81
Isolamento dos afetos	1	1.35
Anulação	6	8.10
Recalcamento	5	6.75
Dissociação	0	0
Formação reativa	2	2.70
Deslocamento	1	1.35
Desvalorização de si	0	0
Desvalorização do outro	4	5.40
Idealização de si	1	1.35
Idealização do outro	0	0
Omnipotência	0	0
Negação	3	4.05
Projecção	5	6.75
Racionalização	25	33.78
Fantasia autística	0	0
Clivagem do eu	0	0
Clivagem do objecto	0	0
Identificação projectiva	0	0
Agir (acting out)	0	0
Hipocondria	0	0
Agressão passiva	1	1.35135
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>
<b>Nível Defensivo</b>		<b>Percentagem (%)</b>
Maduras		16.21
Obsessivas		20.27
Neuróticas		10.81
Narcísicas		6.75
Evitamento		44.59
Borderline		0
Ação		1.35
<b>Total</b>		<b>100</b>

## Anexo 14: Valores da adesão do Paciente aos Protótipos (Paciente 1)

<b>CBT</b>	<b>CMT</b>	<b>PDT</b>
<b>Paciente 1</b>		
<b>Início</b>	<b>Início</b>	<b>Início</b>
(r)	(r)	(r)
Sessão 8	Sessão 8	Sessão 8
0,4488872021	-0,0919163025	0,2868572084
Sessão 12	Sessão 12	Sessão 12
0,469656887	0,2744570316	0,334010064
Sessão 20	Sessão 20	Sessão 20
0,3821755349	0,1253136907	0,1535455493
Sessão 3	Sessão 3	Sessão 3
0,5911939819	0,1780162168	0,2900493582
<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>
0,4729784015	0,1214676591	0,266115545
<b>6 Meses</b>	<b>6 Meses</b>	<b>6 Meses</b>
Sessão 6	Sessão 6	Sessão 6
0,3601031542	-0,0069597969	0,2855188951
Sessão 15	Sessão 15	Sessão 15
0,7401018204	0,3062638146	0,419108139
Sessão 23	Sessão 23	Sessão 23
0,1352465017	-0,0639144118	0,3299766401
Sessão 1	Sessão 1	Sessão 1
0,4891106926	0,1132726316	0,1685308953
<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>
0,4311405422	0,08716555935	0,3007836424
<b>12 Meses</b>	<b>12 Meses</b>	<b>12 Meses</b>
Sessão 7	Sessão 7	Sessão 7
0,1271432675	-0,1412761649	0,03807104464
Sessão 2	Sessão 2	Sessão 2
0,4625147253	-0,0016270662	0,2673008259
Sessão 11	Sessão 11	Sessão 11
0,4947771781	0,4505627123	0,1390158381
Sessão 21	Sessão 21	Sessão 21
0,1119378321	-0,2333969538	0,07930795451
<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>
0,2990932508	0,01856563184	0,1309239158
<b>18 Meses</b>	<b>18 Meses</b>	<b>18 Meses</b>
Sessão 9	Sessão 9	Sessão 9
0,3993903569	0,2207450748	0,1446686093
Sessão 13	Sessão 13	Sessão 13
0,5482125668	0,00653274931	0,298793927
Sessão 17	Sessão 17	Sessão 17
0,3640560432	0,04956690052	0,1986812444
Sessão 22	Sessão 22	Sessão 22
0,4452479501	0,2032660383	0,35254841
<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>
0,4392267293	0,1200276907	0,2486730477
<b>24 Meses</b>	<b>24 Meses</b>	<b>24 Meses</b>
Sessão 5	Sessão 5	Sessão 5
0,5159374648	0,1769855199	0,3989150136
Sessão 10	Sessão 10	Sessão 10
0,2798999857	-0,1608229591	0,1386436923
Sessão 14	Sessão 14	Sessão 14
0,5009552906	0,07765621534	0,2853411842
Sessão 19	Sessão 19	Sessão 19
0,4677564929	0,09971033804	0,1013448515
<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>	<b>Média (r)</b>
0,4411373085	0,04838227855	0,2310611854

## Anexo 15: Valores da adesão do Paciente aos Protótipos (Paciente 2)

<b>CBT</b>	<b>CMT</b>	<b>PDT</b>
<b>Paciente 2</b>	<b>Paciente 2</b>	<b>Paciente 2</b>
<b>Início (r)</b>	<b>Início (r)</b>	<b>Início (r)</b>
Sessão 8 0,5455042683	Sessão 8 0,1045353729	Sessão 8 0,4767878349
Sessão 12 0,723474811	Sessão 12 0,1795958453	Sessão 12 0,5086495
Sessão 20 0,5838431368	Sessão 20 0,2553723669	Sessão 20 0,3798058268
Sessão 3 0,6108694278	Sessão 3 0,174564432	Sessão 3 0,4121908935
<b>Média (r) 0,615922911</b>	<b>Média (r) 0,1785170043</b>	<b>Média (r) 0,4443585138</b>
<b>6 Meses</b>	<b>6 Meses</b>	<b>6 Meses</b>
Sessão 6 0,4773630094	Sessão 6 -0,0886052592	Sessão 6 0,3918821181
Sessão 15 0,500121483	Sessão 15 0,06469054379	Sessão 15 0,3241452994
Sessão 23 0,5814045211	Sessão 23 0,00844825230	Sessão 23 0,3281635753
Sessão 1 0,5456715538	Sessão 1 0,199064648	Sessão 1 0,3277769187
<b>Média (r) 0,5261401418</b>	<b>Média (r) 0,0458995462</b>	<b>Média (r) 0,3429919779</b>
<b>12 Meses</b>	<b>12 Meses</b>	<b>12 Meses</b>
Sessão 7 0,469656887	Sessão 7 0,2744570316	Sessão 7 0,334010064
Sessão 2 0,2675671327	Sessão 2 0,03986216299	Sessão 2 0,1551206299
Sessão 11 0,6114897974	Sessão 11 0,1282484434	Sessão 11 0,3426257985
Sessão 21 0,4876438703	Sessão 21 -0,0898651894	Sessão 21 0,4594032293
<b>Média (r) 0,4590894219</b>	<b>Média (r) 0,08817561213</b>	<b>Média (r) 0,3227899304</b>
<b>18 Meses</b>	<b>18 Meses</b>	<b>18 Meses</b>
Sessão 9 0,6133368464	Sessão 9 0,04329326847	Sessão 9 0,354074676
Sessão 13 0,5670640052	Sessão 13 0,1047835319	Sessão 13 0,1517995863
Sessão 17 0,5899786338	Sessão 17 0,1425199617	Sessão 17 0,2215183128
Sessão 22 0,5212131096	Sessão 22 0,02930406328	Sessão 22 0,2566738321
<b>Média (r) 0,5728981488</b>	<b>Média (r) 0,07997520634</b>	<b>Média (r) 0,2460166018</b>
<b>24 Meses</b>	<b>24 Meses</b>	<b>24 Meses</b>
Sessão 5 0,3709632777	Sessão 5 -0,1006424803	Sessão 5 0,1101632616
Sessão 10 0,5539766569	Sessão 10 0,1410292583	Sessão 10 0,3023074054
Sessão 14 0,4279464245	Sessão 14 -0,0460598358	Sessão 14 0,1320720434
Sessão 19 0,5937860805	Sessão 19 0,1529917132	Sessão 19 0,294965672
<b>Média (r) 0,4866681099</b>	<b>Média (r) 0,03682966384</b>	<b>Média (r) 0,2098770956</b>

## Anexo 16: Valores da adesão da Interação aos Protótipos (Paciente 1)

### CBT

Paciente 1	
Início	(r)
Sessão 8	0,4797436889
Sessão 12	0,2352069517
Sessão 20	0,3158630999
Sessão 3	0,1478865902
<b>Média (r)</b>	<b>0,2946750827</b>
<b>6 Meses</b>	
Sessão 6	0,03665651467
Sessão 15	0,1903491924
Sessão 23	0,3165509077
Sessão 1	0,03500195585
<b>Média (r)</b>	<b>0,1446396427</b>
<b>12 Meses</b>	
Sessão 7	0,1367293206
Sessão 2	-0,0432903928
Sessão 11	0,2176277905
Sessão 21	0,2885035512
<b>Média (r)</b>	<b>0,1498925674</b>
<b>18 Meses</b>	
Sessão 9	0,143135907
Sessão 13	0,2976307459
Sessão 17	0,3728107309
Sessão 22	0,04340051009
<b>Média (r)</b>	<b>0,2142444735</b>
<b>24 Meses</b>	
Sessão 5	0,143135907
Sessão 10	0,2976307459
Sessão 14	0,3728107309
Sessão 19	0,04340051009
<b>Média (r)</b>	<b>0,2142444735</b>

### CMT

Paciente 1	
Início	(r)
Sessão 8	0,5430593925
Sessão 12	0,4839754142
Sessão 20	0,3930552107
Sessão 3	0,4383202548
<b>Média (r)</b>	<b>0,4646025681</b>
<b>6 Meses</b>	
Sessão 6	0,4252057045
Sessão 15	0,2208189134
Sessão 23	-0,0841818427
Sessão 1	0,364599587
<b>Média (r)</b>	<b>0,2316105905</b>
<b>12 Meses</b>	
Sessão 7	0,4956601588
Sessão 2	0,3393373887
Sessão 11	0,3690818753
Sessão 21	0,0137747965
<b>Média (r)</b>	<b>0,3044635548</b>
<b>18 Meses</b>	
Sessão 9	0,2652349439
Sessão 13	0,3330739833
Sessão 17	0,4326658752
Sessão 22	0,3747538376
<b>Média (r)</b>	<b>0,35143216</b>
<b>24 Meses</b>	
Sessão 5	0,2770002686
Sessão 10	0,2532133181
Sessão 14	0,1904461671
Sessão 19	0,470903828
<b>Média (r)</b>	<b>0,2978908955</b>

### PDT

Paciente 1	
Início	(r)
Sessão 8	-0,1424520292
Sessão 12	0,2753480449
Sessão 20	0,1993606077
Sessão 3	0,3067477254
<b>Média (r)</b>	<b>0,1597510872</b>
<b>6 Meses</b>	
Sessão 6	0,2327433771
Sessão 15	0,1710145495
Sessão 23	-0,3101493435
Sessão 1	0,3404460994
<b>Média (r)</b>	<b>0,1085136706</b>
<b>12 Meses</b>	
Sessão 7	-0,0807058678
Sessão 2	0,2946093147
Sessão 11	0,1019508443
Sessão 21	-0,1620337804
<b>Média (r)</b>	<b>0,0384551277</b>
<b>18 Meses</b>	
Sessão 9	0,1723826349
Sessão 13	-0,0284928800
Sessão 17	-0,1091281261
Sessão 22	0,2454538144
<b>Média (r)</b>	<b>0,0700538608</b>
<b>24 Meses</b>	
Sessão 5	0,04314482362
Sessão 10	0,2281509053
Sessão 14	0,01147619477
Sessão 19	0,1640786505
<b>Média (r)</b>	<b>0,1117126435</b>

## Anexo 17: Valores da adesão da Interação aos Protótipos (Paciente 2)

<b>CBT</b>		<b>CMT</b>		<b>PDT</b>	
<b>Paciente 2</b>		<b>Paciente 2</b>		<b>Paciente 2</b>	
<b>Início</b>	<b>(r)</b>	<b>Início</b>	<b>(r)</b>	<b>Início</b>	<b>(r)</b>
Sessão 8	0,1583844747	Sessão 8	0,4447876662	Sessão 8	0,2451967327
Sessão 12	0,00883415122	Sessão 12	0,5717776806	Sessão 12	0,2820469579
Sessão 20	0,3775134254	Sessão 20	0,4550862291	Sessão 20	-0,1198956977
Sessão 3	0,1760762305	Sessão 3	0,2523033355	Sessão 3	-0,1062039296
<b>Média (r)</b>	<b>0,1802020705</b>	<b>Média (r)</b>	<b>0,4309887279</b>	<b>Média (r)</b>	<b>0,07528601583</b>
<b>6 Meses</b>		<b>6 Meses</b>		<b>6 Meses</b>	
Sessão 6	0,2752187498	Sessão 6	0,232878368	Sessão 6	-0,2439781379
Sessão 15	0,4406478719	Sessão 15	0,39123283	Sessão 15	-0,0522683261
Sessão 23	0,5472547635	Sessão 23	0,3317828475	Sessão 23	-0,3374289353
Sessão 1	0,2181055171	Sessão 1	0,3028578976	Sessão 1	0,3121892475
<b>Média (r)</b>	<b>0,3703067256</b>	<b>Média (r)</b>	<b>0,3146879858</b>	<b>Média (r)</b>	<b>-0,0803715379</b>
<b>12 Meses</b>		<b>12 Meses</b>		<b>12 Meses</b>	
Sessão 7	0,2352069517	Sessão 7	0,4839754142	Sessão 7	0,2753480449
Sessão 2	0,2329261019	Sessão 2	0,4204283238	Sessão 2	0,1655478106
Sessão 11	0,3662587434	Sessão 11	0,251458057	Sessão 11	-0,0328926014
Sessão 21	0,2987645945	Sessão 21	0,3470965865	Sessão 21	-0,2182230471
<b>Média (r)</b>	<b>0,2832890979</b>	<b>Média (r)</b>	<b>0,3757395954</b>	<b>Média (r)</b>	<b>0,04744505175</b>
<b>18 Meses</b>		<b>18 Meses</b>		<b>18 Meses</b>	
Sessão 9	0,3936461562	Sessão 9	0,3590674454	Sessão 9	-0,2122674244
Sessão 13	0,3310078171	Sessão 13	0,4714097142	Sessão 13	0,0330892778
Sessão 17	0,3035620292	Sessão 17	0,4784168953	Sessão 17	0,1485800144
Sessão 22	0,4510966442	Sessão 22	0,3385180258	Sessão 22	-0,3222780954
<b>Média (r)</b>	<b>0,3698281617</b>	<b>Média (r)</b>	<b>0,4118530202</b>	<b>Média (r)</b>	<b>-0,0882190569</b>
<b>24 Meses</b>		<b>24 Meses</b>		<b>24 Meses</b>	
Sessão 5	0,4239030103	Sessão 5	0,3920807928	Sessão 5	-0,1558712549
Sessão 10	0,3048521994	Sessão 10	0,4880923989	Sessão 10	0,04799369038
Sessão 14	0,2727233166	Sessão 14	0,2964464545	Sessão 14	-0,101451996
Sessão 19	0,5561405496	Sessão 19	-0,0085443656	Sessão 19	-0,5745366287
<b>Média (r)</b>	<b>0,389404769</b>	<b>Média (r)</b>	<b>0,2920188201</b>	<b>Média (r)</b>	<b>-0,1959665473</b>