



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Contratransferência e Mecanismos de Defesa - Indicadores de Mudança no Processo
Psicoterapêutico

Ângelo Miguel Ramos de Sousa

Nº - 19795

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor António Pazo Pires

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor António Pazo Pires

2011/2012

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

Mestre em Psicologia Clínica

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

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor António Pazo Pires, meu orientador de seminário de dissertação, pelo apoio prestado, pela sua disponibilidade, empenho e compromisso com o meu trabalho, bem como, por me ter orientado com tanta calma e sabedoria neste universo da investigação.

Agradeço aos meus colegas de seminário de dissertação que entre “trocas e baldrocas” sempre me ajudaram, especialmente à Carolina pela partilha de dados.

Não posso deixar de agradecer aos meus “Pais”, de quem tanto me orgulho, por tudo o que são, e pelo que me transmitiram.

Agradeço também à minha mulher, por ser uma verdadeira companheira em todos os momentos, o mais profundo amor é pouco para te dizer a ti... companheira da minha vida, do sempre e para sempre, o que apenas posso traduzir por amor.

Áurea, a minha querida irmã, obrigado por existires, e nunca te esqueças que tens sempre aqui um lugar no meu coração, nos recantos profundos da alma, onde a maioria pensa que não há luz, é aí que ela cintila mais profundamente...

“As pessoas que eu mais admiro são aquelas que nunca se acabam.”... quantos milhares passam por esta frase todos os dias, e a quantos esta passa despercebida... Questiono-me se mesmo aqueles que a leem, perguntam e pensam o seu verdadeiro significado. Para mim, o seu significado são as pessoas que felizmente têm preenchido a minha vida durante este processo fascinante de aprendizagem e desenvolvimento, pessoas que se reinventam todos os dias e que dessa forma nunca se acabam... deste modo, o significado dessa frase, é para mim, a reinvenção constante do ser humano, que perpetua a sua existência consequentemente dentro de mim e de outros afortunados, assim, acrescento a esta frase “as pessoas que nunca se acabam são aquelas que amam, são amadas e sabem manter esse amor constantemente, reinventando-se nesta pequena aldeia a que chamamos mundo... Obrigado a todos os que contribuem para o meu processo próprio de reinvenção, e que assim todos os dias me permitem ficar um pouco mais próximo da “verdade”...

Índice

Artigo de revisão de literatura	1
Resumo	2
Abstract	3
Introdução	4
Contratransferência – Evolução histórica do conceito.....	5
Origem	5
Após 1940.....	6
Depois dos anos 70	10
Contratransferência na atualidade.....	13
Conclusão – Evolução histórica do conceito	18
Referências Bibliográficas	19
Artigo empírico	23
Resumo	24
Abstract.....	25
Introdução	26
Método	28
Participantes.....	28
Instrumentos	30
Procedimento	34
Resultados	35
Discussão	44
Referências Bibliográficas	50
Anexos	52
Anexo 1 - Questionário de Contratransferência	53
Anexo 2 - Therapist Response (Countertransference) Questionnaire – Paciente 1	57
Anexo 3 - Therapist Response (Countertransference) Questionnaire – Paciente 2	60
Anexo 4 - Folha de cotação da DMRS	63
Anexo 5 - Níveis de ODF (DMRS) e Perfis Defensivos de ambas as pacientes	64
Anexo 6 - Percentagem de defesas utilizadas por período – Paciente 1	65
Anexo 7 - Percentagem de defesas utilizadas por período – Paciente 2.....	70

Anexo 8 - Cotação das sessões áudio (DMRS) – Paciente 1	74
Anexo 9 - Cotação das sessões áudio (DMRS) – Paciente 2.....	163
Anexo 10 – SWAP-200	217
Anexo 11 - Grelha de Classificação - SWAP-200 – Paciente 1	223
Anexo 12 - Quadros de avaliação SWAP-200 – Paciente 1	229
Anexo 13 - Grelha de Classificação - SWAP-200 – Paciente 2	232
Anexo 14 - Quadros de avaliação SWAP-200 – Paciente 2	238

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

**PARA UMA MELHOR COMPREENSÃO DO CONCEITO DE
CONTRATRANSFERÊNCIA**

Resumo

O conceito de contratransferência tanto complexo, como controverso, sofreu inúmeras alterações no decorrer dos últimos 100 anos. O objetivo desta revisão de literatura consiste em aprofundar os meandros do conceito de contratransferência, numa perspectiva teórico/empírica, ao rever o conceito desde o seu início, com Freud, até à atualidade, visando aprofundar e fazer uma reflexão crítica acerca das controvérsias da temática, tendo em conta as duas visões predominantes acerca do conceito, que são a perspectiva “clássica”, e a perspectiva “totalística” da contratransferência. Os contributos em prole da evolução do constructo, foram oferecidos essencialmente por autores que apresentam a sua visão da contratransferência, fundamentada na sua perspectiva teórica, descurando estudos empíricos.

Palavras-Chave: *Transferência, Contratransferência, Psicanálise, Psicoterapia.*

Abstract

The controversial and complex concept of countertransference underwent numerous changes over the past 100 years. The purpose of this literature review is to deepen the meanders of the concept of countertransference, using a theoretical and empirical perspective, to review it since its inception, with Freud, to the present day, in order to deepen and make a critical reflection about its controversy, taking into account the two prevailing views about the concept, which are the "classical perspective" and the "totalistic perspective" of countertransference. The contributions in the evolution of the concept were offered essentially by authors who present their vision of countertransference based on their theoretical perspective, neglecting empirical research.

Keywords: *Transference, Countertransference, Psychoanalysis, Psychotherapy.*

Introdução

Introduzido por Freud, o conceito de contratransferência evoluiu ao longo dos últimos cem anos, tendo tido um papel de destaque na influencia de diversas orientações terapêuticas e sido marcadamente influenciado pelas mesmas. A relação do terapeuta com a contratransferência é determinada por numerosos fatores, e tem implicações na forma como este analisa os conteúdos manifestos e latentes apresentados pelo paciente.

A controvérsia do tema mantém-se até à atualidade. Na forma como é empregue hoje, refere-se a um fenómeno de difícil compreensão na sua magnitude, pois existem duas visões predominantes do conceito, uma visão clássica, derivada de Freud, e uma visão totalística, defendida por Reik, Winnicott e Heinman. Deste modo, a contratransferência pode simultaneamente ser vista como “prejudicial” se seguirmos uma perspectiva clássica Freudiana, ou “benéfica” se tivermos em conta autores como Heimann, Winnicott, Reik ou Cohen. Segundo Ciccone (2000), talvez a melhor forma de encarar a contratransferência se situe entre estas duas posições.

A presente revisão de literatura pretende aprofundar os meandros do conceito de contratransferência, numa perspectiva teórica ao rever o conceito desde o seu início, com Freud, até à atualidade, visando aprofundar e fazer uma reflexão crítica acerca das controvérsias da temática.

Pretendendo estudar a contratransferência, realizou-se uma pesquisa com todas as bases de dados disponíveis na ebsco, com a palavra contertransference no texto, link para texto completo e intervalo de tempo de 2005 até 2012, obtendo-se 7015 resultados, pelo que a pesquisa teve que ser realizada mais detalhadamente, mantendo os limitadores anteriores, mas com a palavra de pesquisa no título. Desta forma, foram obtidos 326 resultados. Após refinar a pesquisa para a PEP archive, nas mesmas datas e com link para o texto completo restaram 17 artigos. Não fazendo referência à data existem 466 resultados, e nos últimos 10 anos existem 62 resultados. Os artigos entre 2005 e 2012 foram todos lidos. No entanto, apenas foram selecionados os artigos com relevância para o estudo da temática aqui focada.

Com o intuito de complementar a pesquisa de material relevante à temática proposta, foi feita em simultâneo uma procura na base de dados da biblioteca do ISPA-IU, na qual foram localizados 33 resultados, entre os quais figuravam diversos artigos de revistas científicas e livros, que foram minuciosamente analisados.

Contratransferência - Evolução Histórica do Conceito

Origem

O conceito de contratransferência (CT) foi preconizado por Freud em 1910, ao abordar as inovações e progressos na técnica. Tal perspectiva pode-se constatar no Congresso de Psicanálise de Nuremberga, no qual apresentou “As perspectivas futuras da terapia psicanalítica” em 1910, e no qual afirmou: *“Tornámo-nos cientes da “contratransferência”, que, surge no analista, como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência em si mesmo, e a ultrapassará”* (Freud, 1910, cit por Davidson, 2009, p. 63).

A visão negativa de Freud em torno da contratransferência levou provavelmente à sua negligência ao longo de décadas, contribuindo para que se tornasse uma questão tabu, e não algo a ser examinado, ou até usado como uma mais-valia. O bom analista era de facto entendido como alguém capaz de manter a sua objetividade, tal como os seus conflitos pessoais fora da relação terapêutica (Hayes et al, 2011).

O diário clínico de Ferenczi, contém uma série de intuições subtis e contribuições inestimáveis à técnica psicanalítica. Algumas das teorias, em particular, no que diz respeito à contratransferência, podem ainda hoje ser consideradas válidas. Logo na primeira página intitulada "insensibilidade do analista", Ferenczi sinaliza o foco principal de sua teoria: a "contratransferência real" do analista. Na sua conceção a contratransferência, em vez de ser um obstáculo, é, de fato, a ferramenta mais valiosa do analista. Assim Ferenczi afirmou que quanto mais fraquezas um analista tinha, mais provável seria que a análise assentasse em fundações profundas e realistas, pois este seria levado a cometer erros de maior ou menor grau, que seriam descobertos e resolvidos no decorrer da análise mútua (Martin Cabré, 1998).

No entanto, depois de demonstrar como a análise promove uma "sensibilidade refinada" no paciente que lhe permitiria captar até mesmo as nuances mais obscuras da atitude do analista, a partir da intensidade das projeções deste, Ferenczi esforça-se por demonstrar que a transferência não é uma resposta a um evento espontâneo, mas é sim induzida pelo próprio analista, e por conseguinte pela própria técnica analítica. Neste sentido, Ferenczi e Rank sublinham que, a análise dos complexos, que surge na psicanálise, leva a que o analisando traga para as sessões temáticas que agradam ao analista, e que tal decorre da contratransferência narcísica deste (Ferenczi & Rank, 1924). Apesar de muitas das contribuições de Ferenczi terem ficado “esquecidas” no tempo durante décadas, é nossa

sugestão, considerar a hipótese que o autor tenha sido o precursor do paradigma “totalístico” (da mesma forma que Freud, o foi, relativamente ao paradigma “clássico”), devido às suas perspectivas inovadoras acerca do conceito.

Após 1940

Depois de Freud, e durante alguns anos a contratransferência foi posta em segundo plano na psicanálise, tendo a teoria da intuição assumido um papel de destaque sobretudo com Ferenczi., em 1919, Stern em 1924, Deutsch em 1926, entre outros (Etchegoyen, 1989; Zimerman, 1999). Devido à importância dada à consciência intuitiva dos pacientes para com as respostas emocionais do analista, alguns autores (Ferenczi, Balint & Balint, 1939, cit. por Jacobs, 1999) defenderem a auto-revelação, o que os levou a distanciar-se das posições críticas de Freud.

Em 1926, Deutsch falou acerca do modo como o analista devia receber e utilizar o material do paciente. A autora defendia que as associações do paciente se tornavam numa experiência interna para o analista. Na sua conceção, esta forma de processar o material, abria caminho para que surgissem no analista fantasias, e memórias, e que isto funcionaria como o pilar de toda a intuição e empatia intuitiva. No entanto, denota que seria insuficiente para o analista, examinar o material do paciente apenas através do seu inconsciente. Neste sentido, ele também deveria processar os dados, de forma racional/intelectual, de modo a alcançar o entendimento necessário (Jacobs, 1999).

Esta tendência manteve-se de certa forma até à Segunda Guerra Mundial, tendo sido nesta altura que alguns autores, inspirados nos conceitos Kleinianos, voltaram a incidir nos fenómenos contratransferenciais, devido ao facto de esta época ter permitido aos analistas contactarem com uma grande variedade de problemas mentais fora do território estritamente neurótico, o que lhes fez experienciar emoções extremamente perturbadoras. Em 1949, Winnicott ao publicar “*Ódio na contratransferência*”, volta a reavivar esta temática, enfatizando o papel de destaque que a contratransferência negativa desempenha no tratamento de pacientes muito perturbados (psicóticos), demonstrando que a evocação de determinados sentimentos negativos, é uma parte necessária e imprescindível do tratamento. Neste sentido, não se refere à contratransferência, se a considerarmos estritamente como instrumento técnico, mas mais a certos sentimentos reais que podem surgir no analista, nomeadamente o ódio (Leitão, 2003).

O aproveitamento da contratransferência como instrumento analítico foi iniciado e proposto por Racker em 1948, mas só em 1950, segundo Matos, (2006) se começou a considerar a contratransferência como fenómeno aproveitável para a compreensão do processo analítico, através do trabalho, de Paula Heimann (*Sobre a Contratransferência*).

Segundo Falchi, (2009), Heimann deu um imenso contributo à noção de contratransferência, tendo-se afastado da ideia clássica freudiana de que a contratransferência é um obstáculo na terapia. De facto, Heimann propôs que a contratransferência tem que ser vista como uma mais-valia à terapia, sublinhando que esta permite um caminho adicional de acesso aos processos mentais inconscientes do paciente. De acordo com Falchi, (2009), Heimann, definiu contratransferência, como todos os sentimentos experienciados pelo analista em relação ao seu paciente, e sugeriu que este fenómeno não é apenas parte da dinâmica transferência-contratransferência dentro da relação terapêutica. Sugerindo que a contratransferência, é mais do que a soma das partes do “binómio clássico”.

Parece também, que apesar das formas modificadas de hoje, certas noções de contratransferência retêm a ideia de Heimann (1950), de que existe um canal direto entre o inconsciente do paciente e o do analista. Nesta perspectiva, as experiências intrínsecas do analista são produtos da mente do paciente, funcionando como projeções direcionadas à mente do analista (Purcell, 2004). Paula Heimann, no seu célebre artigo acerca da contratransferência, apontou que os analistas que prestam pouca atenção aos seus próprios conflitos psíquicos, e à dinâmica do seu mundo interno, arriscariam-se a atribuir aos seus pacientes, o que de facto pertence a si mesmos. De acordo com Heimann, esse perigo poderia ser neutralizado se o analista tivesse trabalhado os seus conflitos infantis e as suas ansiedades persecutórias e depressivas, na sua própria análise, para que pudesse entrar em contacto com seu inconsciente (Heimann, 1950).

Outra contribuição relevante, surgiu pouco tempo depois com Little, (1951) que veio enfatizar a tendência do analista a repetir o comportamento dos pais do paciente, e a satisfazer certas necessidades de si próprio mais do que as do analisando, dando ênfase àquilo a que Racker chamou “identificação complementar”. Assim, é de notar que Racker dá um grande relevo à utilização analítica da “identificação complementar”, pois segundo a sua opinião o paciente trata o analista como um objeto interno (projetado), o que faz com que o analista se sinta tratado como tal, ou seja, se identifique com esse objeto (Racker, 1957).

Nesta sequência, Racker desenvolveu uma perspectiva dicotómica da contratransferência, evidenciando que paralelamente à identificação concordante, existe uma contratransferência concordante, e paralelamente à identificação complementar existe uma

contratransferência complementar. Assim, a contratransferência concordante correspondia ao conjunto de processos referentes à união e identidade entre analista como sujeito, e analisando como objeto de conhecimento. Relativamente à contratransferência complementar, esta seria uma identificação do analista com os objetos (internos) do analisando (Racker, 1957). Ainda de acordo com Racker (1957), as experiências contratransferenciais podiam ser divididas em duas categorias: os pensamentos contratransferenciais que teriam origem numa situação de pensamento ou fantasia do analisando e as posições contratransferenciais, que seriam uma reação de grande intensidade por parte do analista, em relação ao *acting out* do analisando. Deste modo, Racker referia que, independentemente da experiência emocional do analista, as suas reações tinham sempre alguma relação com processos no paciente. Neste sentido, a sensibilidade e a tentativa de tornar conscientes os processos contratransferenciais seria essencial, e a negação dos mesmos seria prejudicial (Kraemer, 1958).

Numa série de trabalhos, Grinberg vai basear-se no pensamento de Racker e continuar, focando-se na reação específica provocada no analista quando esse se coloca como recetor passivo da projeção maciça que o paciente faz dos seus próprios objetos internos. Este autor identificou um tipo específico de expressão contratransferencial, no qual o analista pode ser levado, inconscientemente, a adotar um papel ativo, em que o paciente tenta colocá-lo, através do uso maciço de identificações projetivas. Este fenómeno foi denominado por Grinberg de contra-identificação projetiva. Sendo de notar que este conceito parece aproximar-se qualitativamente da descrição de contratransferência complementar, proposta antes por Racker (Grinberg, 1970, cit por Zaslavsky, & Santos, 2005).

Outra contribuição relevante foi dada por Money-Kyrle (1956), que procurou fazer uma integração do debate das décadas anteriores, ao afirmar que tanto a utilização de contratransferência como uma mais-valia, como a noção de contratransferência enquanto impedimento existem, isto é, a descoberta dos seus benefícios não invalida que esta funcione também como um entrave. O autor assinala que caso o analista esteja perturbado, essa perturbação pode ter subjacente a contribuição inconsciente do paciente, podendo também o paciente estar perturbado. Se o analista compreender rapidamente este fenómeno, podemos afirmar que a contratransferência está a trabalhar como um aparelho recetor de informação, caracterizando-se por sentimentos de empatia e de procura de contacto com o paciente (contratransferência normal). No entanto, quando surge uma falha neste reconhecimento, passam a existir desvios na contratransferência. Apesar disto, o autor termina com uma perspectiva positiva sobre a contratransferência, assinalando que mesmo quando a contratransferência perturba os sentimentos do analista, esta permite que o terapeuta

reconheça as suas reações, aumentando o seu *insight*, de modo a conhecer mais sobre o seu paciente, e diminuir as suas dificuldades (Money-Kyrle, 1956).

Já em 1961, Baranger e Baranger, partindo dos pressupostos de Heimann e Racker acerca da contratransferência, lançam um novo conceito, o de “campo psicanalítico”. Assim, o campo dinâmico é definido como uma situação de duas pessoas intimamente ligadas, que se complementam durante o processo dinâmico, sendo que nenhum membro dessa relação é dissociável dentro desse processo. O conceito de “campo” amplia de um modo notável a relação paciente-analista descrita por Freud, e posteriormente, por Melanie Klein, sendo extensível a toda a situação analítica, e conseqüentemente ao *setting* e à técnica, possibilitando deste modo, uma visão mais ampla. É de notar, que as ideias de Baranger e Baranger acerca da caracterização da situação analítica como “campo bipessoal” são bastante atuais, com muitos pontos em comum com analistas contemporâneos (Baranger, & Baranger, 1961, cit por Zaslavsky, & Santos, 2005).

Em 1965, Kernberg procurou integrar a perspectiva clássica freudiana e a perspectiva totalística. Assim, definiu a contratransferência clássica, como uma reação inconsciente do terapeuta à transferência do paciente, e a contratransferência totalística como todas as reações emocionais do terapeuta para com o paciente na situação terapêutica, integrando o facto que a existência de uma não invalida a outra. Assim, Kernberg apresentou no seu artigo de revisão de literatura os principais aspetos favoráveis e desfavoráveis das duas perspectivas, sublinhando como válidas as críticas tanto dos teóricos “clássicos”, como dos teóricos “totalísticos”. Assim destacou as críticas colocadas, por parte dos teóricos “clássicos”, aos teóricos “totalísticos” que residiam no enfoque nas reações emocionais do analista, e na intervenção da personalidade do terapeuta, o que segundo os “clássicos” resultava num efeito iatrogénico, devido à posição de neutralidade por parte do analista ser quebrada. No entanto, destacou também a validade das críticas apresentadas pelos teóricos da perspectiva “totalística” da contratransferência aos teóricos da perspectiva “clássica”, que residiam no pressuposto que os últimos, ao considerarem errada a contratransferência e ao não admitirem as influências do inconsciente e real do paciente, e do passado e presente do terapeuta na análise, impossibilitavam a compreensão da situação analítica. Argumentavam também, que um vasto grupo de pacientes com graves perturbações da personalidade era analisável, salientando que estes pacientes despertavam no terapeuta grandes reações contratransferenciais, que não deviam ser negligenciadas, pois era a partir delas que o terapeuta poderia aceder à expressão do mundo interno do paciente (Kernberg, 1965).

Baseando-se na perspectiva kleiniana, e na teoria das relações de objeto, bem como no trabalho de Jacobson, sobre a relação do self e objeto, Kernberg desenvolveu uma visão complexa e criativa da contratransferência, na qual ilustrava que a ideia de identificação projetiva poderia ser interpretada dentro da perspectiva da psicologia do ego. Além disso, enfatizou a ideia de que os conflitos não resolvidos do analista, estimulados pelo material do paciente, constituem um elemento importante em qualquer resposta contratransferencial (Jacobson, 1999).

Depois dos anos 70

Nos anos setenta, o cenário alterou-se abruptamente nos Estados Unidos. À medida que a influência da velha guarda de analistas europeus foi diminuindo com o tempo, os analistas nos Estados Unidos ficaram progressivamente mais expostos às ideias fora dos cânones ideológicos Freudianos. O trabalho de Racker, a escola inglesa das relações de objeto e os autores Kleinianos, tornaram-se cada vez mais familiares e estimularam interesse relativamente à subjetividade do analista e às formas como esta se refletia no mundo interno dos pacientes (Jacobson, 1999).

Em meados da década de oitenta, Greenberg e Mitchell, com base na teoria das relações de objeto, propuseram uma abordagem relacional da contratransferência. Esta perspectiva relacional é similar à perspectiva intersubjetiva, sendo que ambas enfatizam a co-construção da contratransferência. Os teóricos das relações de objeto destacam a interação (não a restringindo à transferência) entre a dinâmica do paciente, e as necessidades, vulnerabilidades e conflitos do terapeuta. Como o paciente pode ser influenciado pelas reações do terapeuta (através da contratransferência ou outras fontes), uma parte importante da análise reside na exploração das percepções do paciente em relação ao terapeuta (Gelso, C., & Hayes, J., 2007).

Se abraçarmos a perspectiva de Gill (1983), e tivermos em conta o paradigma interpessoal, podemos compreender que transferência e contratransferência constituem uma transação constante, o que afasta a ideia da visão de contratransferência como um elemento intrusivo/indesejado dentro do campo analítico, apenas “útil” numa dinâmica essencialmente determinada pelas reações transferências reais do paciente.

Faimberg (1992) define a contratransferência como toda a atividade psíquica do analista que surja com o intuito de compreender o que o paciente diz, ou não consegue dizer,

ao longo da sessão, restaurando a origem da transferência. Segundo o autor, ignorar a contratransferência, leva a que o analista exclua o que lhe pode causar desconforto. O discurso do paciente (verbal e não verbal, manifesto ou latente), as características pessoais do analista, a relação estabelecida com o analista, e a orientação teórica seguida, são fatores que se interrelacionam com a contratransferência. Já De Urtubey (1995), refere que a contratransferência não consiste na resposta global inconsciente do analista, mas sim numa resposta passível de autoanálise no momento, assim, podemos compreender que o trabalho contratransferencial é essencial no desenrolar do processo analítico, promovendo a construção de interpretações adequadas.

Neste clima de mudança, o surgimento do trabalho de vários autores (Gill, 1982; Polônia 1986; Schwaber, 1983; McLaughlin, 1981; Gardner, 1983; Boesky, 1990; Chused, 1991; Stolorow, 1983; Ogden, 1986; ou Renik, 1993 cit por Jacobson, 1999), ajudou a estimular o interesse na contratransferência, bem como noutras questões relacionadas, tais como, a questão da intersubjetividade, da autoanálise, ou os *enactments* (Jacobson, 1999), que correspondem a interações simbólicas entre paciente e analista, consideradas inevitáveis no decorrer da terapia, e detentoras de um significado inconsciente tanto para o terapeuta como para o paciente, ocorrendo quando existe um envolvimento afetivo e comportamental do terapeuta de cariz inconsciente, que é causado pela tentativa do paciente de criar uma representação de uma relação de objeto desejada (Chused 1991). Neste sentido, Gabbard (1995) definiu contratransferência como um conceito que abrange a identificação projetiva num extremo, e o *enactment* no outro, salientando a existência de uma sobreposição entre ambos. Deste modo, a contratransferência seria uma criação conjunta dos dois intervenientes da análise.

A conceção de sujeito analítico, na forma como foi elaborada no trabalho de Klein e Winnicott levou a um aumento da ênfase na interdependência do sujeito e objeto na psicanálise (Ogden, 1992). De acordo com Ogden (1994, p.2), *“o pensamento psicanalítico contemporâneo está a aproximar-se de um ponto, no qual não se pode falar simplesmente do analista e do analisando como entidades separadas, que se percebem mutuamente como objetos. A ideia do analista como uma tela neutra em branco para com as projeções do paciente está a ocupar uma importância cada vez mais diminuta nas conceções correntes do processo analítico”*. Segundo o autor, uma importante questão para a psicanálise, reside no desenvolvimento de uma conceitualização analítica da natureza da interação da subjetividade e intersubjetividade no setting analítico, e a exploração das implicações para a técnica que estes desenvolvimentos conceptuais envolvem (Ogden, 1994).

De acordo com Ogden (1994), o processo analítico reflete a interação de três intersubjetividades: a do analista, a do analisando, e finalmente a do terceiro analítico. O terceiro analítico é a criação do analista e do analisando, e ao mesmo tempo o analista e o analisando são criados pelo terceiro analítico, na medida, em que não existe analista, nem analisando, nem análise, se não existir o terceiro analítico. À medida que o terceiro analítico é experienciado pelo analista e o analisando, no contexto do seu próprio sistema de personalidade, história pessoal, entre outros, a experiência do terceiro analítico (embora criada em conjunto) não é idêntica para cada uma das partes. Ou seja, o terceiro analítico é uma construção assimétrica, porque é gerado no contexto do setting analítico, o qual é fortemente definido pela relação entre os papéis distintos do analista e do analisando. Como resultado, a experiência inconsciente do analisando é privilegiada de um modo específico, na medida em que é a experiência passada e presente do analisando que é tida em conta pelo par analítico, como o assunto privilegiado da análise. A experiência do analista, dentro e fora do terceiro analítico é acima de tudo utilizada como um veículo para a compreensão da experiência consciente e inconsciente do analisando, sendo de notar que analista e analisando não estão envolvidos num processo democrático de análise mútua (Ogden, 1994).

O conceito de terceiro analítico fornece um suporte de ideias acerca da interdependência entre sujeito e objeto, e entre transferência e contratransferência, que auxilia o analista no sentido da obtenção de respostas mais precisas, e de uma linha de raciocínio mais clara, acerca da vastidão da intersubjetividade dos factos clínicos que encontra (Ogden, 1994).

O analista passou a ser visto como um parceiro na jornada analítica. A análise tornou-se num projeto que, utilizando as experiências subjetivas de ambos os intervenientes, lhe permite trabalhar, em conjunto, para desencobrir o núcleo das fantasias inconscientes e construir uma verdade narrativa (Spence, 1982, cit. in Jacobs, 1999). O trabalho original e criativo de Ogden é disso um testemunho. Com base no conceito kleiniano de identificação projetiva, desenvolveu o conceito de “terceiro analítico” que define como “(...) um produto de uma dialéctica única gerada pelas diferentes subjetividades do analista e analisando dentro do setting analítico” (Ogden, 1994, p. 4). Desta forma, pôde perceber como é que paciente e analista, como sujeito e objeto (transferência e contratransferência) interdependentes que são, se juntam para formar um terceiro objeto (Hinshelwood, 1999).

Tendo em conta a perspetiva de Ogden, o estudo da contratransferência do ponto de vista empírico falha, no sentido em que, para obter resultados 100% válidos, e livres de enviesamento, os instrumentos utilizados teriam que abranger no seu espectro de escrutínio

empírico, dimensões que perspetivassem tanto a construção como a materialização do terceiro analítico. Em suma, nesta hipótese medir um conceito abstrato como a contratransferência torna-se extremamente complexo, pois o conceito está interligado com múltiplas variáveis, sendo o binómio transferência-contratransferência mais do que a soma das partes.

Ainda assim, e tendo em conta todas as limitações subjacentes à investigação empírica destes conceitos “voláteis”, existiu um esforço por parte da comunidade científico-académica, sobretudo nos anos 80 e 90, mas também ao longo da última década, em construir instrumentos que possam mensurar estes constructos da melhor forma possível, ou pelo menos mensurar uma parte destes, na perspectiva de uma constante evolução e melhor compreensão da prática clínica. São exemplos destes instrumentos; o *Feeling Word Checklist-FWC* (White, Constantopoulos & Bevans; 1982), o *Impact Message Inventory-IMI* (Kiesler et al, 1985; Kiesler, 1987), o *Countertransference Factors Inventory-CFI* (Van Wagoner et al, 1991), o *Countertransference Rating System-CRS* (Normandin, & Bouchard, 1993), o *Countertransference Index-CT Index* (Hayes, Riker & Ingram, 1997), e mais recentemente o *Countertransference Questionnaire-CTQ* (Zittel Conklin & Westen, 2005), entre outros.

Ainda nos anos 90, Levine (1997) assume a contratransferência, como um constructo fundamental na dinâmica de receção/perceção de dados conscientes e inconscientes, associados à relação analítica e ao mundo interno do paciente. O autor também sublinha que todos os sentimentos, fantasias e pensamentos do analista na relação terapêutica, estão relacionados, ainda que parcialmente com paciente. O autor entende a contratransferência “totalística” e a contratransferência “clássica”, como duas faces da mesma moeda, adotando de certa forma a visão já referida de Kernberg e de Money-Kyrle. Em contraste com Levine, Rocchi (2003), propõe que o conceito de contratransferência seja relacionado com a realidade psíquica do analista, quando este está junto do paciente, e que envolve uma experiência composta por três níveis: consciente, pré-consciente e inconsciente.

Contratransferência na Atualidade

O fenómeno da contratransferência sofreu inúmeras modificações por diferentes paradigmas, desde o momento que Freud a definiu como um fenómeno inconsciente baseado em problemas não resolvidos por parte do analista, sendo esta a definição “clássica” de contratransferência (Kernberg, 1965; Reich, 1960, cit por Hofsess, & Tracy, 2010). Desde então, emergiram outras posições que desafiaram esta perspectiva clássica e contribuíram para

a complexidade do constructo. Estas perspetivas incluem, a visão “totalística” (Heimann, 1950; Little, 1951 cit por Hofsess, & Tracy, 2010), a visão “complementar” (Epstein & Feiner, 1988; Racker, 1968, cit por Hofsess, & Tracy, 2010), e finalmente a conceção relacional da contratransferência. (Aron, 1996; Greenberg & Mitchell, 1983; cit por Hofsess, & Tracy, 2010).

Segundo Matos, (2006) dá-se à contratransferência, um significado análogo ao da transferência, sendo a contratransferência entendida como a transferência que o analista faz para o analisando e/ou a defesa contra essa transferência.

É de referir que Purcell, (2004), introduziu um terceiro promotor de contratransferência, para além dos apontados pela perspectiva “clássica” e pela perspectiva “totalística”. Assim, o terceiro promotor de contratransferência está relacionado com a teoria do próprio analista, e a sua postura relativamente à patologia dos seus pacientes, bem como, relativamente à ação terapêutica. Deste modo, a experiência emocional do analista seria limitada pela sua teoria e pelas suas expectativas perante a terapia. De acordo com Stein (1991, cit. por Purcell, 2004), as expectativas teóricas do terapeuta, podem desencadear emoções negativas quando a terapia não está a correr da forma esperada. O autor salienta, que o modo como o analista percebe a ausência de progresso no paciente, é baseada nas suas próprias expectativas, levando a que o terapeuta possa sentir-se perdido com algumas situações, deixando de ter uma perceção correta do paciente. Apesar disto, Purcell (2004), salienta que os sentimentos positivos, também podem ser desfavoráveis, na medida em que podem impossibilitar o analista de ter em conta resistências, podendo igualmente levar a uma interpretação errónea de determinados comportamentos transferenciais, fazendo com que sejam entendidos como progressos, comportamentos que de facto, funcionam como uma resistência narcísica (Purcell, 2004).

Matos (2006), reconhece três formas de contratransferência: a parental protetora, a adulta genital, e a adulta libertadora, sendo as duas primeiras objeto do trabalho de Harold Searles (cit. por Matos, 2006), e a última defendida pelo próprio autor, que se baseia na desenvolvimento da autonomia do analisando.

Também em 2003, Liegner, faz a diferenciação entre contratransferência objetiva, designando-a como o meio através do qual o terapeuta pode melhor compreender e fazer uso terapêutico da sua resposta às reações transferenciais do paciente, e contratransferência subjetiva, que tem origem na história de vida do analista sublinhando a necessidade de o analista se analisar outra vez. O autor define ainda outras formas de contratransferência, destacando a contratransferência narcísica (indução emocional, no analista, de sentimentos e

impulsos que o paciente experienciou nos primeiros anos de vida, com os seus objetos primários), a contratransferência edípica (sentimentos despertados pelo período de vida compreendido entre os 3 e os 6 anos de idade), e a contratransferência anaclítica (originada pela indução emocional no analista de sentimentos experiências e impulsos das quais o paciente foi privado, mas que são necessários, para tornar-se um adulto maduro), e sugerindo que todas podem ter uma vertente positiva ou negativa, e ter uma raiz objetiva ou subjetiva, ajudando todas elas no diagnóstico, se forem corretamente utilizadas (Liegner, 2003).

Os poucos estudos empíricos feitos ao nível da contratransferência, procuram relacionar o constructo com variáveis como, a experiência, o género, a idade do terapeuta, ou o diagnóstico do paciente (patologia). Uma das poucas variáveis estudadas de forma sistemática são os diagnósticos dos pacientes e a sua relação com os resultados do CTQ-79. Com o objetivo de compreender a relação entre os resultados do CTQ-79, e os diagnósticos efetuados por terapeutas, Betan, e colaboradores (2005), realizaram um estudo, utilizando uma amostra aleatória de 181 psiquiatras e psicólogos. Apesar da singularidade de cada terapeuta e de cada díade, o estudo apontou para uma correlação significativa entre os fatores contratransferenciais e os distúrbios de personalidade, sugerindo que, para além do carácter idiossincrático da contratransferência do clínico (baseado nas sua história pessoal e na interação da díade), existirá o que se poderá chamar de respostas contratransferenciais expetáveis, aludindo para padrões contratransferenciais coerentes, e previsíveis, que provavelmente se assemelharão a respostas vivenciadas por pessoas significativas da vida do paciente, reafirmando a utilidade da visão ampla da contratransferência na compreensão da dinâmica do paciente, no que se refere a padrões interpessoais repetitivos.

Outros autores estudaram a influência do género do terapeuta na contratransferência (Bernardez, 2004; Vives e Rocabert, 2008). Assim, Bernardez (2004) ao abordar a questão do género do terapeuta na relação terapêutica, referiu que é frequente as terapeutas do sexo feminino, não terem um modelo de identificação do sexo masculino, afirmando ainda que devido a proibições sociais, também têm mais propensão a não distinguir entre raiva e ódio saudável, evitando ambos. Neste sentido, Vives e Rocabert (2008) alertam para o facto de que muitas vezes compartilhamos com o paciente características comportamentais, ideológicas e de género, que se tornam “pontos cegos” no terapeuta.

A temática do sonho contratransferencial tem também sido abordada. Assim, Brown (2007) aborda a questão do sonho contratransferencial referindo que este ocorre com suporte num estímulo específico que resulta na reação emocional do analista ao paciente, sendo uma forma de contacto entre inconscientes (do paciente e do analista) e indicando o caminho para

o conhecimento profundo do paciente. Nesta linha, também Vives e Rocabert (2008) abordam os sonhos contratransferenciais, sublinhando que estes ocorrem de forma mais evidente quando existe uma transferência erotizada ou hostil.

Tentando caracterizar o tipo de contratransferência mais habitual na relação de supervisão, Zaslavsky e Santos (2005), referem que a visão “totalística” é a mais constante, e aponta que a neutralidade do analista face ao analisando é uma questão essencial para trabalhar a contratransferência na relação de supervisão. Neste sentido, Zaslavsky e Santos (2005), referem ainda, que apesar da complexidade inerente à utilização do binómio inseparável transferência/contratransferência, este é imperativo para uma boa prática psicanalítica.

Recentemente, Parsons (2006), contribuiu com uma perspectiva única acerca da contratransferência, referindo que existe para além de uma contratransferência relativa ao paciente, uma contratransferência alusiva/referente ao processo. Segundo o autor, a contratransferência é inerente ao processo analítico, e está intrincada na essência do mesmo, assim, esta não acontece apenas em ocasiões específicas ou com dados pacientes em particular. Outra das contribuições de Parsons (2007), residiu na realização de uma revisão em torno das mudanças no conceito, destacando que uma das mudanças mais evidentes está relacionada com a “velha questão dicotómica” da contratransferência como algo prejudicial ou benéfica, outra mudança evidente reside no sujeito de onde é originária a contratransferência, lembrando que na perspectiva “clássica”, a contratransferência tinha origem no analista, ao passo que posteriormente, na perspectiva “totalística”, passou a ser vista como um resultado da influência do paciente (entre outros fatores). Neste sentido, Parsons (2007) sugeriu uma terceira perspectiva distinta das anteriores, que não implica um regresso ao consciente (tanto do analista como do paciente), de conteúdos inconscientes, para que a análise evolua.

Segundo Zachrisson (2009), a contratransferência é utilizada pelos psicanalistas para abordar a participação do analista na relação terapêutica. Zachrisson (2009) advoga um conceito de contratransferência integrado, que funciona como um processo a vários níveis. Assim, num nível intuitivo o terapeuta, a partir da empatia, adquire conhecimento (sobre o paciente), e num nível irracional a partir da identificação projetiva (do paciente), o conhecimento é colocado “dentro” do terapeuta quase de forma subliminar, mantendo-se no nível irracional.

No campo da metodologia, a pesquisa qualitativa é a abordagem mais recente, procurando perceber profundamente o ponto de vista do terapeuta. Ainda que a maioria dos

investigadores atuais, que seguem o pragmatismo anteriormente referido tenham pouca consideração pela pesquisa qualitativa, acreditamos que é uma abordagem extremamente útil, capaz de responder a questões que os estudos quantitativos tradicionais não conseguem. Por exemplo, entrevistas aprofundadas com terapeutas, podem revelar quais os problemas contratransferenciais, que estes experienciaram com os seus pacientes, e como solucionaram esses problemas (Gelso, & Hayes, 2007). Finalmente, estudos quantitativos com pequenas amostras, também podem ser elucidativos. O estudo clássico de Cutler (1958), examinou o fenómeno contratransferencial com dois terapeutas em treino. Os resultados foram de grande valor heurístico, sugerindo que, quando os pacientes tocavam em assuntos conflituosos do terapeuta, este tendia a avaliar o seu próprio comportamento, tal como o do paciente, de forma inadequada (Cutler, 1958, cit por Gelso, & Hayes, 2007, p. 143).

Tendo em conta todas as mudanças assinaladas acerca da contratransferência, Fauth, (2006), acredita que precisamos reconhecer o facto de que os terapeutas são humanos, abordando a situação terapêutica em termos das suas necessidades, objetivos e valores (bem como, as dos pacientes), tendo em conta que as suas apreciações são subjetivas e emocionais por natureza, e que estas pertencem ao contexto relacional da situação terapêutica. Esta postura foca a centralidade das emoções do terapeuta, incluindo as suas emoções positivas, que segundo o autor, têm sido negligenciadas até à data. Os terapeutas experienciam claramente tanto emoções positivas como negativas durante o processo terapêutico. Além disso, as emoções contratransferenciais positivas e negativas dos terapeutas parecem ser independentes entre si, e funcionar como preditores únicos de importantes aspetos do processo terapêutico (Mathisen & Fauth, 2005, cit por Fauth, 2006). Deste modo, Fauth (2006), crê que um maior ênfase nas emoções, incluindo nas emoções positivas (terapeuta), faria com que a investigação ao nível da contratransferência fosse clinicamente mais relevante. O autor espera que seja dada maior atenção às experiências subjetivas e emocionais dos terapeutas, não só no sentido de aprofundar a investigação sobre o conceito, mas também para o sistematizar, contrariando a definição clássica do termo. Assim, espera-se que a sistematização da contratransferência, capacite os terapeutas para reconhecer, compreender e usar a sua contratransferência em benefício de si próprios e dos seus clientes.

Neste panorama, parece pertinente referir a perspetiva de Jacobs (2002), de que a informação que interpretamos acerca das interações transferência/contratransferência, representa uma pequena fração, e em certo sentido apenas o aspeto superficial, do que cada participante regista na situação analítica acerca do outro.

Conclusão

Como observamos, a contratransferência e a perspectiva clássica em seu torno foi preconizada por Freud, e tornou-se predominante até cerca de 1950. Após essa data assistiu-se a uma mudança de paradigma, no qual a contratransferência deixou de ter vista exclusivamente como um entrave à terapia, e passou também a ser tido em conta a sua utilização para o progresso da terapia. Hoje em dia são várias as noções de contratransferência, e apesar da sua reconhecida existência na relação terapêutica, não se verifica consenso acerca do conceito, e das suas aplicações e implicações. Neste sentido, é crucial que se aprofunde a temática, por meio da investigação empírica, numa tentativa de integração das diversas perspectivas.

Numa síntese, no que se refere à situação atual do estudo da contratransferência, Manfredi distingue cinco tendências de abordagens da questão: 1 - a contratransferência já não é considerada uma criação unicamente do paciente que ignorava a transferência do analista; 2 - é problemático diferenciar a contratransferência normal da patológica (os dados à disposição do analista não permitem, quase sempre, uma diferenciação); 3 - para alguns autores, só o tolerar a contratransferência já seria suficiente, dada a dificuldade da diferenciação dos sentimentos envolvidos na parceria; 4 - deveríamos, mais sábia e humildemente, fazer também a rota inversa: procurarmo-nos no paciente, e não só procurá-lo em nós; 5 - existe controvérsia acerca da questão do confessar/revelar ou não, e até quando/quanto, os sentimentos contratransferenciais despertados. Neste sentido, o que Manfredi enfatiza é que a questão está em aberto e ocupa um papel central nos debates teórico-clínicos na psicanálise da atualidade (Manfredi, 1998 cit por Zaslavsky, & Santos, 2005).

Devido à falta de consenso existente, constata-se, que por vezes a “escolha” entre as diversas perspectivas/noções de contratransferência parece ser dúbia, assim, de acordo com Ciccone (2000), talvez a melhor opção seja situarmo-nos com plasticidade entre as várias posições. Segundo Matos, (2006, p. 46), “A contratransferência, não é, pois, sempre resistência. É pelo contrário – quando bem utilizada – o melhor instrumento do analista. É o instrumento resistente que não se desgasta nem cansa, e que estrutura a verdadeira “resistência do analista”, a sua força para prosseguir na luta contra as voltas e reviravoltas da doença psíquica.

Referências

- Bernardez, T. (2004). Studies in Countertransference and Gender: Female Analyst/Male Patient in Two Cases of Childhood Trauma. *Journal Of The American Academy Of Psychoanalysis*, 32(1), 231-254.
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
- Brown, L. J., (2007). On dreaming one's patient: Reflections on an aspect of countertransference dreams. *Psychoanalytic Quarterly*, 76 (3), 835 – 861.
- Chused, J. F. (1991). The evocative power of enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 615 – 640.
- Ciccone, A., (1998;2000). Observação clínica. *Observação da Contratransferência*, 6, 103-115. Climepsi
- Davidson, D., (2009). Negative counter-transference in psychotherapy of personality disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 17, 62-82.
- De Urtubey, L. (1995). Counter transference effects of absence. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 683 – 695.
- Faimberg, H. (1992). The countertransference position and the countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 541 – 546.
- Falchi, V., & Nawal, R. (2009). Transference, countertransference and interpretation: the current debate. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 9, 11-18.
- Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 16-31. doi:10.1037/0033-3204.43.1.16
- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76(3), 475-485.
- Gill, M. M. (1983). The Interpersonal Paradigm and the Degree of the Therapist's Involvement. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 200-237.
- Gelso, C., & Hayes, J., (2007). Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities. *Countertransference and the Psychotherapist's Subjectivity: Conclusions and Recommendations*, 7, 129-146. Erlbaum
- Hayes, J. A., Riker, J. R., & Ingram, K. M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field Study. *Psychotherapy Research*, 7(2), 145-153.

- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy, 48*, 88-97.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis, 31*, 81-84.
- Hinshelwood, R. D. (1999). Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis, 80*, 797-818.
- Hofsess, C., & Tracey, T., (2010). Countertransference as a prototype: The development of a measure. *Journal of Counseling Psychology, 57*, 52-67.
- Jacobs, T. J. (1999). Countertransference Past And Present: A Review Of The Concept. *International Journal Of Psycho-Analysis, 80*, 575-594.
- Jacobs, T. J. (2002). Secondary Revision: On Rethinking the Analytic Process and Analytic Technique. *Psychoanalytic Inquiry, 22*, 3-28.
- Kernberg, O. F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 13*, 38-56.
- Kiesler, D. J. (1985). *Manual for the Impact Message Inventory: Research Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Kiesler, D. J. (1987). *Research manual for the Impact Message Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Kraemer, W. P. (1958). *The dangers of unrecognized counter-transference*. *Journal of Analytical Psychology, 3 (1)*, 29-41.
- Levine, H. B. (1997). The capacity for countertransference. *Psychoanalytic Inquiry, 17*, 44 - 68.
- Liegner, E. (2003). Countertransference: Resistance and therapeutic leverage. *Modern Psychoanalysis, 28 (1)*, 7 – 13.
- Little, M. (1951). Counter-Transference and the Patient's Response to It. *International Journal Of Psycho-Analysis, 32*, 32-40.
- Leitão, L., (2003). Contratransferência: Uma revisão na literatura do conceito. *Análise Psicológica, 2*, 175-183.
- Martín Cabré, L. J. (1998). Ferenczi's Contribution to the Concept of Countertransference. *International Forum Of Psychoanalysis, 7*, 247-255.
- Matos, C., (2006). *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica. Átrio: A contratransferência como resistência do analista e como material do processo analítico*, 29-47. Lisboa: Climepsi

- Money-Kyrle, R. E. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 360-366.
- Normandin, L., & Bouchard, M.-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3, 77-94.
- Ogden, T. (1992). The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis. II. The contributions of Klein and Winnicott. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 613-626
- Ogden, T. H. (1994). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 3-19.
- Parsons, M. (2006). The analyst's countertransference to the psychoanalytic process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 87(5), 1183 – 1198.
- Parsons, M. (2007). Raiding the inarticulate: The internal analytic setting and listening beyond countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(6), 1441 – 1456.
- Purcell, S., (2004). The analyst's theory: A third source of countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 85, 635-652.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Rocchi, C. (2003). On the countertransference of the patient: Transformations of the psychoanalyst's 'theoretical self' and their possible articulations with the vicissitudes of the analytic relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 84, 1221- 1239.
- Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(3), 411-421. doi:10.1037/0033-3204.28.3.411
- Vives, T. L., & Rocabert, J. V., (2008). Reações contratransferenciais e gênero do analista e analisando/a. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42 (4), 145 – 152.
- Whyte, C.R., Constantopoulos, C., & Bevans, H.G. (1982). Types of countertransference identified by Q-analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 187-201.
- Zachrisson, A., (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 18, 177-188.
- Zaslavsky, J., & dos Santos, M. (2005). Countertransference in psychotherapy and psychiatry today. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 1-17.

Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). *Countertransference Questionnaire (CTQ) manual*. www.psychsystems.net/lab.

ARTIGO EMPÍRICO

**CONTRATRANSFERÊNCIA E MECANISMOS DE DEFESA – INDICADORES DE
MUDANÇA NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO**

Resumo

Devido à existência de uma lacuna na investigação acerca da relação entre padrões contratransferenciais e padrões defensivos, estabelecemos como objetivo principal deste estudo, compreender se existe uma relação entre os padrões defensivos decorrentes de determinadas características de personalidade de duas pacientes, e os padrões contratransferenciais desencadeados no seu terapeuta. Para o efeito, os instrumentos utilizados foram, o *Countertransference Questionnaire (CTQ-79)*, a *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)*, e o *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*. As participantes foram duas pacientes do mesmo terapeuta sob psicoterapia de inspiração psicanalítica com a duração de 24 meses para a paciente 1, e com a duração de 18 meses para a paciente 2. Foram selecionadas e analisadas 33 gravações áudio de sessões correspondentes ao início, 6º, 12º, 18º, 24º mês, perfazendo um total de 19 sessões para a paciente 1. Para a paciente 2 as sessões corresponderam ao início, 6º, 12º, e 18º, perfazendo um total de 14 sessões. O questionário *CTQ-79*, foi preenchido pelo terapeuta aos 24 meses para a paciente 1 e aos 18 para a paciente 2. Os resultados não estão totalmente de acordo com a literatura, embora demonstrem que os mecanismos defensivos e os tipos de personalidade das pacientes, despoletaram padrões contratransferenciais correspondentes no terapeuta. Os resultados obtidos foram alvo de uma reflexão crítica, apresentando-se linhas futuras de investigação.

Palavras-Chave: *Contratransferência; Defesas; CTQ-79; DMRS; SWAP-200; Psicoterapia.*

Abstract

Due to the existence of a gap in research on the relationship between countertransference patterns and defensive patterns, we established that the main objective of this study was to understand whether there is a relationship between the defensive patterns resulting from certain personality characteristics of two patients, and countertransference patterns triggered in their therapist. With this purpose the instruments used were the *Countertransference Questionnaire (CTQ-79)*, the *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)*, and *The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*. The participants were two patients from the same therapist attending Dynamic Psychotherapy (24 months for patient 1, 18 months for patient 2). We selected and analyzed 33 audio recordings of sessions corresponding to the beginning, 6th, 12th, 18th, 24th months (total of 19 sessions), for patient 1. For patient 2 the sessions corresponded to the beginning, 6th, 12th, and 18th months (total of 14 sessions). The *CTQ-79* questionnaire was completed by the therapist at the 24th month (patient 1), and at the 18th month (for patient 2). The results are not completely in agreement with literature, although they show that patient's defensive mechanisms and personality types, triggered corresponding countertransference patterns in the therapist. The results were the subject of a critical reflection, and future lines of research were provided.

Keywords: *Countertransference; Defenses; CTQ-79; DMRS; SWAP-200; Psychotherapy.*

Introdução

São vários os autores (Betan, et al, 2005; Fauth, 2006; Hayes, 2004; Schwartz, & Wendling, 2003) que, consensualmente, têm evidenciado a escassa produção de estudos empíricos que tentem avaliar o fenômeno contratransferencial, embora a literatura teórica e clínica seja prolífica, designadamente na forma de casos clínicos. Segundo Hayes, (2004), esta lacuna pode ser justificada a partir de alguns fatores, nomeadamente: a sua origem psicanalítica, sendo este um campo pouco propenso a estudos empíricos acerca do conceito; a propensão académica à reflexão concetual em detrimento da pesquisa; a dificuldade inerente ao estudo da contratransferência; e a resistência, por parte dos terapeutas, ao escrutínio empírico, quer seja por medo de exposição, pelo tempo despendido nas participações, ou por diferenças de valores epistemológicos entre clínicos e investigadores.

Embora exista uma escassez de estudos empíricos acerca de contratransferência, é de notar que diversos instrumentos foram desenvolvidos de forma a medir o constructo. Dos instrumentos psicométricos desenvolvidos especificamente para estudar o fenômeno contratransferencial destacam-se, o *Feeling Word Checklist* (Whyte, Constantopoulos, & Bevans, 1982), que é um instrumento psicométrico que mede as respostas emocionais de terapeutas em relação a pacientes, o *Inventory of Countertransference Behavior* (ICB) (Friedman, & Gelso, 2000), que é um instrumento concebido para mensurar o comportamento contratransferencial do terapeuta, cotado mediante a perceção do supervisor durante sessões de supervisão. O instrumento selecionado para este estudo, o *Countertransference Questionnaire* (CTQ-79) (Zittel Conklin, & Westen, 2005), é um instrumento de autopreenchimento destinado a clínicos/terapeutas, que permite o registo psicométrico e normalizado (para fins clínicos e de investigação) da contratransferência num sentido amplo, ou seja, de respostas cognitivas, afetivas e comportamentais vivenciadas por um terapeuta em interação continuada com um paciente específico.

Os poucos estudos feitos ao nível da contratransferência procuram relacionar o constructo com variáveis como, a experiência do terapeuta, a idade do mesmo e o diagnóstico do paciente (patologia). Uma das poucas variáveis estudadas de forma aprofundada são os diagnósticos dos pacientes e a sua relação com os resultados do CTQ-79. Neste sentido, Betan, e colaboradores (2005), realizaram um estudo com o objetivo de compreender a relação entre os resultados do CTQ-79, e os diagnósticos efetuados por terapeutas, utilizando para o efeito uma amostra aleatória de 181 psiquiatras e psicólogos. Apesar da singularidade de cada terapeuta e de cada díade, o estudo aponta para uma correlação significativa entre os

fatores contratransferenciais e os distúrbios de personalidade, sugerindo que, para além do carácter idiossincrático da contratransferência do clínico (baseado nas sua história pessoal e na interação da díade), existirá o que se poderá chamar de respostas contratransferenciais expetáveis, aludindo para padrões contratransferenciais coerentes, e previsíveis, que provavelmente se assemelharão a respostas vivenciadas por pessoas significativas da vida do paciente, reafirmando a utilidade da visão ampla da contratransferência na compreensão da dinâmica do paciente, no que se refere a padrões interpessoais repetitivos.

A relação entre contratransferência e transferência é algo inseparável, sendo as defesas utilizadas pelo paciente parte desta última. Assim, se determinados tipos de patologia do paciente estão relacionados com a contratransferência “sentida” pelo terapeuta (Betan, et al., 2005), qualquer defesa, maioritariamente utilizada em determinado tipo de patologia, também o está. Deste modo, parece-nos pertinente assumir que determinados padrões defensivos, têm influência nos padrões contratransferenciais do terapeuta. Segundo Perry, e colaboradores (2009), determinados padrões defensivos, estão relacionadas com tipos específicos de patologia. Assim, defesas como a clivagem, e a identificação projetiva estão associadas à patologia *borderline*, e defesas como a onnipotência, e a desvalorização, estão associadas à patologia narcísica ou à antissocial.

Embora sejam escassas as tentativas de operacionalizar e mensurar o fenómeno contratransferencial, vários autores (Cierpka, et al., 2007; Kächele, Schachter, & Thomä, 2008; Kernberg, 2006) apelam para o desenvolvimento de estudos empíricos e concetuais que abordem conceitos psicanalíticos e o processo terapêutico, procurando evitar a esterilidade teórica, melhorar os métodos de operacionalização de constructos, e investigar os processos inerentes à psicanálise e psicoterapias psicanalíticas. Respondendo a este apelo, e de modo a incentivar a expansão de estudos numa área tão importante, porém tão pouco estudada empiricamente, como a da contratransferência, o intuito do presente estudo é o de utilizar o Countertransference Questionnaire- *CTQ-79* (Zittel Conklin, & Westen, 2005), juntamente com a *Defense Mechanisms Rating Scales – DMRS* (Perry, J., 1990), e com o Shedler-Westen Assessment Procedure- *SWAP-200* (Shedler, & Westen, 2007), de forma a compreender se existe uma relação entre os padrões defensivos decorrentes de determinadas características de personalidade de duas pacientes, e os padrões contratransferenciais desencadeados no seu terapeuta.

Método

Participantes

Paciente 1

A paciente 1 tem 37 anos, é solteira, e licenciada. Refere que nunca havia procurado apoio psicológico, mas que o facto ter terminado uma relação amorosa recentemente e de estar desempregada há mais de 1 ano a deixou muito abatida. Apesentou ainda uma assinalada falta de motivação e interesse nas atividades diárias, dificuldades em dormir, e uma elevada preocupação com o seu peso. Clarificou o seu pedido, ao transmitir uma necessidade de ultrapassar a sua elevada dependência nas relações amorosas, e o estado de mal-estar generalizado em que se encontrava.

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

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

Paciente 2

A paciente 2 tem 57 anos, é casada, tem a 3ª classe. Teve três filhos, e um dos filhos (o do meio), faleceu há 16 anos, no entanto, não explica como. A paciente tem um irmão, sendo ela a filha mais nova. É filha de pai desconhecido, devido à variedade de parceiros da mãe. O facto de a mãe ter problemas de álcool, fez com que desde muito cedo tivesse de cuidar da casa, e do irmão. Viveu abandonos sucessivos por parte da mesma, vindo trabalhar sozinha para Lisboa com 12 anos. Ao referir-se à sua infância, salienta que esta foi dura pois por volta dos 6 anos todas as tarefas de casa estavam a seu cargo, e lhe eram exigidas pela mãe.

Vive com o marido, o filho mais novo e a sogra, mulher castigadora que sempre exerceu uma influência repressiva sobre a paciente 2. Apresenta várias problemáticas relacionadas com a saúde física: diabetes, hipertensão, apneia do sono. No momento em que procura apoio psicológico, a paciente encontrava-se a cuidar da sogra em casa. Passado poucos meses, a sua sogra foi transferida para um lar de idosos, onde faleceu pouco tempo depois. Esta situação despertou imensos sentimentos de culpa na paciente, uma vez que durante toda a vida a sua sogra afirmou que não gostaria de acabar a vida num lar de idosos. No entanto, o seu discurso é muito factual, demonstrando alguma dificuldade em nomear/associar os afetos às experiências passadas.

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

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

Terapeuta

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

Terapia

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

Instrumentos

Countertransference Questionnaire (CTQ-79) – (Anexo 1)

O questionário escolhido para aceder aos níveis contratransferenciais do terapeuta, foi o *Countertransference Questionnaire- CTQ-79* (Zittel Conklin, & Westen, 2005). O questionário foi adaptado para a versão portuguesa por Gomes, (2008).

O *CTQ-79*, é um instrumento de autopreenchimento, destinado a clínicos/terapeutas, que permite o registo psicométrico e normalizado (para fins clínicos e de investigação), de respostas cognitivas, afetivas, e comportamentais vivenciadas por um terapeuta em interação continuada com um paciente específico. O *CTQ* é composto por 79 itens, cotados individualmente utilizando uma escala tipo Likert de 5 valores (1=não é verdadeiro de todo, 3=de algum modo verdadeiro, e 5=bastante verdadeiro). Os itens foram elaborados com base em revisões de literatura (clínica, teórica e empírica) referentes à temática da contratransferência, tendo sido posteriormente analisados por vários clínicos experientes que os reviram para que fossem claros e compreensíveis. Os itens avaliam uma ampla gama de respostas, desde sentimentos específicos (e.g., “I feel bored in sessions with him/her”) a constructos complexos, como o da identificação projetiva (e.g., “*More than with most patients, I feel like I’ve been pulled into things that I didn’t realize until the session was over*”). O uso de linguagem técnica e/ou jargão específico a correntes teóricas foi evitado na construção dos questionário, tendo os autores optado por escrever os itens em linguagem comum, para que o instrumento pudesse ser utilizado na comparação de psiquiatras e psicólogos com diversas orientações teóricas (Betan et al., 2005; Betan & Westen, 2009).

O *CTQ-79*, é composto por 8 fatores: *Overwhelmed/Disorganized* (fator 1); *Helpless/Inadequate* (fator 2); *Positive* (fator 3); *Special/Overinvolved* (fator 4); *Sexualized* (fator 5); *Disengaged* (fator 6); *Parental/Protective* (fator 7); *Criticized/Mistreated* (fator 8). A estrutura fatorial obtida permite obter um complexo panorama dos processos contratransferenciais existentes nas relações entre clínicos/terapeutas, e pacientes. As distintas dimensões contratransferenciais permitem um delineamento detalhado e complexo da contratransferência, ultrapassando a visão dicotómica e simplista de classificação da contratransferência em positiva e negativa. As dimensões *Overwhelmed/Disorganized* (fator 1), *Helpless/Inadequate* (fator 2), *Disengaged* (fator 6) e *Criticized/Mistreated* (fator 8) expressam diferentes aspetos do que comumente se pode considerar contratransferência negativa; similarmente, as dimensões *Positive* (fator 3), *Parental/Protective* (fator 7), *Sexualized* (fator 5) e *Special/Overinvolved* (fator 4) sugerem filiação e proximidade, o que

comumente poderíamos chamar de contratransferência positiva. No entanto, estas dimensões têm origens clínicas distintas e implicações diversas no tratamento (Westen & Betan, 2009).

Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)

Para aceder à variação dos mecanismos de defesa ao longo do processo psicoterapêutico, foi utilizado como instrumento a *Defense Mechanism Rating Scales-DMRS* (Perry, 1990). O manual da *DMRS* (Perry, 1990), explica detalhadamente como identificar mecanismos de defesa a partir de transcrições de sessões, bem como, de gravações de sessões em áudio, ou em vídeo. Na sua versão atual (5ª ed.), a *DMRS*, é composta pela definição de 28 mecanismos de defesa, incluindo a função de cada um, e comentários sobre como discriminá-los de outras defesas.

Segundo Perry, e colaboradores (2009), vários estudos levaram a uma hierarquização consensualmente aceite, sendo exemplos desta hierarquização o *Defensive Functioning Scale no DSM-IV* (A.P.A., 1994), e a *Defensive Mechanism Rating Scales- DMRS* (Perry, 1990). Na *DMRS* (Perry, 1990) foram incluídos 28 mecanismos defensivos de acordo com o seu nível de adaptabilidade e maturidade. Estão previstos os seguintes níveis de funcionamento das defesas: I- Maduras: 7. Nível mais adaptado (maduro) - afiliação, altruísmo, antecipação, humor, assertividade, auto-observação, sublimação, supressão. II- Neuróticas: 6. Obsessivas-intelectualização, isolamento dos afetos, anulação. 5. Outras defesas de nível neurótico- (a) recalçamento, dissociação, (b) formação reativa, deslocamento. III- Imaturas: 4. Nível de distorção de imagem menor (narcísico) - desvalorização, idealização, onnipotência. 3. Nível de evitamento- negação, projeção, racionalização. Embora não consista numa defesa de evitamento, a fantasia autística é incluída neste nível. 2. Nível de distorção de imagem maior (*borderline*) - clivagem da imagem dos outros, clivagem da imagem do próprio, identificação projetiva. 1. Defesas de ação- agir (*acting out*), hipocondria (pedido de ajuda/rejeição/queixa), e agressão passiva. De acordo com Perry, e colaboradores (2009), a *DMRS* ainda não contempla uma secção completa de defesas de nível psicótico relativamente à produção de uma listagem de cotação das mesmas, sendo que estas se encontram em revisão por parte dos autores.

O manual da *DMRS* (Perry,1990), determina uma forma de avaliação qualitativa e outra quantitativa dos mecanismos de defesa.

De acordo com o procedimento estabelecido para a avaliação qualitativa, os avaliadores treinados devem identificar ao final da entrevista, os mecanismos defensivos

predominantemente utilizados pelo paciente, numa escala qualitativa de três pontos na qual: 0- corresponde à ausência de ocorrência do mecanismo; 1- à sua presença provável; e 2- à sua presença definitiva. De acordo com Perry, (1990), na avaliação quantitativa da *DMRS* (Anexo 4), o investigador identifica o uso de cada mecanismo defensivo assim que este ocorre na sessão. Após este completar a avaliação, o número total de vezes que determinada defesa foi identificada, é multiplicada pelo peso da sua categoria, que vai de 7 (nível maduro/mais adaptado) a 1 (nível mais imaturo/menos adaptado), sendo depois dividido pelo número total de defesas encontradas, resultando numa percentagem individual para cada defesa em específico. Após esta operação, a percentagem total de defesas em cada nível defensivo, forma a base para o que os autores denominam “perfil defensivo”, o qual representa a natureza do funcionamento do paciente em determinado momento do processo terapêutico, e pode ser comparado com o funcionamento do mesmo, noutros momentos do processo terapêutico.

As pontuações de todas as defesas são reunidas pela pontuação do *Overall Defensive Functioning – ODF*. Este número varia de 1.00 a 7.00, conforme o grau de adaptação do funcionamento defensivo do paciente. De acordo com Lingardi e colaboradores (2010), em várias amostras clínicas, de sessões completas, as pontuações situam-se normalmente entre 2.5 e 6.5. Assim, as pontuações aproximadas do Funcionamento Defensivo Geral, podem ser categorizadas da seguinte forma: 1 – Pontuações abaixo de 5.0, são associadas a perturbações da personalidade, depressões severas, e a condições borderline; 2 – Pontuações situadas entre 5.0 e 5.5, são associadas a personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas; 3 – Pontuações de 5.5 até 6.0, remetem para funcionamentos neuróticos saudáveis; 4 – Pontuações acima de 6.0 são associadas a funcionamentos superiores.

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

Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) – Anexo 10

O *SWAP-200* é um instrumento de avaliação utilizado para fazer o diagnóstico da psicopatologia da personalidade. O *SWAP-200* inclui não só itens que refletem os critérios de diagnóstico no Eixo II, mas também um número substancial de descritores de personalidade (Shedler & Westen, 2010). A sua tradução para a língua portuguesa foi realizada por Pires e colaboradores (2012). É uma medida clinicamente sensível, confiável e válida de

Perturbações de Personalidade. Segundo os seus criadores o *SWAP-200* é “um método empírico rigoroso de diagnóstico que preserva a riqueza e complexidade das descrições clínicas dos casos” (Shedler & Westen, 2007). É constituído por um conjunto de 200 frases/afirmações que permitem a descrição do funcionamento psicológico de um paciente. O *SWAP-200* permite-nos não nos restringir aos sintomas observáveis, mas incluímos e medimos também as dinâmicas de personalidade subjacentes a estes mesmos sintomas. Está-se interessado em obter a descrição que reflita as qualidades estáveis e duradouras, e não simplesmente estados momentâneos. Se existirem dúvidas quanto à cotação, o paciente deve ser descrito tendo em conta acontecimentos do seu último ano de vida (Shedler & Westen, 2010).

No *SWAP-200*, a pontuação das perturbações de personalidade foi transformada em *T-scores*, onde a média é de 50 e o desvio padrão de 10. Sendo que 50 é a pontuação de referência, quanto mais o *T-score* é elevado acima de 50, maior é o encontro entre o paciente e o protótipo de diagnóstico. O que foi constatado nos estudos de validação do teste *SWAP-200* foi que um *T-score* maior que 60, é um ponto apropriado a partir do qual se pode fazer um diagnóstico da categoria relativa à perturbação de personalidade, usando as atuais categorias do eixo II do *DSM-IV*. Se nas várias categorias o valor for igual ou superior a 60, é escolhido o valor mais elevado para caracterizar o diagnóstico dominante. Valores de *Personality Disorder Factors – PD*, *Q-Factors* e/ou do *Factor T-score*, superiores a $T=55$, marcam um traço significativo da respetiva perturbação de personalidade. (Shedler & Westen, 1999a; Shedler & Westen, 1999b).

O programa operacional do *SWAP-200* gera três quadros de análise distintos: o primeiro, *Personality Disorder T-scores* (classificação do paciente nas categorias de diagnóstico da Perturbação de Personalidade do eixo II do *DSM-IV*); o segundo, *Q-factor T-scores* (análise que proporciona pontuações de um conjunto alternativo de perturbações da personalidade identificados empiricamente, sendo um sistema alternativo que aborda as limitações do sistema de diagnóstico do *DSM-IV*, foi projetado para capturar mais fielmente os padrões e perturbações observados na prática clínica); o terceiro, *Factor T-score* (serve como um complemento à avaliação dos quadros anteriores, e é composto por categorias desenvolvidas pelos autores com base no modelo dos cinco fatores). Em cada uma das três vertentes de análise existe uma categoria específica onde se encaixam os itens mais saudáveis, e de melhor funcionamento e adaptabilidade do paciente (a categoria *Psych Health Index*, no primeiro e segundo gráfico, e a *Psychological Health* no terceiro).

Procedimento

Primeiramente efetuou-se um estudo aprofundado dos instrumentos, visando alcançar um maior entendimento sobre o seu funcionamento, e a sua aplicação e procedeu-se a uma fase de treino da *DMRS*, para familiarização e preparação para as futuras aplicações utilizadas no estudo empírico final. O treino residiu na aplicação do instrumento a notas de sessões de 2 pacientes, tendo sido analisadas 6 sessões de cada paciente, perfazendo um total de 12 sessões de treino analisadas. O treino do instrumento foi efetuado por dois avaliadores (o autor do estudo e um finalista de mestrado), que realizaram de forma independente as cotações da *DMRS*, de modo a assegurar a validade requerida pelo instrumento. No final da cotação de cada sessão, as cotações de cada avaliador foram comparadas, tendo-se obtido um acordo inter-observadores de $r = 0.78$.

Depois da fase de treino, foram analisadas as gravações de sessões áudio de duas pacientes (paciente 1 e paciente 2), seguidas em psicoterapia de inspiração psicanalítica pelo mesmo terapeuta, por um período de 24 meses no caso da paciente 1, e durante um período de 18 meses no caso da paciente 2 (Anexo 8; Anexo 9).

Para a análise das defesas foi escolhida a versão quantitativa da *DMRS*, pois segundo Perry, (1990), esta versão é a mais indicada para estudos longitudinais que visam a deteção de mudança no processo. A cotação da *DMRS* foi realizada por 2 avaliadores independentes (o autor do estudo, e um finalista de mestrado), que no final da cotação das sessões compararam as suas cotações chegando a um acordo numa cotação final, tal como é requerido no manual do instrumento. Os dados da *DMRS* foram calculados segundo as fórmulas disponíveis no manual do instrumento.

Os dados do *SWAP-200* utilizados no estudo foram cotados por um terceiro avaliador (finalista de mestrado) que procedeu primeiramente a um estudo aprofundado do instrumento, visando a familiarização e preparação para as futuras aplicações utilizadas no estudo empírico final. O treino residiu na aplicação do instrumento a notas de sessões de 2 pacientes, tendo sido analisadas e cotadas 6 sessões de cada paciente, perfazendo um total de 12 sessões de treino analisadas. O treino do instrumento foi efetuado por um único investigador (finalista de mestrado), que discutiu as cotações com um avaliador treinado no *SWAP* (orientador da dissertação), procedendo de seguida à análise e cotação das sessões da paciente 1 e 2 (Anexo 11; Anexo 13). A análise dos dados relativos ao *SWAP-200* foi feita com recurso ao programa disponível em formato *Excel*.

Para a avaliação dos mecanismos de defesa, feita através da *DMRS* na sua versão quantitativa, e para a avaliação das características de personalidade realizada através do

SWAP-200, foram selecionadas e analisadas 33 gravações áudio de sessões. No caso da paciente 1, as sessões analisadas corresponderam a 4 sessões do início, 6º, 12º, 18º, e três sessões do 24º mês, perfazendo um total de 19 sessões. Quanto à paciente 2 as sessões analisadas corresponderam a 4 sessões do início, 4 sessões do 6º mês, 2 sessões do 12º mês, e 4 sessões do 18º mês, perfazendo um total de 14 sessões.

Para evitar o enviesamento dos resultados os avaliadores quer do *DMRS*, quer do *SWAP-200*, desconheciam o período a que pertenciam as sessões analisadas, durante a sua cotação dos respetivos instrumentos, tendo tido apenas acesso a esta informação após o término da cotação dos mesmos.

O questionário *CTQ-79*, foi preenchido pelo terapeuta no final de ambas as terapias (24º mês para a paciente 1, 18º mês para a paciente 2); (Anexo 2; Anexo 3). Foi solicitado ao terapeuta que considerasse toda a duração das terapias para responder às questões, e foi garantida a confidencialidade dos resultados. A aplicação dos questionários teve aproximadamente uma duração de 30 minutos. Para o tratamento dos dados recolhidos, foi utilizada uma versão eletrónica do *CTQ-79*, fornecidos pelos autores originais do instrumento, e foi elaborada uma grelha de resultados. Realizou-se a análise dos resultados dos diferentes instrumentos (*CTQ-79*, *DMRS*, *SWAP-200*).

Resultados

Nesta secção vamos proceder à análise dos dados da contratransferência do terapeuta (*CTQ-79*), dos dados dos funcionamentos defensivos das pacientes (*DMRS*), e dos dados referentes às características de personalidades das mesmas (*SWAP-200*), no sentido de compreender se existe uma relação entre os padrões defensivos das duas pacientes, e os padrões contratransferenciais desencadeados no terapeuta. Vamos utilizar o *SWAP-200* do início da terapia de ambas as pacientes, para apresentar as características de personalidade destas em bruto, ou seja, sem o efeito da terapia. No *SWAP-200* vamos-nos concentrar no quadro de análise *Personality Disorder T-scores*, que se refere à classificação do paciente nas categorias de diagnóstico da Perturbação de Personalidade do *DSM-IV*, pois os poucos estudos efetuados em torno da contratransferência, e da sua relação com o tipo de personalidade do paciente (Betan, et al, 2005; Betan & Westen, 2009), têm como ponto de referência os atuais critérios de diagnóstico, propostos no eixo II do *DSM-IV*. É de notar, que apesar de nos centrarmos nos dados do quadro de análise *PD T-Scores*, complementamos os

resultados com o quadro *QFactor T-score*, no sentido de trazer alguma riqueza proveniente destes.

Paciente 1 - Resultados *DMRS*; *SWAP -200*; e *CTQ-79*

O perfil defensivo da paciente 1 (Figura 1), sofreu várias alterações ao longo dos 24 meses de terapia. Inicialmente a paciente, utilizou maioritariamente defesas dos grupos: “Outras Neuróticas” (1ª dimensão mais utilizada – nível 5), “Evitamento” (2ª dimensão mais utilizada – nível 3), “Defesas Obsessivas” (3ª dimensão mais utilizada – nível 6), e “Narcísicas” (4ª dimensão mais utilizada – nível 4). Relativamente às dimensões menos utilizadas, estas correspondem aos seguintes grupos defensivos: “Ação” (1ª dimensão menos utilizada – nível 1), “Defesas Maduras” (2ª dimensão menos utilizada – nível 7), e “Borderline” (3ª dimensão menos utilizada – nível 2). No início da terapia, o *Overall Defensive Functioning – ODF* da paciente 1 correspondia a 4,02, o que está associado a perturbações de personalidade, depressões severas, e a condições borderline (Lingiardi et al., 2010). A percentagem de defesas mais utilizadas neste período corresponde a: Formação Reativa (17,5%); Projeção (12,9%); Anulação (10,7%); e Desvalorização (10,4%).

No 6º mês de terapia, as dimensões defensivas mais utilizadas, decresceram levemente em todos os grupos, com a exceção do grupo “Narcísicas” (nível 4), onde se verificou um aumento moderado. Nas dimensões defensivas assinaladas como as menos utilizadas, existiu um aumento significativo do grupo “Ação” (nível 1). O *ODF* da paciente situou-se no valor 4,09, mantendo-se com poucas alterações relativamente ao início. A percentagem de defesas mais utilizadas neste período foi: Desvalorização (14,3%); Formação Reativa (13,3%); Anulação (10,8%); e Projeção (10%).

No que concerne ao 12º mês de terapia, os resultados vão ao encontro dos dados verificados no 6º mês, excetuando um aumento ligeiro do grupo “Evitamento” (nível 3), e uma diminuição leve do grupo “Defesas Obsessivas” (nível 6), relativamente às defesas mais utilizadas. Nas defesas menos utilizadas, o grupo “Defesas Maduras” (nível 7) sofreu um aumento ligeiro que acompanhou a gradual subida observada nos períodos anteriores da terapia, também o grupo “Ação” (nível 1) seguiu o padrão demonstrado de aumento ligeiro. O *ODF* da paciente situou-se no valor 4,07, seguindo o mesmo padrão dos períodos anteriores. A percentagem de defesas mais utilizadas neste momento da terapia foi: Desvalorização (13,9%); Recalcamento (11,7%); Negação (11,3%); e Racionalização (9,9%).

No 18º mês, existiram mudanças significativas no perfil defensivo da paciente, no que diz respeito às defesas mais utilizadas, o grupo “Outras Neuróticas” (nível 5), sofreu um forte decréscimo, e o grupo “Narcísicas” (nível 4) um aumento significativo, o que parece explicar, o decréscimo acentuado do *ODF*, que se situou no valor 3,83, o que corresponde a um aumento de utilização de defesas menos evoluídas. Nas defesas menos utilizadas os resultados mantiveram-se semelhantes aos três períodos anteriores. A percentagem de defesas mais utilizadas neste período foi: Desvalorização (19,4%); Negação (11,6%); Racionalização (11,6%); e Deslocamento (8,8%).

No 24º mês de terapia, destacaram-se mudanças significativas relativamente às defesas mais utilizadas, sendo que o grupo “Outras Neuróticas” (nível 5) aumentou significativamente, e o grupo “Defesas Obsessivas” (nível 6) também sofreu um aumento acentuado, o que inverteu o resultado do período anterior, e parece explicar o notável decréscimo no grupo “Narcísicas” (nível 4), e no grupo “Evitamento” (nível 3). É de notar, que nas defesas menos utilizadas, o grupo “Ação” (nível 1) decresceu ligeiramente, e o grupo “Defesas Maduras” (nível 7), sofreu o aumento mais significativo de todos os momentos de terapia, o que está ligado ao aumento do valor *ODF* (4,56), sendo este o valor mais alto atingido em todos os momentos, o que reporta ao aumento da utilização de defesas mais evoluídas no final da terapia. A percentagem de defesas mais utilizadas neste período foi: Formação Reativa (16,5%); Anulação (14,4%); Negação (10,6%); e Projeção (10,1%).

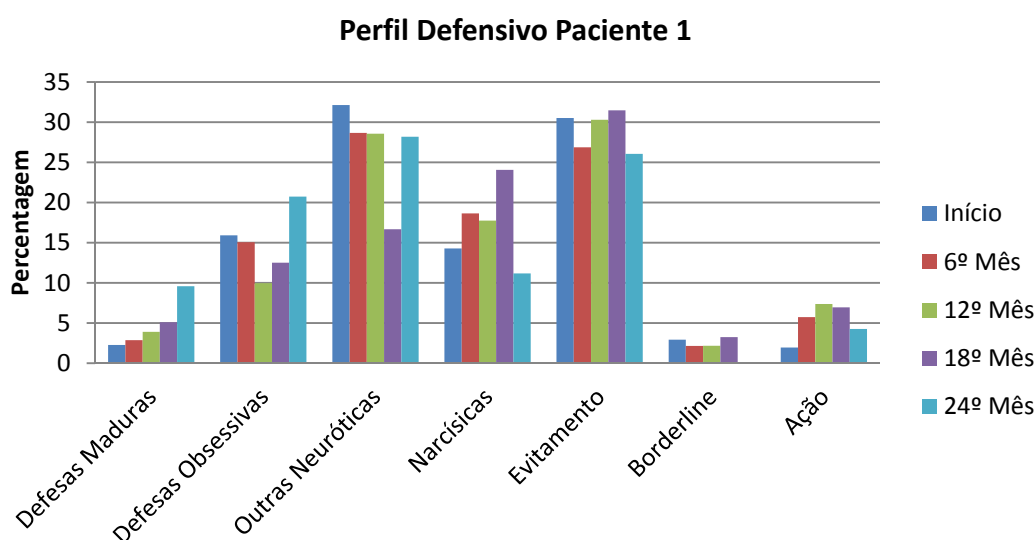


Figura 1 – Perfil Defensivo – Paciente 1 (Anexo 5)

No *SWAP-200* (Anexo 12), relativamente ao quadro de classificação da Perturbação de Personalidade do *DSM-IV* (*PD T-scores*; Figura 2), no início da terapia, (sendo este destacado por ser o que revela as características da personalidade da paciente no início do processo, e portanto em bruto, sem influência da psicoterapia), podemos notar que no início do processo, a paciente registou o valor mais alto na categoria “Dependente” (59,6), o que chama a atenção para a possibilidade de existência de uma perturbação de personalidade dependente, corroborada pelo valor do *ODF* inicial (*DMRS*) de 4,02, que também remete para perturbação de personalidade (Lingiardi, et al, 2010). É também de referir a existência dos traços de personalidade “Borderline” (57,9), e “Histriónico” (57,3). O nível de funcionamento mental “*Psych Health Index*” situou-se na média esperada (53,0). Relativamente aos valores do “*Q Factor T-Scores*” (Figura 3), estes vão ao encontro dos resultados encontrados no *PD T-Score*, evidenciando com mais saliência a subcategoria “Dependente” (65,5), o que confirma a presença de uma perturbação de personalidade, já apontada no *PD T-Score*, e no valor de *ODF* da *DMRS*.

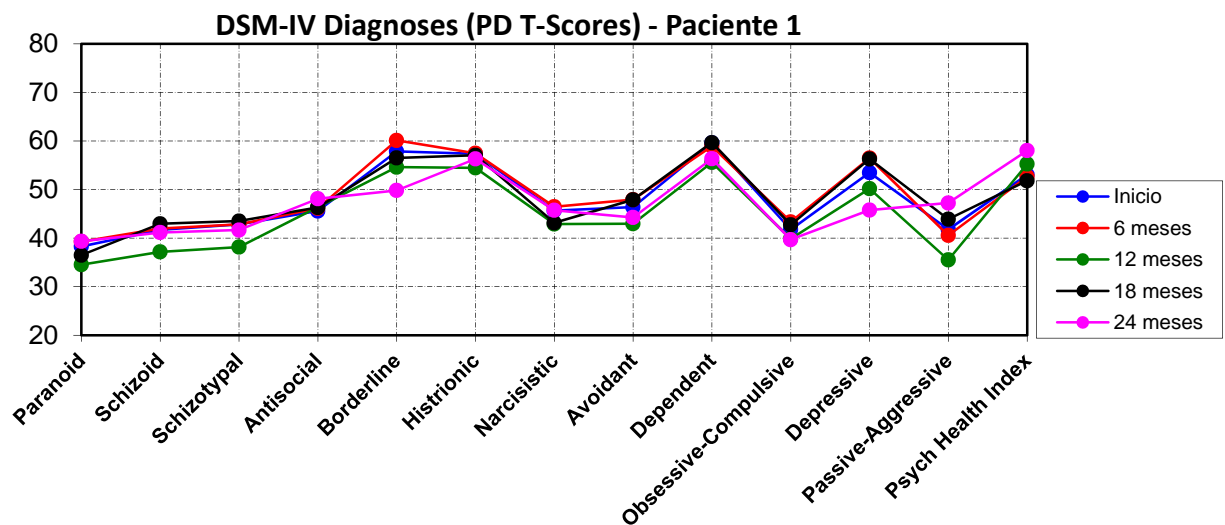


Figura 2 – DSM-IV Diagnoses (PD T-Scores) – Paciente 1 – Anexo 12

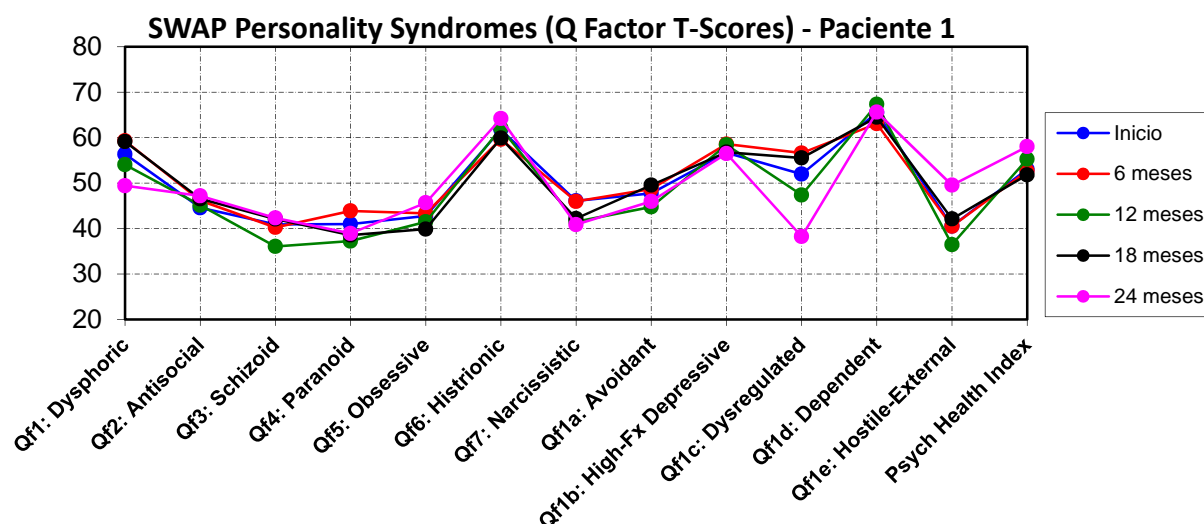


Figura 3 – Swap Personality Syndromes (Q Factor T-Scores) – Paciente 1 – Anexo 12

Relativamente aos dados obtidos no *CTQ-79* (Tabela 1), verifica-se que o fator mais saliente corresponde ao *Positive/Satisfying* (3,25). É de notar, que o fator *Positive/Satisfying* reporta a uma aliança terapêutica sentida como positiva, a um sentimento de ligação ao paciente, e a sentimentos de confiança nos resultados da terapia (Betan, et al, 2005; Betan & Westen, 2009). Todos os outros fatores presentes no *CTQ-79* demonstraram resultados baixos, destacando-se apenas, embora discretamente, o fator *Parental/Protective* (1,67), que apesar de apresentar um valor significativamente mais baixo, comparativamente ao fator *Positive/Satisfying* (3,25), se encontra acima dos restantes. É de notar, que o fator *Parental/Protective*, reporta a um desejo de proteger e cuidar do paciente num sentido parental, bem como, a sentimentos de zanga com elementos significativos da vida do paciente que o possam ter magoado (Betan, et al, 2005; Betan & Westen, 2009).

Factor Scores Paciente 1	
Hostile/Mistreated	1,11
Helpless/Inadequate	1,44
Positive/Satisfying	3,25
Parental/Protective	1,67
Overwhelmed/Disorganized	1,22
Special/Overinvolved	1,40
Sexualized	1,40
Disengaged	1,00

Tabela 1 – Factor Scores – Paciente 1 (Anexo2)

Paciente 2 - Resultados *DMRS*; *SWAP -200*; e *CTQ-79*

No decorrer da terapia o perfil defensivo da paciente 2 (Figura 4), sofreu várias alterações. Inicialmente a paciente, utilizou sobretudo defesas dos grupos: “Evitamento” (nível 3), “Outras Neuróticas” (nível 5), “Narcísicas” (nível 4), e “Defesas Obsessivas” (nível 6). As dimensões menos utilizadas, corresponderam aos grupos defensivos: “Ação” (nível 1), “Borderline” (nível 2), e “Defesas Maduras” (nível 7). Para a paciente 2, os resultados obtidos no início da terapia, corresponderam a um *Overall Defensive Functioning – ODF* de 4,37, o que está associado a perturbações de personalidade, depressões severas, e a condições borderline (Lingiardi et al., 2010). A percentagem de defesas mais utilizadas foi: Racionalização (19,3%); Idealização (12,4%); Deslocamento (10,6%) e Projeção (8,7%).

Relativamente ao 6º mês de terapia, das dimensões defensivas assinaladas como as mais utilizadas, verificou-se um decréscimo leve nos grupos “Outras Neuróticas” (nível 5), e “Narcísicas” (nível 4), bem como, uma diminuição significativa no grupo “Evitamento” (nível 3), e um aumento ligeiro do grupo “Defesas Obsessivas” (nível 6). Nas dimensões defensivas assinaladas como as menos utilizadas, registou-se um aumento muito acentuado do grupo “Defesas Maduras” (nível 7), que se tornou neste período, o grupo defensivo mais utilizado, o que parece explicar o aumento significativo do valor *ODF* (5,21) que aumentou para o valor mais alto registado em toda a terapia, o que aponta para um aumento acentuado na utilização de defesas mais evoluídas, e está associado a personalidades neuróticas e a perturbações sintomáticas (Lingiardi et al., 2010). É também de referir que a partir deste momento de avaliação o grupo “Defesas Maduras”, passou a estar inserido nas defesas mais utilizadas pela paciente. A percentagem de defesas mais utilizadas neste período foi: Racionalização (10,9%); Anulação (9,3%); Antecipação (8,5%); e Isolamento dos Afetos (8,5%).

No 12º mês de terapia, registou-se uma quebra significativa no grupo “Defesas Maduras” (nível 7), e um aumento nos grupos “Outras Neuróticas” (nível 5), e “Evitamento” (nível 3), tendo os restantes grupos de defesas mais utilizadas mantido a sua constância. Nas defesas menos utilizadas, a única alteração relevante deu-se no grupo “Ação” (nível 1) que demonstrou um aumento ligeiro. Estes resultados vão de acordo com o decréscimo do valor *ODF* (4,61) parece estar estritamente relacionado com o decréscimo acentuado do grupo defensivo “Defesas Maduras” (nível 7). É de notar que este decréscimo no uso de defesas mais adaptadas, coincidiu com a morte da sua sogra. A percentagem de defesas mais utilizadas neste período foi: Racionalização (13,5%); Projeção (12,4%); Deslocamento (11,2%); e Isolamento dos Afetos (10,1%).

Relativamente ao final da terapia (18º mês), existiram mudanças acentuadas no perfil defensivo da paciente, pois todos os grupos defensivos sofreram um decréscimo de valores, à exceção do grupo “Defesas Maduras” (nível 7), que apresentou os valores mais altos registados ao longo de todos os momentos da terapia, o que vai de acordo com o aumento do valor *ODF* que se situou no 5,03, e que corresponde a um aumento de utilização de defesas mais evoluídas no final da terapia, e está associado a personalidades neuróticas e a perturbações sintomáticas (Lingiardi et al., 2010). A percentagem de defesas mais utilizadas neste período foi: Deslocamento (14,2%); Antecipação (13,4%); Racionalização (11%); e Projeção (10,2%)

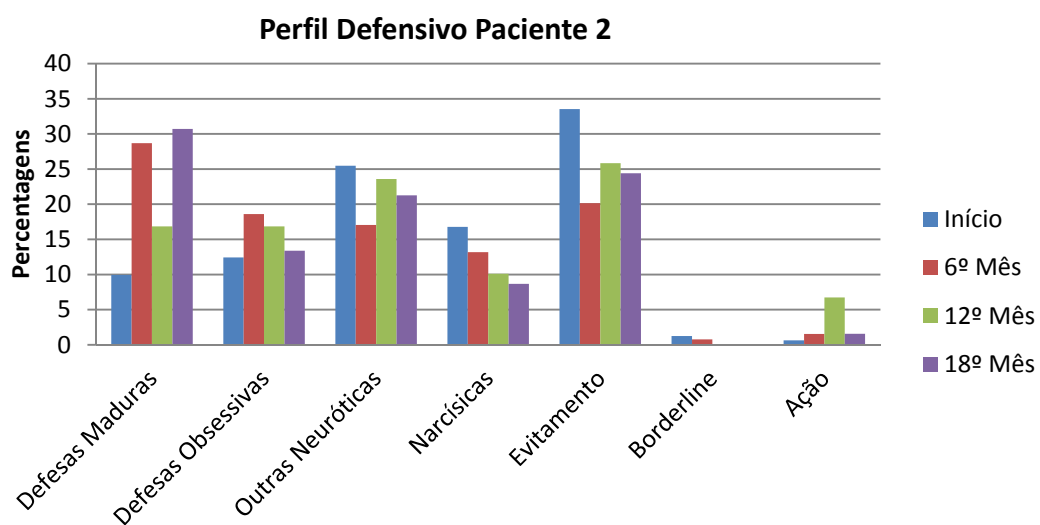


Figura 4 – Perfil Defensivo – Paciente 2 (Anexo 5)

No *SWAP-200* (Anexo 14), relativamente ao quadro de classificação da Perturbação de Personalidade do *DSM-IV* (*Personality Disorder T-scores*; Figura 5), no início da terapia, sendo este destacado por ser o que revela as características da personalidade da paciente no início do processo, e portanto em bruto (sem influência da psicoterapia), existe uma distribuição relativamente homogénea para a paciente 2 (entre 34.9 a 49.8), não sendo perceptível qualquer valor significativo, apropriado para fazer um diagnóstico da categoria relativa à perturbação da personalidade, para o eixo II do *DSM-IV*. O único dado digno de referência resulta da categoria “*Psych Health Index*” (68,4), que remete para um bom funcionamento mental da paciente. Já nos dados do quadro “*Q-factor T-scores*” (Figura 6; sistema alternativo de avaliação que aborda as limitações do sistema de diagnóstico do *DSM-IV*), é evidenciada a categoria “Obsessivo” (61.3), e a subcategoria “Depressão” (61,3), o que contrariamente aos resultados verificados no quadro anterior (*PD T-scores*), corrobora o valor inferior a 5 encontrado no *ODF* da paciente ao início da terapia, e que reporta a perturbação

de personalidade, ou a depressão severa, segundo Lingiardi e colaboradores (2010). Para além da depressão, sobretudo evidenciada no quadro “*Q-factor T-scores*”, a categoria “Obsessão” revelou uma evolução ascendente até ao final da terapia, tendo sido a categoria que mais consistentemente sobressaiu na paciente, evidenciando-se como um traço da sua personalidade que atingiu o seu valor mais elevado (57,8) no quadro *Personality Disorder T-scores*, ao 12º mês, data esta que coincidiu com a descida/pioria do *ODF* da *DMRS*, e com a morte da sogra da paciente.

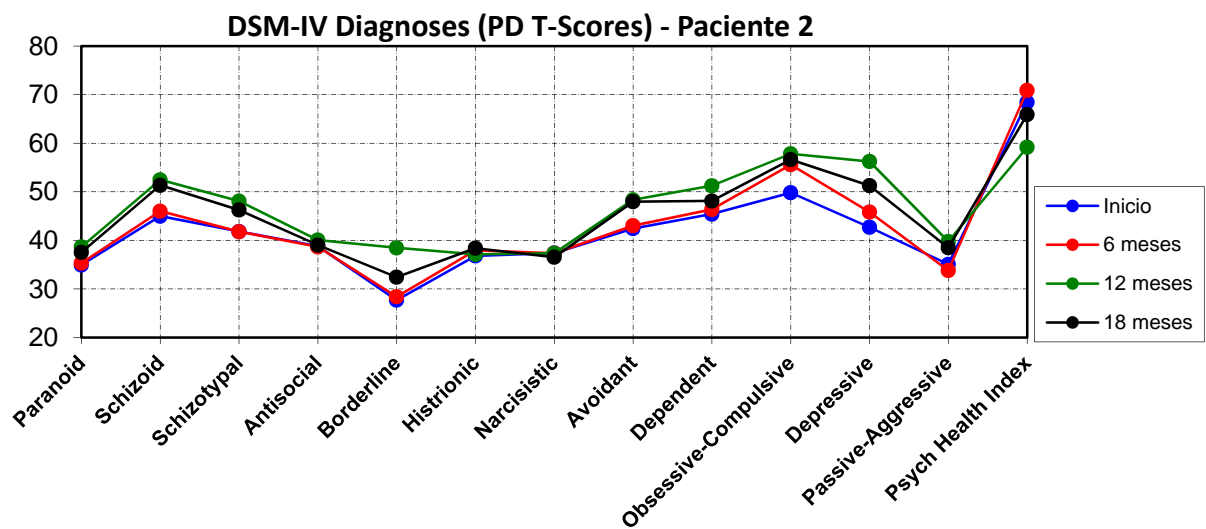


Figura 5 – DSM-IV Diagnoses (PD T-Scores) – Paciente 2 – Anexo 14

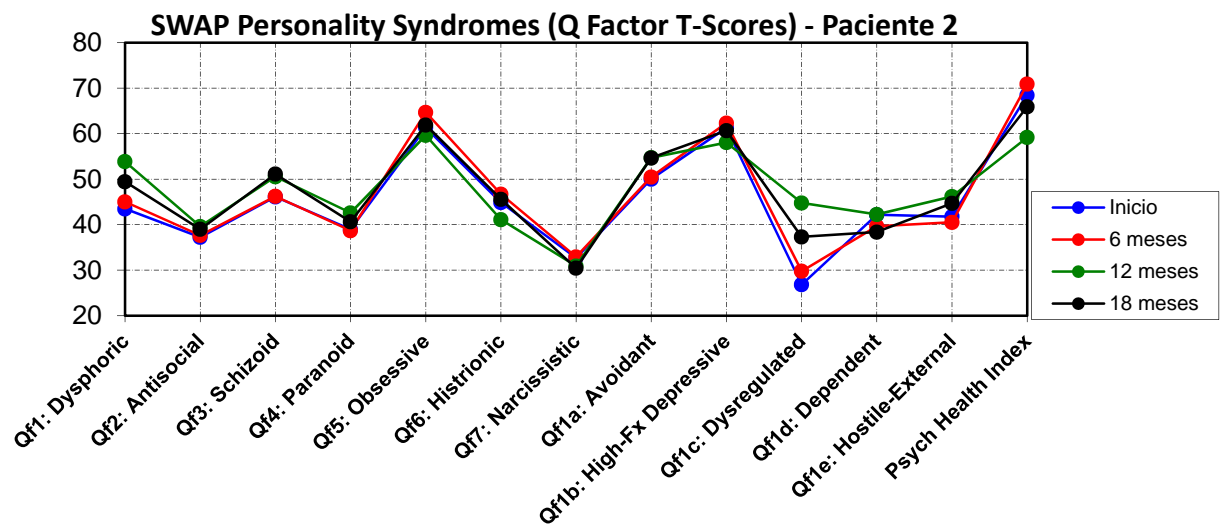


Figura 6 – SWAP Personality Syndromes (Q Factor T-Scores) - Paciente 2 – Anexo 14

No *CTQ-79* (Tabela 2), verificou-se a existência de dois fatores salientes, correspondentes ao fator *Positive/Satisfying* (2,88), e ao fator *Parental/Protective* (2,67). Neste sentido, o fator mais saliente, *Positive/Satisfying*, remete para uma aliança terapêutica

sentida como positiva, bem como, a um sentimento de ligação ao paciente, e a sentimentos de confiança nos resultados da terapia (Betan, et al, 2005; Betan & Westen, 2009). Destaca-se também e com grande proximidade relativamente ao primeiro, o fator *Parental/Protective*, que reporta a um desejo de proteger e cuidar do paciente num sentido parental, bem como, a sentimentos de zanga com elementos significativos da vida do paciente que o possam ter magoado (Betan, et al, 2005; Betan & Westen, 2009). É ainda de notar que todos os outros fatores presentes no *CTQ-79*, demonstraram resultados extremamente baixos.

Factor Scores Paciente 2	
Hostile/Mistreated	1,22
Helpless/Inadequate	1,22
Positive/Satisfying	2,88
Parental/Protective	2,67
Overwhelmed/Disorganized	1,11
Special/Overinvolved	1,20
Sexualized	1,40
Disengaged	1,00

Tabela 2 – Factor Scores *CTQ-79* – Paciente 2 (Anexo 3)

Em suma, a paciente 1, denota a existência de um *ODF* inferior a 5 que remete para uma perturbação de personalidade na *DMRS*, utilizando maioritariamente defesas dos grupos “Outras Neuróticas”, “Narcísicas” e de “Evitamento” (nomeadamente a “Desvalorização”, “Formação Reativa”, “Negação” e “Projeção”), tendo igualmente apresentado a existência comórbida de Perturbação de Personalidade Dependente (*Cluster C* do *DSM-IV*), e de Perturbação de Personalidade Histriónica, e Borderline (*Cluster B* do *DSM-IV*), no *SWAP-200*. Os fatores que sobressaíram no *CTQ*, foram: *Positive/Satisfying*; *Parental/Protective*.

Quanto à paciente 2, denota a existência de um *ODF* relativo ao início, e ao 12º mês inferior a 5, o que no caso desta paciente reporta a depressão severa, segundo Lingiard e colaboradores (2010). No 6º mês, e no final da terapia registou-se um *ODF* de valor superior a 5, que remete para personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas (Lingiard et al., 2010). Utilizou maioritariamente defesas dos grupos “Maduras”, “Outras Neuróticas” e de “Evitamento” (nomeadamente a “Racionalização”, “Deslocamento”, e “Antecipação”). No *SWAP-200*, os traços de personalidade mais salientes foram o “Obsessivo” (*Cluster C* do *DSM-IV*), e o “Depressivo”. Os fatores que sobressaíram no *CTQ*, foram o *Positive/Satisfying* e o *Parental/Protective*.

Discussão

Foi objetivo deste estudo utilizar o *CTQ-79*, juntamente com a *DMRS*, de forma a compreender se existe uma relação entre os padrões defensivos de duas pacientes, e os padrões contratransferenciais do seu terapeuta, utilizando como suporte o *SWAP-200*, para podermos aceder aos perfis de personalidade (traços de saúde mental, e traços patológicos) das pacientes.

Os resultados obtidos para a paciente 1, não vão totalmente de acordo com os dados referidos na literatura (Betan, et al, 2005; Betan & Westen, 2009). A maioria das discussões acerca de contratransferência na prática focam-se em populações consideradas difíceis, como é o caso de pacientes com perturbações de personalidade (Betan & Westen, 2009). Segundo Betan e Westen (2009), estes são pacientes que costumam despertar reações intensas e transversais entre os clínicos. Assim, pessoas com o mesmo diagnóstico de perturbação de personalidade, têm modos semelhantes de funcionamento emocional, cognitivo, defensivo, e interpessoal, sendo esperado que evidenciem padrões relacionais semelhantes, e que evoquem o mesmo tipo de reações por parte dos terapeutas.

De acordo com os estudos realizados por Betan e colaboradores (2005), e Betan e Westen (2009), as perturbações de personalidade do *Cluster C (DSM-IV)*, que englobam as perturbações evitante, obsessivo-compulsiva, e dependente, estão associadas ao fator contratransferencial *Parental/Protective*, que remete para um desejo de proteger e cuidar do paciente. Neste sentido, relativamente à paciente 1, o fator contratransferencial *Parental/Protective* foi o segundo fator mais saliente no *CTQ-79* (ainda que de forma discreta), o que está de acordo com os resultados dos estudos de Betan e colaboradores (2005), e de Betan e Westen (2009), na medida em que a paciente 1 possui uma perturbação de personalidade dependente, assinalada no *SWAP- 200*, e confirmada pelo valor inferior a 5 do *ODF*, que reporta à existência de perturbação de personalidade na *DMRS*. Os autores justificam a relação deste padrão contratransferencial, a este tipo de personalidade, salientando que estes pacientes tendem a ser muito sensíveis nas suas relações, muito preocupados com a rejeição, e a sofrer de uma ansiedade intensa, o que se deve ao fato das suas vivências precoces terem sido marcadas por necessidades que não foram satisfeitas, criticismo, e vinculações inseguras com os seus progenitores. Estas características desencadeiam nos terapeutas um papel protetor decorrente de uma necessidade de reparação do passado, que visa providenciar aos pacientes aquilo que eles não receberam, fazendo com que os terapeutas se coloquem fortemente do lado do paciente, e assumam um papel protetor

associado ao fator contratransferencial Parental/Protective (Betan e Westen, 2009). Este movimento refletiu-se no *CTQ-79* pertencente à paciente 1, ainda que de forma discreta.

Segundo Betan e colaboradores (2005), e Betan e Westen (2009), as perturbações do *Cluster B* (do *DSM-IV*), das quais fazem parte as perturbações borderline, antissocial, narcísica e histriónica, foram associadas aos fatores contratransferenciais *Overwhelmed/Disorganized*, *Helpless/Inadequate*, e *Sexualized*. O fator *Overwhelmed/Disorganized* captura a variedade de sentimentos contratransferenciais negativos, que envolvem o evitamento do contacto com o paciente, e um sentimento de zanga e rancor em relação a este. Os terapeutas também se sentem incapazes de ajudar os seus pacientes, o que aumenta os seus sentimentos de inadequação e desamparo, o que por sua vez se associa ao fator *Helpless/Inadequate*. No entanto, os autores referem um fenómeno interessante, e que evidencia o facto de os terapeutas também sentirem uma atração sexual por estes pacientes, apesar dos seus fortes sentimentos negativos. Os autores sublinham também que encontraram suporte empírico para a hipótese de que os pacientes com perturbação borderline, desencadeavam no terapeuta um padrão contratransferencial que reporta ao fator *Special/Overinvolved*, que remete para problemas em manter os limites na terapia, incluindo autorrevelações, dificuldade em terminar as sessões no tempo suposto, sentimentos de culpabilidade, responsabilidade, ou excesso de preocupação com o paciente.

Face a estes achados de Betan e Westen (2009), e tendo em conta que a paciente 1, denota a existência de um *ODF* inferior a 5 que remete para uma perturbação de personalidade na *DMRS*, utilizando maioritariamente defesas dos grupos “Outras Neuróticas”, “Narcísicas” e de “Evitamento” (nomeadamente a “Desvalorização”, “Formação Reativa”, “Negação” e “Projeção”), tendo igualmente apresentado a existência co-mórbida de Perturbação de Personalidade Dependente (*Cluster C* do *DSM-IV*), e de Perturbação de Personalidade Histriónica, e Borderline (*Cluster B* do *DSM-IV*), no *SWAP-200*, seria de esperar que os fatores contratransferenciais *Overwhelmed/Disorganized*, *Helpless/Inadequate*, e *Sexualized*, sobressaíssem. No entanto, o fator que sobressaiu na paciente foi o *Positive/Satisfying*.

A saliência inesperada deste fator (*Positive/Satisfying*), leva-nos a colocar como hipótese que o terapeuta, tal como Betan e Westen (2009) evidenciam, tenha evitado a emergência de sentimentos contratransferenciais “negativos”, como a hostilidade e a ansiedade, que pacientes com o mesmo tipo de problemáticas que a paciente 1, costumam despoletar nos terapeutas, tendo alimentado inconscientemente sentimentos contratransferenciais positivos de afeto de modo a proteger-se. Tal facto na nossa hipótese fez

com que o fator *Positive/Satisfying* surgisse como o mais evidente. Face a esta questão, os autores citam Gabbard (1996; cit por Betan & Westen, 2009, p. 189), salientando que “... os sentimentos de afeto do terapeuta servem frequentemente, para combater e evitar a emergência de sentimentos negativos que envolvem agressividade, desprezo, sadismo e ódio”. Neste sentido, os autores destacam que esta pode ser a chave para a vulnerabilidade do terapeuta em relação à quebra de limites no que concerne a pacientes com perturbações borderline e histriónica, como é o caso da paciente 1.

O facto de o fator contratransferencial *Special/Overinvolved*, não se ter demarcado, apesar de na terapia os investigadores terem percebido momentos em que existiam dificuldades em manter os limites por parte do terapeuta (dificuldades em terminar algumas sessões dentro do tempo estipulado, bem como, a existência de autorrevelações que evidenciavam opiniões pessoais do terapeuta face a algumas questões colocadas pela paciente), parece estar de acordo com o fenómeno descrito por Gabbard (2006; cit por Betan e Westen, 2009, p.189), levando-nos a tomar como hipótese, que o terapeuta não só se tenha protegido dos sentimentos hostis despoletados pela paciente, como também da dificuldade em manter os limites da terapia (*Special/Overinvolved*), alimentando inconscientemente sentimentos contratransferenciais que remetem para o fator *Positive/Satisfying*. No entanto, é de notar que o terapeuta ao proteger-se inconscientemente desta miríade de sentimentos contratransferenciais, parece ter protegido de igual forma a evolução da terapia, na medida em que, fez com que se tivesse criado uma aliança terapêutica positiva, e ao não confirmar os modelos relacionais da paciente, quebrou um ciclo de repetição, o que fez com que a paciente tivesse progredido na terapia, adquirindo defesas mais maduras (*ODF – DMRS*), e aumentando os níveis de saúde mental no *SWAP-200*.

No que concerne à paciente 2, os resultados obtidos vão ao encontro dos dados referidos na literatura (Betan, et al, 2005; Betan & Westen, 2009).

De acordo com os estudos realizados por Betan e colaboradores (2005), e Betan e Westen (2009), existe uma associação do fator contratransferencial *Parental/Protective* às perturbações de personalidade do *Cluster C* (do *DSM-IV*), que englobam as perturbações de personalidade evitante, obsessivo-compulsiva, e dependente. O fator contratransferencial *Parental/Protective* (2,67), foi o segundo fator mais saliente no *CTQ-79* da paciente 2, o que está de acordo com os resultados dos estudos de Betan e colaboradores (2005), e de Betan e Westen (2009), na medida em que a paciente 2, possui um traço de personalidade obsessivo, assinalado no *SWAP- 200*. Os autores justificam a relação deste padrão contratransferencial a este tipo de personalidade, salientando que estes pacientes tendem a ser muito sensíveis nas

suas relações, muito preocupados com a rejeição, e sofrer de uma ansiedade intensa, o que se deve ao fato das suas vivências precoces terem sido marcadas por necessidades que não foram satisfeitas, criticismo, e vinculações inseguras com os seus progenitores. Tal facto faz-nos destacar a infância desta paciente, que foi marcada por necessidades que não foram satisfeitas, criticismo, e existência de uma vinculação insegura com os seus progenitores, e parece também explicar os resultados encontrados relativamente aos níveis depressivos no *SWAP-200*, que corroboram os resultados encontrados no início e no 12º mês de avaliação da *DMRS*, em que os valores de *ODF* obtidos foram abaixo de 5, o que no caso desta paciente reporta a depressão severa, segundo Lingiard e colaboradores (2010). Estas características desencadeiam nos terapeutas um papel protetor decorrente de uma necessidade de reparação do passado, que visa providenciar aos pacientes aquilo que eles não receberam, fazendo com que os terapeutas se coloquem fortemente do lado do paciente, e assumam um papel protetor associado ao fator contratransferencial *Parental/Protective* (Betan e Westen, 2009).

O fator contratransferencial mais saliente no *CTQ-79* da paciente 2, é o *Positive/Satisfying* (2.88), que remete para uma aliança terapêutica sentida como positiva, bem como, para um sentimento de ligação ao paciente, e a sentimentos de confiança nos resultados da terapia. Este resultado contratransferencial, parece estar estritamente ligado aos valores de saúde mental acima da média, encontrados no *SWAP-200*, e ao uso predominante e crescente de defesas consideradas mais evoluídas/mais adaptadas (maduras, outras neuróticas), que se pode observar no *ODF* de valor superior a 5, relativo ao 6º mês e ao final da terapia, que está associado a personalidades neuróticas e a perturbações sintomáticas (Lingiard et al., 2010). Relativamente ao uso também predominante de defesas de evitamento, este parece estar mais ligado aos traços de personalidade obsessivos, e depressivos, evidenciados no *SWAP-200*, o que tem ligação com o fator contratransferencial *Parental/Protective*. No 12º mês, aquando da morte da sogra, ocorre uma descida abrupta do *ODF*, que remete para um aumento na utilização de defesas menos evoluídas, e que é acompanhada pela descida do nível de saúde mental no *SWAP-200*. O facto de ter existido uma contratransferência relacionada com o fator *Positive/Satisfying*, na qual existia uma aliança terapêutica sentida como positiva, bem como, um sentimento de ligação ao paciente, e de confiança nos resultados da terapia, parece ter influenciado a melhoria do *ODF*, e dos valores do nível de saúde mental no *SWAP-200*, do 18º mês (embora nunca tenham voltado a atingir os valores do 6º mês). Esta recuperação, e progresso da paciente, pareciam ser um indicador promissor de uma evolução terapêutica bastante positiva, que no entanto, foi

quebrada devido às vicissitudes da vida que levaram a paciente a mudar de cidade, e consequentemente a fazer *dropout* da terapia.

De acordo com a literatura, determinados tipos de patologia do paciente estão relacionados com a contratransferência “sentida” pelo terapeuta (Betan, et al., 2005), e determinados padrões defensivos, estão relacionadas com tipos específicos de patologia (Perry, et al., 2009). Neste sentido estabelecemos como hipótese que qualquer defesa, maioritariamente utilizada em determinado tipo de patologia também estaria, ou seja, que determinados padrões defensivos, têm influência nos padrões contratransferenciais do terapeuta. Esta hipótese foi corroborada pelos dados encontrados no nosso estudo, no sentido em que, os mecanismos defensivos maioritariamente utilizados pelas pacientes, associados a determinados tipos de personalidade, despoletaram padrões contratransferenciais correspondentes no terapeuta, tendo esta relação sido mais visível no caso da paciente 2, e menos no caso da paciente 1.

Embora o *CTQ-79* seja construído para captar os padrões contratransferenciais sentidos pelo terapeuta, o facto de este ser um questionário autoadministrado, faz com que esteja limitado pela capacidade do sujeito em descrever e identificar os seus respetivos padrões contratransferenciais, que por definição, são inconscientes e, portanto, inacessíveis, naquele momento, para o sujeito. No mesmo sentido Cramer, (1994), refere que as medidas autoadministradas são limitadas, sublinhando que a informação obtida está limitada às questões e às respostas permitidas pelo formato do instrumento. O autor salienta ainda, que pedir ao indivíduo que relate o seu próprio comportamento aumenta a possibilidade de enviesamento por parte do relator, na medida em que o desejo de transmitir uma imagem positiva, e o facto de estar exposto a uma situação promotora de ansiedade que consiste em relatar o seu próprio comportamento, incrementa o uso de defesas habituais no repertório do sujeito, que podem alterar a veracidade dos resultados obtidos. No caso da paciente 1, existiram padrões contratransferenciais que os avaliadores externos percecionaram, e que são apontados teoricamente como padrões contratransferências expectáveis neste tipo de personalidade (Betan et al., 2005; Betan & Westen, 2009), como por exemplo o fator *Special/Overinvolved*, que não se refletiram no *CTQ-79*, pois o terapeuta parecia estar a proteger-se exatamente desses mesmos sentimentos contratransferenciais, ao nutrir inconscientemente sentimentos de afeto, que remetiam para a categoria *Positive/Satisfying*.

Os dados encontrados não podem ser generalizados, pois dizem apenas respeito a duas pacientes, e a um terapeuta, o que consideramos uma limitação. Por isso sugerimos que a utilização de um maior número de participantes, bem como de um número mais elevado de

sessões analisadas, alargaria a possibilidade de generalização dos resultados verificados, e permitiria o conhecimento de outros tipos de fenômenos contratransferenciais.

Sugerimos, que no futuro, seria pertinente a criação de estudos nos quais se conjugassem instrumentos de avaliação da contratransferência dependentes de juízes externos, bem como de autorrelato, de forma a compreender possíveis diferenças encontradas nos resultados obtidos. Tendo em conta, a complexidade e a abstração da temática da contratransferência, parece-nos que seja impossível medi-la na sua totalidade, de forma fidedigna, com os instrumentos atuais, pois é do nosso conhecimento, que a nível teórico o conceito de contratransferência abarca hoje, as variáveis subjetivas do paciente, as variáveis subjetivas do terapeuta, bem como diverso material que é produzido por ambos no decorrer da terapia, ao qual propomos utilizar o conceito introduzido por Ogden (1994), “terceiro analítico”. Ainda assim, tendo em conta o que foi dito, parece-nos cada vez mais importante, investir tempo e esforço, no desenvolvimento de pesquisa empírica em torno desta dimensão (contratransferência), pois sem ela, será difícil, acompanharmos a evolução constante que tem sucessivamente sofrido a nível teórico, e “ficará de fora” uma variável, que a nosso ver, tem um impacto extremo no processo terapêutico. Desta forma, obtendo mais informação sobre o conceito serão alcançados, com maior facilidade, dados que sustentem, que a contratransferência esteja dependente de vários fatores da patologia do paciente, o que pode ser útil para a instrução de novos terapeutas.

Referências

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. *American Psychiatric Press*, 751-757. Washington, D.C.
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 890-898.
- Betan, E. J., & Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. In R. A. Levy, J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 179-198). Totowa, NJ US: Humana Press.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., & Stasch, M. (2007). The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology* (*40*), 209-220.
- Cramer, P., (1994). Encyclopedia of Human Behavior. *Defense Mechanisms*, *2*, 91-96.
- Fauth, J. (2006). Toward More (and Better) Countertransference Research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(1), 16-31.
- Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(9), 1221-1235.
- Gomes, D. (2008). *Countertransference Questionnaire – Desenvolvimento da versão portuguesa do instrumento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Hayes, J. A. (2004). The Inner World of the Psychotherapist: A Program of Research on Countertransference. *Psychotherapy Research*, *14*(1), 21-36.
- Kächele, H., Schachter, J., & Thomä, H. (2008). Psychoanalytical therapy process research. In H. Kächele, J. Schachter & H. Thomä (Eds.), *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice*, (pp. 10-35). New York: The Analytic Press.
- Kernberg, O. F. (2006). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, *87*(4), 919-926.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S., (2010). An empirically supported psychoanalysis – The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, *27*, 190-218.

- Ogden, T. H. (1994). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 3-19.
- Perry, J., (1990). *Defense Mechanism Rating Scales*. Boston: Cambridge Hospital – Harvard Medical School.
- Perry, J., Beck, S., Constantinides, P., & Foley, J., (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales: Four hypotheses, four cases. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*, C., 6, pp., 121-152.
- Pires, A. P., Mateus, F., Sá, D., Cabrita, S., & Velez, R. (2012). Tradução para português do Shedler and Westen Assessment Procedure - SWAP-200. *Revista Portuguesa de Psicanálise, Psicoterapia Psicanalítica*. 4, 165-175.
- Shedler, J., & Westen, D. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- Shedler, J., & Westen, D. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part 2: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-55.
- Shedler, J. & Westen, D. (2010), The Shedler-Westen Assessment Procedure: making personality diagnosis clinically meaningful, in Clarkin, J., Fonagy, P. & Gabbard, G. (Eds), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook*, 1^a Ed. (pp.125-161), American Psychiatric Publishing, Inc.
- Schwartz, R. C., & Wendling, H. M. (2003). Countertransference reactions toward specific client populations: A review of empirical literature. *Psychological Reports*, 92(2), 651-654.
- Whyte, C. R., Constantopoulos, C. C., & Bevans, H. G. (1982). Types of countertransference identified by Q-analysis. *British Journal Of Medical Psychology*, 55(2), 187-201.
- Zachrisson, A., (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 18, 177-188.
- Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference Questionnaire (CTQ) manual. Retrieved 14 de Setembro de 2011, from <http://www.psychsystems.net/lab/Countertransference%20Questionnaire.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário de Contratransferência

Zittel Conklin, & Westen, (2005); Gomes, (2008)

As seguintes afirmações descrevem vários sentimentos e reações que clínicos/terapeutas costumam ter relativamente aos seus pacientes. Por favor classifique cada afirmação de acordo com o grau de veracidade acerca de si no seu trabalho com o paciente, em que **1=não é verdadeiro de todo**, **3=de algum modo verdadeiro**, e **5=bastante verdadeiro**. Sabemos que é difícil generalizar acerca de um tratamento que se estende por várias semanas ou meses, mas procure descrever a forma como se tem sentido com o paciente ao longo de toda a duração da terapia. Não se preocupe se as suas respostas lhe parecerem inconsistentes, uma vez que é frequente que clínicos/terapeutas tenham múltiplas respostas para o mesmo paciente.

1=não é verdadeiro de todo, 3=de algum modo verdadeiro, 5=bastante verdadeiro

1. Tenho muita esperança nas melhorias que ele/a está a fazer ou irá provavelmente fazer com o tratamento.	1 2 3 4 5
2. Por vezes não gosto dele/a.	1 2 3 4 5
3. Acho estimulante trabalhar com ele/a.	1 2 3 4 5
4. Sinto compaixão por ele/a.	1 2 3 4 5
5. Quem me dera nunca o/a ter aceite como paciente.	1 2 3 4 5
6. Sinto-me pouco considerado/a ou desvalorizado/a.	1 2 3 4 5
7. Se ele/a não fosse meu paciente, consigo imaginar-nos como amigos.	1 2 3 4 5
8. Sinto-me irritado/a nas sessões com ele/a.	1 2 3 4 5
9. Não me sinto totalmente envolvido/a nas sessões com ele/a.	1 2 3 4 5
10. Sinto-me confuso/a nas sessões com ele/a.	1 2 3 4 5
11. Não confio no que ele/a me está a dizer.	1 2 3 4 5
12. Sinto-me criticado/a por ele/a.	1 2 3 4 5
13. Receio as sessões com ele/a.	1 2 3 4 5
14. Sinto-me zangado/a com pessoas que fazem parte da vida dele/a.	1 2 3 4 5
15. Sinto-me zangado/a com ele/a.	1 2 3 4 5
16. Sinto-me entediado/a nas sessões com ele/a.	1 2 3 4 5

17. Sinto-me atraído/a sexualmente por ele/a.	1 2 3 4 5
18. Sinto-me deprimido/a nas sessões com ele/a.	1 2 3 4 5
19. Aguardo com expectativa as sessões com ele/a.	1 2 3 4 5
20. Sinto-me invejoso/a ou competitivo/a relativamente a ele/a.	1 2 3 4 5
21. Quem me dera poder dar-lhe aquilo que outros nunca puderam.	1 2 3 4 5
22. Sinto-me frustrado/a nas sessões com ele/a.	1 2 3 4 5
23. Ele/a faz-me sentir bem comigo mesmo/a.	1 2 3 4 5
24. Sinto-me culpado/a pelo que sinto por ele/a.	1 2 3 4 5
25. A minha mente vagueia com frequência para assuntos diferentes daqueles que ele/a está a falar.	1 2 3 4 5
26. Sinto-me esmagado/a pelas suas fortes emoções.	1 2 3 4 5
27. Fico furioso/a com ele/a.	1 2 3 4 5
28. Sinto-me culpado/a quando ele/a está em sofrimento ou piora, como se eu fosse de algum modo responsável.	1 2 3 4 5
29. Ele/a tende a despertar sentimentos fortes em mim.	1 2 3 4 5
30. Sinto-me ansioso/a ao trabalhar com ele/a.	1 2 3 4 5
31. Sinto que não estou conseguir ajudá-lo/a ou penso que não o/a vou poder ajudar.	1 2 3 4 5
32. Os sentimentos sexuais que ele/a tem por mim fazem-me sentir ansioso/a ou desconfortável.	1 2 3 4 5
33. Sinto-me usado/a ou manipulado/a por ele/a.	1 2 3 4 5
34. Sinto que estou a andar em "pezinhos de lã" à sua volta, com medo de que se eu disser a coisa errada ele/a possa explodir, descompensar ou ir-se embora.	1 2 3 4 5
35. Ele/a assusta-me.	1 2 3 4 5
36. Sinto-me incompetente ou inadequado/a ao trabalhar com ele/a.	1 2 3 4 5
37. Dou por mim a ser controlador/a com ele/a.	1 2 3 4 5

38. Sinto que posso representar qualquer pessoa para ele/a.	1 2 3 4 5
39. Tenho de me conter para não lhe dizer ou fazer algo agressivo ou crítico.	1 2 3 4 5
40. Sinto que o/a compreendo.	1 2 3 4 5
41. Digo-lhe que estou zangado/a com ele/a.	1 2 3 4 5
42. Sinto que o/a quero proteger.	1 2 3 4 5
43. Arrependo-me de coisas que lhe disse.	1 2 3 4 5
44. Sinto que estou a ser "mauzinho" ou cruel para ele/a.	1 2 3 4 5
45. Tenho dificuldade em compreender os sentimentos que ele/a expressa.	1 2 3 4 5
46. Sinto-me maltratado/a ou abusado/a por ele/a.	1 2 3 4 5
47. Sinto-me cuidador/a face a ele/a.	1 2 3 4 5
48. Perco a cabeça com ele/a.	1 2 3 4 5
49. Sinto-me triste nas sessões com ele/a.	1 2 3 4 5
50. Digo-lhe que gosto muito dele/a.	1 2 3 4 5
51. Sinto-me esmagado/a pelas suas necessidades.	1 2 3 4 5
52. Sinto-me desesperado/a ao trabalhar com ele/a.	1 2 3 4 5
53. Sinto-me contente ou satisfeito/a após as sessões com ele/a.	1 2 3 4 5
54. Penso que ele/a estaria melhor com outro terapeuta ou nouro tipo de terapia.	1 2 3 4 5
55. Sinto-me obrigado a estabelecer limites muito firmes com ele/a.	1 2 3 4 5
56. Dou por mim a "flirtar" com ele/a.	1 2 3 4 5
57. Sinto-me ressentido/a ao trabalhar com ele/a.	1 2 3 4 5
58. Penso ou fantasio em finalizar o tratamento.	1 2 3 4 5

59. Sinto-me como se estivesse de mãos atadas ou como se estivesse num beco sem saída	1 2 3 4 5
60. Quando verifico as mensagens no telefone, sinto-me ansioso/a ou com receio de que haja uma mensagem dele/a.	1 2 3 4 5
61. Sinto tensão sexual na sala.	1 2 3 4 5
62. Sinto repulsa por ele/a.	1 2 3 4 5
63. Não me sinto apreciado por ele/a.	1 2 3 4 5
64. Tenho sentimentos afetuosos, quase paternais/maternais, relativamente a ele/a.	1 2 3 4 5
65. Gosto muito dele/a.	1 2 3 4 5
66. Preocupo-me mais com ele/a depois das sessões do que com outros pacientes.	1 2 3 4 5
67. Termino mais sessões após o tempo limite com ele/a do que com outros pacientes.	1 2 3 4 5
68. Sinto-me menos bem sucedido/a a ajudá-lo/a do que a outros pacientes.	1 2 3 4 5
69. Faço coisas por ele/a, ou esforço-me mais por ele/a, como não faço por outros pacientes.	1 2 3 4 5
70. Demoro mais tempo a responder aos seus telefonemas do que com outros pacientes.	1 2 3 4 5
72. Telefono-lhe mais vezes entre sessões do que com outros pacientes.	1 2 3 4 5
73. Dou por mim a discutir o seu caso com colegas ou supervisores mais vezes do que o de outros pacientes.	1 2 3 4 5
73. Dou por mim a discutir o seu caso com colegas ou supervisores mais vezes do que o de outros pacientes.	1 2 3 4 5
74. Ele/a é um dos meus pacientes preferidos.	1 2 3 4 5
75. Olho mais para o relógio quando estou com ele/a do que com os meus outros pacientes.	1 2 3 4 5
76. Revelo mais acerca da minha vida pessoal com ele/a do que com outros pacientes.	1 2 3 4 5
77. Mais do que com a maior parte dos meus pacientes, sinto que fui levado/a para coisas das quais que só me apercebo após o final da sessão.	1 2 3 4 5
78. Começo as sessões mais tarde com ele/a do que com os meus outros pacientes.	1 2 3 4 5
79. Falo mais sobre ele/a com o meu cônjuge ou pessoa próxima do que sobre os meus outros pacientes.	1 2 3 4 5

Anexo 2 - Therapist Response (Countertransference) Questionnaire – Paciente 1

Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/162/5/890>

1. I am very hopeful about the gains s/he is making or will likely make in treatment.	5
2. At times I dislike him/her.	1
3. I find it exciting working with him/her.	5
4. I feel compassion for him/her.	1
5. I wish I had never taken him/her on as a patient.	1
6. I feel dismissed or devalued.	1
7. If s/he were not my patient, I could imagine being friends with him/her.	2
8. I feel annoyed in sessions with him/her.	1
9. I don't feel fully engaged in sessions with him/her.	1
10. I feel confused in sessions with him/her.	1
11. I don't trust what s/he's telling me.	3
12. I feel criticized by him/her.	1
13. I dread sessions with him/her.	1
14. I feel angry at people in his/her life.	1
15. I feel angry at him/her.	1
16. I feel bored in sessions with him/her.	1
17. I feel sexually attracted to him/her.	1
18. I feel depressed in sessions with him/her.	1
19. I look forward to sessions with him/her.	1
20. I feel envious of, or competitive with him/her.	1
21. I wish I could give him/her what others never could.	1
22. I feel frustrated in sessions with him/her.	1
23. S/he makes me feel good about myself.	3
24. I feel guilty about my feelings toward him/her.	1
25. My mind often wanders to things other than what s/he is talking about.	1
26. I feel overwhelmed by his/her strong emotions.	1
27. I get enraged at him/her.	1
28. I feel guilty when s/he is distressed or deteriorates, as if I must be somehow responsible.	1
29. S/he tends to stir up strong feelings in me.	1
30. I feel anxious working with him/her.	3
31. I feel I am failing to help him/her or I worry that I won't be able to help him/her.	1
32. His/her sexual feelings toward me make me anxious or uncomfortable.	1
33. I feel used or manipulated by him/her.	3

34. I feel I am “walking on eggshells” around him/her, afraid that if I say the wrong thing s/he will explode, fall apart, or walk out.	1
35. S/he frightens me.	1
36. I feel incompetent or inadequate working with him/her.	1
37. I find myself being controlling with him/her.	1
38. I feel interchangeable—that I could be anyone to him/her.	4
39. I have to stop myself from saying or doing something aggressive or critical.	1
40. I feel like I understand him/her.	5
41. I tell him/her I’m angry at him/her.	1
42. I feel like I want to protect him/her.	3
43. I regret things I have said to him/her.	1
44. I feel like I’m being mean or cruel to him/her.	1
45. I have trouble relating to the feelings s/he expresses.	1
46. I feel mistreated or abused by him/her.	1
47. I feel nurturant toward him/her.	3
48. I lose my temper with him/her.	1
49. I feel sad in sessions with him/her.	1
50. I tell him/her I love him/her.	3
51. I feel overwhelmed by his/her needs.	1
52. I feel hopeless working with him/her.	1
53. I feel pleased or satisfied after sessions with him/her.	4
54. I think s/he might do better with another therapist or in a different kind of therapy.	1
55. I feel pushed to set very firm limits with him/her.	1
56. I find myself being flirtatious with him/her.	1
57. I feel resentful working with him/her.	1
58. I think or fantasize about ending the treatment.	1
59. I feel like my hands have been tied or that I have been put in an impossible bind.	3
60. When checking my phone messages, I feel anxiety or dread that there will be one from him/her.	1
61. I feel sexual tension in the room.	1
62. I feel repulsed by him/her.	1
63. I feel unappreciated by him/her.	1
64. I have warm, almost parental feelings toward him/her.	1
65. I like him/her very much.	3
66. I worry about him/her after sessions more than other patients.	1
67. I end sessions overtime with him/her more than with my other patients.	1
68. I feel less successful helping him/her than other patients.	1
69. I do things for him/her, or go the extra mile for him/her, in ways that I don’t do for other patients.	3
70. I return his/her phone calls less promptly than I do with my other	1

patients.	
71. I disclose my feelings with him/her more than with other patients.	1
72. I call him/her between sessions more than my other patients.	1
73. I find myself discussing him/her more with colleagues or supervisors than my other patients.	3
74. S/he is one of my favorite patients.	3
75. I watch the clock with him/her more than with my other patients.	1
76. I self-disclose more about my personal life with him/her than with my other patients.	1
77. More than with most patients, I feel like I've been pulled into things that I didn't realize until after the session was over.	1
78. I begin sessions late with him/her more than with my other patients.	1
79. I talk about him/her with my spouse or significant other more than my other patients.	1
<u>Factor Scores</u>	
Hostile/Mistreated	1,11
Helpless/Inadequate	1,44
Positive/Satisfying	3,25
Parental/Protective	1,67
Overwhelmed/Disorganized	1,22
Special/Overinvolved	1,40
Sexualized	1,40
Disengaged	1,00

Anexo 3 - Therapist Response (Countertransference) Questionnaire – Paciente 2

Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/162/5/890>

1. I am very hopeful about the gains s/he is making or will likely make in treatment.	5
2. At times I dislike him/her.	1
3. I find it exciting working with him/her.	5
4. I feel compassion for him/her.	3
5. I wish I had never taken him/her on as a patient.	1
6. I feel dismissed or devalued.	1
7. If s/he were not my patient, I could imagine being friends with him/her.	1
8. I feel annoyed in sessions with him/her.	1
9. I don't feel fully engaged in sessions with him/her.	1
10. I feel confused in sessions with him/her.	1
11. I don't trust what s/he's telling me.	1
12. I feel criticized by him/her.	1
13. I dread sessions with him/her.	1
14. I feel angry at people in his/her life.	1
15. I feel angry at him/her.	1
16. I feel bored in sessions with him/her.	1
17. I feel sexually attracted to him/her.	1
18. I feel depressed in sessions with him/her.	1
19. I look forward to sessions with him/her.	1
20. I feel envious of, or competitive with him/her.	1
21. I wish I could give him/her what others never could.	3
22. I feel frustrated in sessions with him/her.	1
23. S/he makes me feel good about myself.	1
24. I feel guilty about my feelings toward him/her.	1
25. My mind often wanders to things other than what s/he is talking about.	1
26. I feel overwhelmed by his/her strong emotions.	2
27. I get enraged at him/her.	1
28. I feel guilty when s/he is distressed or deteriorates, as if I must be somehow responsible.	1
29. S/he tends to stir up strong feelings in me.	3
30. I feel anxious working with him/her.	1
31. I feel I am failing to help him/her or I worry that I won't be able to help him/her.	1
32. His/her sexual feelings toward me make me anxious or uncomfortable.	1
33. I feel used or manipulated by him/her.	1

34. I feel I am “walking on eggshells” around him/her, afraid that if I say the wrong thing s/he will explode, fall apart, or walk out.	3
35. S/he frightens me.	1
36. I feel incompetent or inadequate working with him/her.	1
37. I find myself being controlling with him/her.	1
38. I feel interchangeable—that I could be anyone to him/her.	4
39. I have to stop myself from saying or doing something aggressive or critical.	1
40. I feel like I understand him/her.	5
41. I tell him/her I’m angry at him/her.	1
42. I feel like I want to protect him/her.	4
43. I regret things I have said to him/her.	1
44. I feel like I’m being mean or cruel to him/her.	1
45. I have trouble relating to the feelings s/he expresses.	1
46. I feel mistreated or abused by him/her.	1
47. I feel nurturant toward him/her.	3
48. I lose my temper with him/her.	1
49. I feel sad in sessions with him/her.	1
50. I tell him/her I love him/her.	3
51. I feel overwhelmed by his/her needs.	1
52. I feel hopeless working with him/her.	1
53. I feel pleased or satisfied after sessions with him/her.	1
54. I think s/he might do better with another therapist or in a different kind of therapy.	1
55. I feel pushed to set very firm limits with him/her.	1
56. I find myself being flirtatious with him/her.	1
57. I feel resentful working with him/her.	1
58. I think or fantasize about ending the treatment.	1
59. I feel like my hands have been tied or that I have been put in an impossible bind.	3
60. When checking my phone messages, I feel anxiety or dread that there will be one from him/her.	1
61. I feel sexual tension in the room.	1
62. I feel repulsed by him/her.	1
63. I feel unappreciated by him/her.	1
64. I have warm, almost parental feelings toward him/her.	4
65. I like him/her very much.	4
66. I worry about him/her after sessions more than other patients.	1
67. I end sessions overtime with him/her more than with my other patients.	1
68. I feel less successful helping him/her than other patients.	1
69. I do things for him/her, or go the extra mile for him/her, in ways that I don’t do for other patients.	1
70. I return his/her phone calls less promptly than I do with my other	1

patients.	
71. I disclose my feelings with him/her more than with other patients.	1
72. I call him/her between sessions more than my other patients.	1
73. I find myself discussing him/her more with colleagues or supervisors than my other patients.	1
74. S/he is one of my favorite patients.	5
75. I watch the clock with him/her more than with my other patients.	1
76. I self-disclose more about my personal life with him/her than with my other patients.	1
77. More than with most patients, I feel like I've been pulled into things that I didn't realize until after the session was over.	1
78. I begin sessions late with him/her more than with my other patients.	1
79. I talk about him/her with my spouse or significant other more than my other patients.	2
<u>Factor Scores</u>	
Hostile/Mistreated	1,22
Helpless/Inadequate	1,22
Positive/Satisfying	2,88
Parental/Protective	2,67
Overwhelmed/Disorganized	1,11
Special/Overinvolved	1,20
Sexualized	1,40
Disengaged	1,00

Anexo 4 - Folha de cotação da DMRS

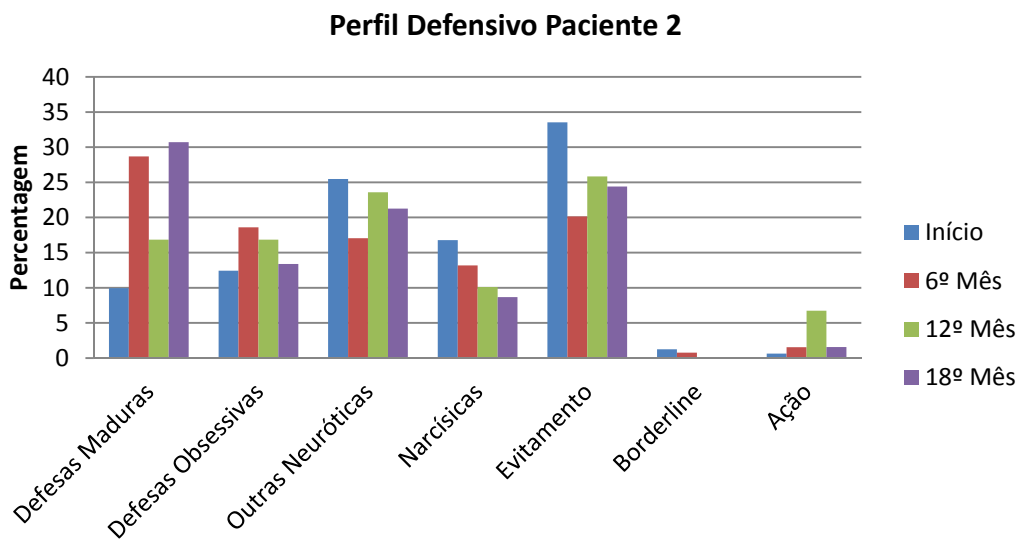
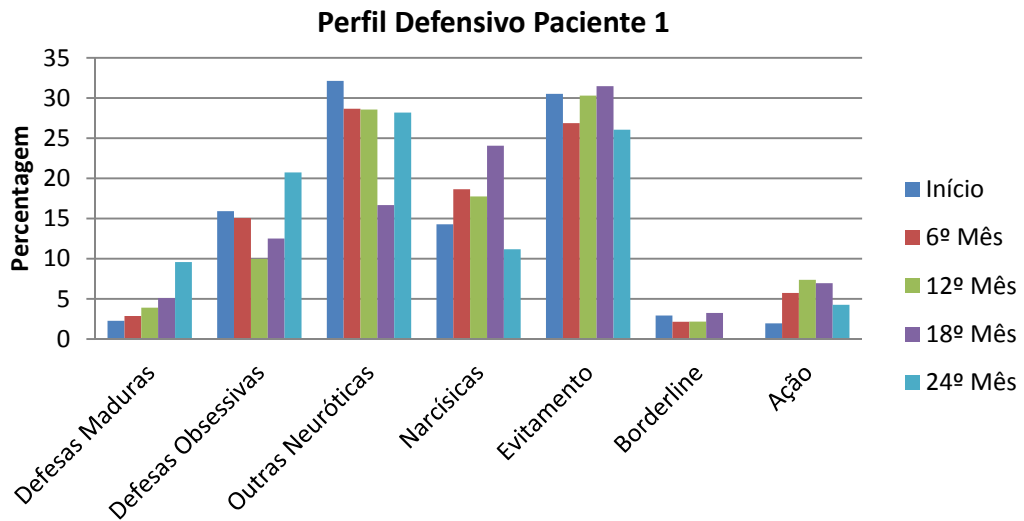
DEFENSE INTERVIEW SCORING SHEET: Psychotherapy Session version
J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.

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

End Deck

Anexo 5 - Níveis de ODF (DMRS) e Perfis Defensivos de ambas as pacientes

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



Anexo 6 - Percentagem de defesas utilizadas por período – Paciente 1

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

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

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

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

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

Anexo 7 - Percentagem de defesas utilizadas por período – Paciente 2

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

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

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

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

Anexo 8 - Cotação das sessões áudio (DMRS) – Paciente 1

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- **1**

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- **1**

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 2

Anulação- 9

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 8

Dissociação- 1

(b) Formação reativa- 13

Deslocamento- 3

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 5

Idealização- 0

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 9

Projecção- 3

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 1

TOTAL = 62

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

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 5

Anulação- 9

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 6

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 23

Deslocamento- 5

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 17

Idealização- 4

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 6

Projecção- 13

Racionalização- 10

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 4

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 1

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 1

TOTAL = 105

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 1

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 5

Anulação- 8

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 5

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 10

Deslocamento- 10

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 5

Idealização- 5

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 3

Projecção- 10

Racionalização- 8

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 3

TOTAL = 75

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 1

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 4

Anulação- 7

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 2

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 8

Deslocamento- 5

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 5

Idealização- 3

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- **9**

Projecção- **14**

Racionalização- **3**

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- **3**

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 0

TOTAL = 66

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 1

Isolamento dos afectos- 5

Anulação- 4

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 11

Dissociação- 1

(b) Formação reactiva- 10

Deslocamento- 5

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 4

Idealização- 0

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 11

Projecção- 1

Racionalização- 8

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 2

Hipocondria- 4

Agressão passiva- 0

TOTAL = 70

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 1

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 1

Isolamento dos afectos- 2

Anulação- 6

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 1

Dissociação- 0

(b) Formação reactiva- 6

Deslocamento- 3

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 14

Idealização- 3

Omnipotência- 3

3. Nível de evitamento-

Negação- 1

Projecção- 10

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 4

TOTAL = 63

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

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

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

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- **2**

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- **2**

Anulação- **16**

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- **2**

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- **14**

Deslocamento- **5**

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 14

Idealização- 1

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 5

Projecção- 9

Racionalização- 5

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 2

Agressão passiva- 2

TOTAL = 82

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 1

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 1

Anulação- 4

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 6

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 7

Deslocamento- 9

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 8

Idealização- 2

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 6

Projecção- 8

Racionalização- 5

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 1

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 1

Agressão passiva- 1

TOTAL = 64

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

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

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

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

5.Outras defesas de nível neurótico-

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

(b) Formação reactiva- **10**

Deslocamento- **3**

III- Imaturas:

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

Desvalorização- **4**

Idealização- **3**

Omnipotência- **0**

3. Nível de evitamento-

Negação- **11**

Projectão- **5**

Racionalização- **6**

Fantasia autística- **0**

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

Clivagem- **3**

Identificação projectiva- **0**

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - **2**

Hipocondria- **0**

Agressão passiva- **2**

TOTAL = 60

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

- 1 – Agressão Passiva – 00m:00s / 00m:07s
- 2 – Deslocamento – 00m:16s / 01m:15s
- 3 – Projecção – 01m:20s / 01m:34
- 4 – Humor – 01m:35s / 01m:44s
- 5 – Projecção – 01m:45s / 02m:03s
- 6 – Deslocamento – 02m:16s / 02m:25s
- 7 – Intelectualização – 02m:26s / 02m:58s
- 8 – Desvalorização – 03m:16s / 03m:34s
- 9 – Racionalização – 03m:35s / 04m:16s
- 10 – Recalcamento – 04m:17s / 04m:20s
- 11 – Desvalorização – 04m:21s / 04m:30s
- 12 – Racionalização - 04m:30s / 05m:14s
- 13 – Racionalização – 05m:15s / 05m:36s
- 14 – Idealização – 05m:37s / 05m:43s
- 15 – Projecção – 05m:44s / 05m:52s
- 16 – Desvalorização – 05m:53s / 06m:30s
- 17 – Idealização – 06m:30s / 06m:55s
- 18 – Desvalorização – 06m:55s / 07m:25s
- 19 – Desvalorização – 07m:37s / 07m:44s
- 20 – Projecção – 07m: 45s / 07m: 56s
- 21 – Acting-Out – 08m: 55s / 09m: 43s
- 22 – Recalcamento – 10m:50s / 10m:53s
- 23 – Clivagem – 10m:57s / 12m:47s
- 24 – Isolamento dos Afectos – 13m:47s / 14m:37s
- 25 – Desvalorização – 15m:00 / 15m:22s

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- **2**

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- **1**

Isolamento dos afectos- **2**

Anulação- **3**

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- **6**

Dissociação- 0

(b) Formação reactiva- **2**

Deslocamento- **8**

III- Imaturas:

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

Desvalorização- **10**

Idealização- **3**

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- **6**

Projecção- 9

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 1

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 5

TOTAL = 65

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

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

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

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

5.Outras defesas de nível neurótico-

- (a) Recalcamento- 5

Dissociação- 0

- (b) Formação reactiva- 2

Deslocamento- 10

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 13

Idealização- 1

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 5

Projecção- 7

Racionalização- 5

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 1

TOTAL = 59

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- **3**

Assertividade- 0

Auto-observação- **2**

Sublimação- **1**

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- **2**

Isolamento dos afectos- 0

Anulação- **3**

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- **8**

Dissociação- 0

(b) Formação reactiva- **3**

Deslocamento- **1**

III- Imaturas:

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

Desvalorização- **5**

Idealização- **1**

Omnipotência- **1**

3. Nível de evitamento-

Negação- 4

Projecção- 0

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 5

Hipocondria- 1

Agressão passiva- 0

TOTAL = 47

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 3

Anulação- 7

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 2

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 3

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 4

Idealização- 2

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 2

Projecção- 0

Racionalização- 9

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 1

Hipocondria- 2

Agressão passiva- 2

TOTAL = 43

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 2

Altruísmo- 2

Antecipação- 0

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 1

Isolamento dos afetos- 2

Anulação- 1

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 3

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 1

Deslocamento- 7

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 12

Idealização- 3

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação-7

Projecção- 8

Racionalização- 3

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out)- 2

Hipocondria- 1

Agressão passiva- 0

TOTAL = 59

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

- 1 – Acting-Out – 00m: 05s / 00m: 28s
- 2 – Desvalorização – 00m:49s / 01m:02s
- 3 – Desvalorização – 01m:04s / 01m:10s
- 4 – Desvalorização – 01m:35s / 01m38s
- 5 – Isolamento dos Afectos – 01m:39s / 02m:17s
- 6 – Altruísmo – 02m:51s / 03m:24s
- 7 – Desvalorização – 04m:00s / 04m:14s
- 8 – Recalcamento – 04m:42s / 04m:57s
- 9 – Deslocamento – 05m:01s / 05m:22s
- 10 – Desvalorização – 05m:41s / 05m:47s
- 11 – Afiliação – 05m:55s / 06m:20s
- 12 – Racionalização – 07m:25s / 07m:45s
- 13 – Agressão Passiva – 07m:50s / 08m:04s
- 14 – Desvalorização – 08m:09s / 08m:18s
- 15 – Racionalização – 10m:04s / 10m:28s
- 16 – Afiliação – 10m:40s / 10m:52s
- 17 – Desvalorização – 10m:53s / 11m:21s
- 18 – Acting-Out – 12m: 12s / 12m: 16s
- 19 – Anulação – 12m:20s / 12m:31s
- 20 – Racionalização – 13m:10s / 13m:49s
- 21 – Desvalorização – 13m:50s / 13m:51s
- 22 – Racionalização – 15m:35s / 15m:48s
- 23 – Desvalorização – 16m:07s / 16m:16s
- 24 – Projeção – 16m:17s / 16m:24s
- 25 – Deslocamento – 17m:00s / 17m:55s

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

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 2

Altruísmo- 1

Antecipação- 1

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 3

Anulação- 4

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 4

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 1

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 14

Idealização- 1

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 5

Projecção- 3

Racionalização- 6

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 2

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 2

Hipocondria- 1

Agressão passiva- 2

TOTAL = 56

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 4

Anulação- 2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 1

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 2

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 12

Idealização- 3

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação- 11

Projecção- 7

Racionalização- 7

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 1

Identificação projectiva- 1

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 2

Agressão passiva- 0

TOTAL = 58

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 1

Humor- 2

Assertividade- 2

Auto-observação- 0

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 8

Anulação- 11

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 3

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 11

Deslocamento- 5

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 6

Idealização- 2

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 4

Projecção- 5

Racionalização- 1

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 2

TOTAL = 65

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 2

Antecipação- 0

Humor- 1

Assertividade- 0

Auto-observação- 4

Sublimação- 1

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afetos- 2

Anulação- 6

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 2

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 6

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 4

Idealização- 0

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 7

Projecção- 7

Racionalização- 2

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 0

Identificação projectiva- 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 3

TOTAL = 53

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

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 1

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 1

Isolamento dos afetos- 1

Anulação- 10

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 1

Dissociação- 3

(b) Formação reativa- 14

Deslocamento- 4

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 5

Idealização- 1

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- **9**

Projecção- **7**

Racionalização- **7**

Fantasia autística- **0**

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

Clivagem- **0**

Identificação projectiva- **0**

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - **0**

Hipocondria- **0**

Agressão passiva- **3**

TOTAL = 70

Anexo 9 - Cotação das sessões áudio (DMRS) – Paciente 2

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 0

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 1

Auto-observação- 1

Sublimação- 0

Supressão- 0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização- 0

Isolamento dos afectos- 4

Anulação- 2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 9

Dissociação- 1

(b) Formação reativa- 0

Deslocamento- 6

III- Imaturas:

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

Desvalorização- 2

Idealização- 9

Omnipotência- 1

3. Nível de evitamento-

Negação- 3

Projecção- 3

Racionalização- 9

Fantasia autística- 0

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

Clivagem- 0

Identificação projectiva - 0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) - 0

Hipocondria- 0

Agressão passiva- 0

TOTAL= 51

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

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

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

27 – Negação – 50m:25s / 50m:43s

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

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

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

31 – Deslocamento – 55m:00s / 55m:17s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação- 0

Altruísmo- 1

Antecipação- 0

Humor- 0

Assertividade- 0

Auto-observação- 0

Sublimação- 1

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos- 2

Anulação-1

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-1

Dissociação- 0

(b) Formação reativa- 2

Deslocamento-6

III- Imaturas:

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

Desvalorização-2

Idealização-6

Omnipotência- 0

3. Nível de evitamento-

Negação-2

Projecção-1

Racionalização-6

Fantasia autística-0

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

Clivagem- 0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 31

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-1

Altruísmo-2

Antecipação-0

Humor-0

Assertividade-1

Auto-observação-2

Sublimação-2

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-4

Anulação-3

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-1

Dissociação-0

(b) Formação reativa-6

Deslocamento-3

III- Imaturas:

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

Desvalorização-1

Idealização-2

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-2

Projecção-7

Racionalização-8

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 45

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-0

Antecipação-0

Humor-1

Assertividade-0

Auto-observação-1

Sublimação-1

Supressão-1

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-2

Anulação-2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-4

Deslocamento-2

III- Imaturas:

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

Desvalorização-1

Idealização-3

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-2

Projecção-3

Racionalização-8

Fantasia autística-0

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

Clivagem-2

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-1

TOTAL= 34

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

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

26 – Antecipação – 44m:35s / 45m:14s

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

28 – Recalcamento – 47m:05s / 47m:20s

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

30 – Recalcamento – 52m:20s / 52m:40s

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

32 – Anulação – 54m:13s / 54m:23s

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-1

Antecipação-3

Humor-0

Assertividade-4

Auto-observação-4

Sublimação-1

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-3

Anulação-3

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento- 3

Dissociação-1

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-1

III- Imaturas:

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

Desvalorização-0

Idealização-1

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-2

Projecção-3

Racionalização-2

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 33

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-1

Antecipação-5

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-0

Sublimação-1

Supressão-3

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-1

Isolamento dos afetos-3

Anulação-2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-4

Dissociação-0

(b) Formação reativa-2

Deslocamento-3

III- Imaturas:

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

Desvalorização-2

Idealização-2

Omnipotência-1

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-1

Racionalização-3

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-2

TOTAL= 36

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-0

Antecipação-0

Humor-0

Assertividade-5

Auto-observação-3

Sublimação-0

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-3

Anulação-4

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-1

Dissociação-0

(b) Formação reativa-0

Deslocamento-4

III- Imaturas:

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

Desvalorização-0

Idealização-0

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-1

Projecção-1

Racionalização-2

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 24

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-2

Antecipação-3

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-1

Sublimação-0

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-2

Anulação-3

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-1

III- Imaturas:

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

Desvalorização-6

Idealização-5

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-4

Racionalização-7

Fantasia autística-0

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

Clivagem-1

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 36

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-1

Altruísmo-0

Antecipação-0

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-0

Sublimação-3

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-5

Anulação-4

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-3

Dissociação-1

(b) Formação reativa-5

Deslocamento-6

III- Imaturas:

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

Desvalorização-0

Idealização-2

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-5

Racionalização-5

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-5

TOTAL= 45

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-4

Antecipação-4

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-1

Sublimação-1

Supressão-1

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-4

Anulação-2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-1

Dissociação-0

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-4

III- Imaturas:

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

Desvalorização-4

Idealização-3

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-6

Racionalização-7

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-1

TOTAL= 44

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-2

Altruísmo-0

Antecipação-5

Humor-0

Assertividade-4

Auto-observação-1

Sublimação-1

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-3

Anulação-2

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-1

(b) Formação reativa-4

Deslocamento-3

III- Imaturas:

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

Desvalorização-2

Idealização-4

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-1

Projecção-5

Racionalização-5

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-2

TOTAL= 45

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

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

- 25 – Auto-observação – 24m:20s / 24m:23s
- 26 – Deslocamento – 24m:25s / 26m:22s
- 27 – Auto-observação – 26m:26s / 27m:21s
- 28 – Desvalorização – 27m:58s / 28m:12s
- 29 – Deslocamento – 28m:26s / 29m:30s
- 30 – Racionalização – 29m:37s / 29m:47s
- 31 – Projecção – 29m:48s / 30m:56s
- 32 – Isolamento dos Afectos – 31m:00s / 33m:45s
- 33 – Formação Reactiva – 35m:07s / 35m:20s
- 34 – Auto-observação – 35m:32s / 35m:50s
- 35 – Anulação – 35m:53s / 36m:18s
- 36 – Deslocamento – 36m:36s / 36m:48s
- 37 – Projecção – 36m:48s / 36m:55s
- 38 – Racionalização – 37m:05s / 37m:10s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-4

Altruísmo-0

Antecipação-4

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-5

Sublimação-2

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-4

Anulação-1

5. Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-2

Deslocamento-8

III- Imaturas:

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

Desvalorização-1

Idealização-0

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projectão-4

Racionalização-3

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 38

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

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

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

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-1

Antecipação-7

Humor-0

Assertividade-0

Auto-observação-0

Sublimação-0

Supressão-1

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-3

Anulação-3

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-5

III- Imaturas:

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

Desvalorização-2

Idealização-0

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-3

Projecção-3

Racionalização-4

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 33

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

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

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

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

4 – Antecipação – 06m06s / 06m:25s

5 – Idealização – 06m:42s / 07m:25s

6 – Idealização – 07m:25s / 07m:50s

7 – Deslocamento – 08m:00s / 09m:22s

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

9 – Assertividade – 11m:27s / 13m:08s

10 – Deslocamento – 13m:08s / 20m:58s

11 – Projecção – 21m:15s / 21m:26s

I- Maduras:

7. Nível mais adaptado (maduro) –

Afiliação-0

Altruísmo-0

Antecipação-1

Humor-0

Assertividade-1

Auto-observação-0

Sublimação-0

Supressão-0

II- Neuróticas:

6. Obsessivas-

Intelectualização-0

Isolamento dos afetos-1

Anulação-0

5.Outras defesas de nível neurótico-

(a) Recalcamento-0

Dissociação-0

(b) Formação reativa-1

Deslocamento-2

III- Imaturas:

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

Desvalorização-0

Idealização-2

Omnipotência-0

3. Nível de evitamento-

Negação-0

Projecção-1

Racionalização-2

Fantasia autística-0

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

Clivagem-0

Identificação projectiva-0

1. Defesas de acção-

Agir (acting out) -0

Hipocondria-0

Agressão passiva-0

TOTAL= 11

Anexo 10 – SWAP-200

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

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

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

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

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

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

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

Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas

Anexo 11 - Grelha de Classificação - SWAP-200 – Paciente 1

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

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

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

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

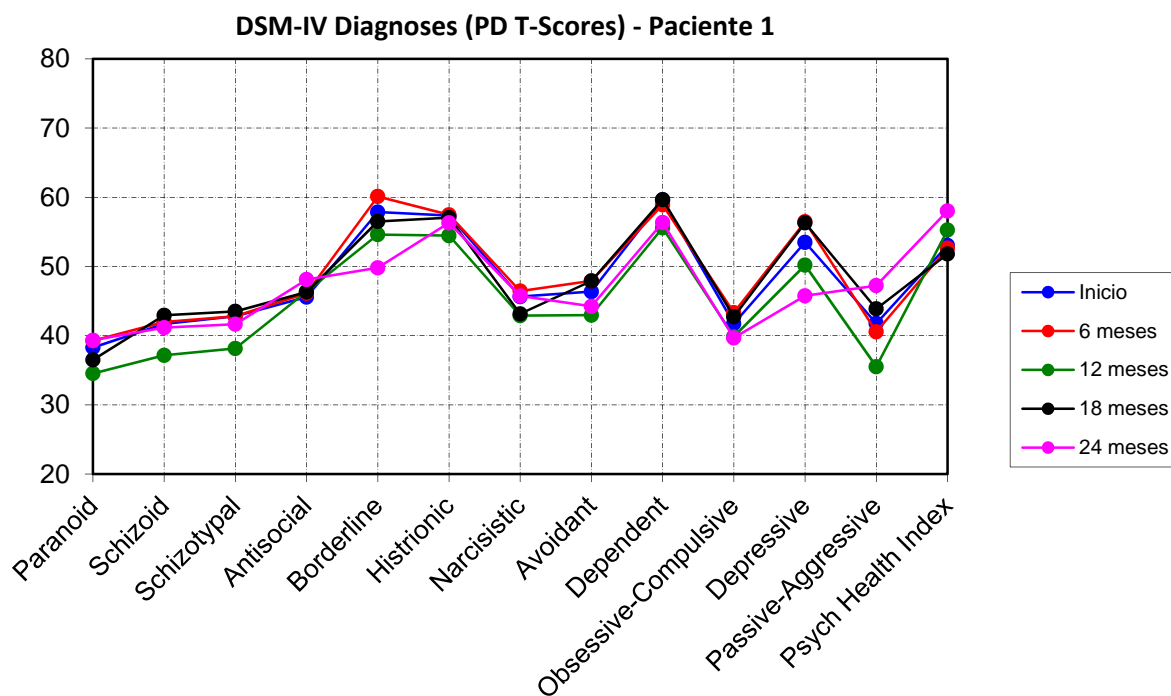
144	0	0	0	0	0
145	0	0	0	0	0
146	0	0	0	0	0
147	0	0	4	0	0
148	3	3	2	3	1
149	0	1	0	1	1
150	0	0	0	0	0
151	1	0	0	0	0
152	1	0	2	1	1
153	7	3	5	3	6
154	4	0	0	2	2
155	2	1	1	2	2
156	7	6	5	5	2
157	0	0	0	0	0
158	0	0	0	0	0
159	0	0	0	0	0
160	1	0	0	0	1
161	0	0	0	0	0
162	5	4	2	3	5
163	4	4	6	5	3
164	0	1	1	1	1
165	2	2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

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

Anexo 12 - Quadros de avaliação SWAP-200 – Paciente 1

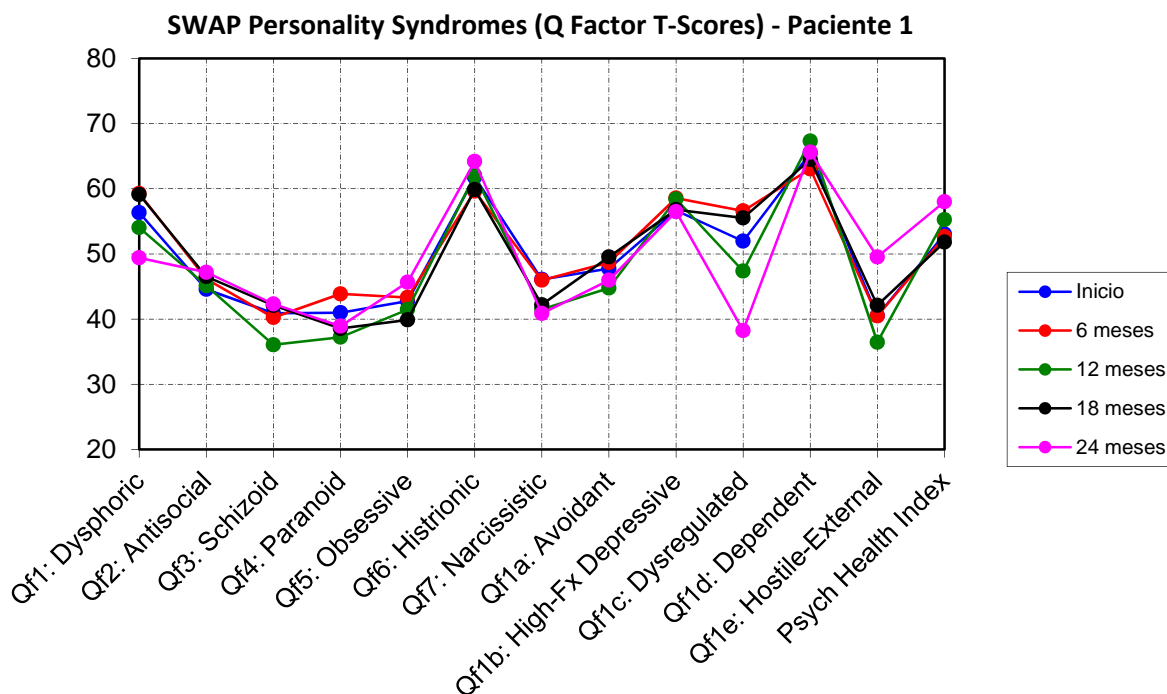
SWAP DSM-IV Diagnoses (PD T-Scores) – Paciente 1

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



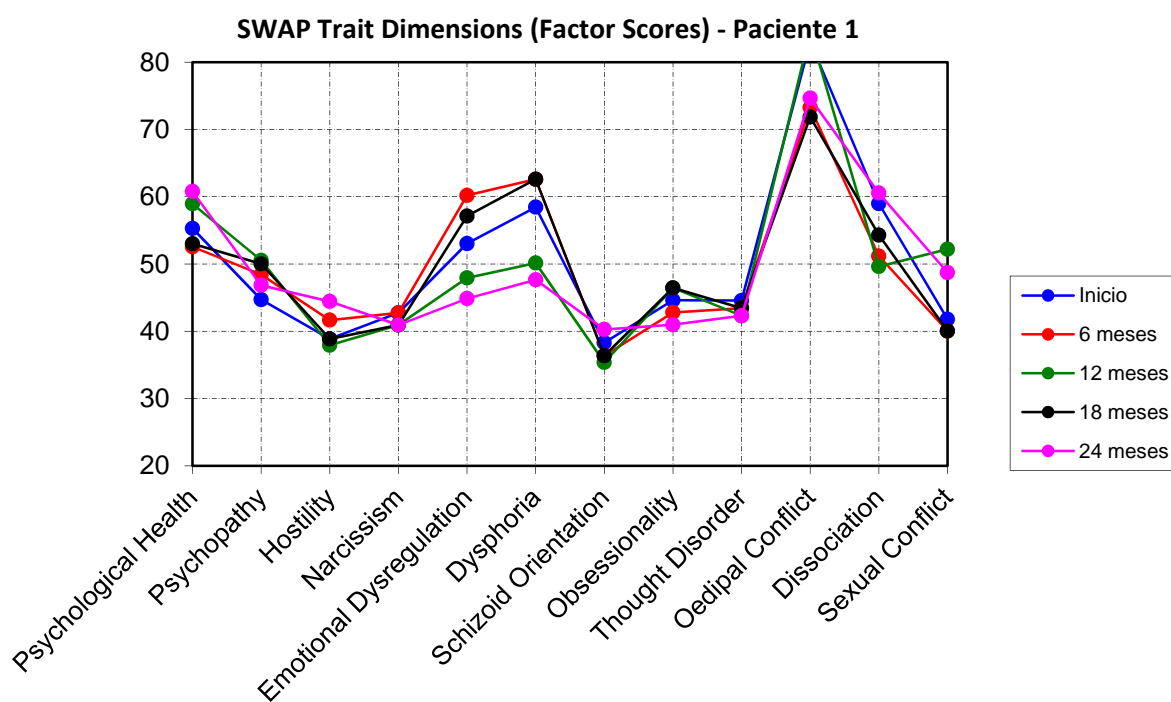
SWAP Personality Syndromes (Q Factor T-Scores) – Paciente 1

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



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

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



Anexo 13 - Grelha de Classificação - SWAP-200 – Paciente 2

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

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

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

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

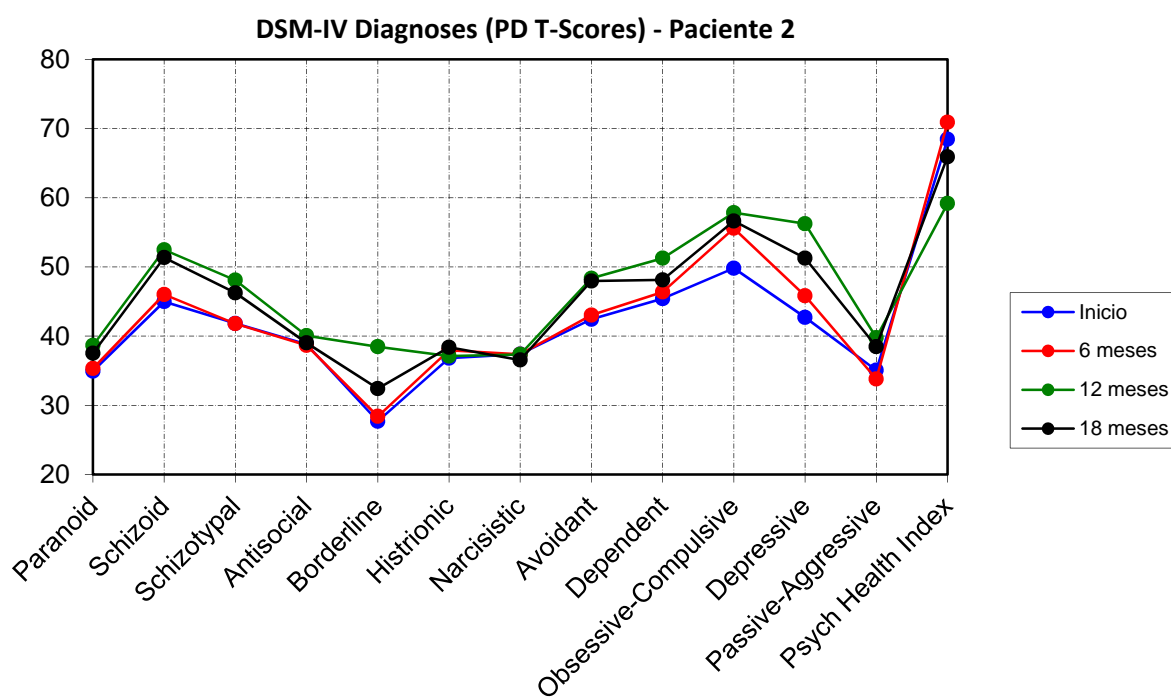
144	1	2	3	3
145	0	2	0	2
146	0	0	3	0
147	0	0	0	0
148	1	2	4	1
149	0	0	0	0
150	0	0	0	0
151	3	0	3	0
152	3	0	0	1
153	1	0	3	1
154	1	1	1	0
155	3	3	0	3
156	0	0	0	0
157	0	0	0	0
158	0	0	0	0
159	1	1	1	0
160	2	1	2	2
161	0	0	0	0
162	3	6	4	4
163	2	2	0	2
164	3	2	2	2
165	5	4	3	3
166	3	1	3	1
167	0	0	1	1
168	0	0	0	0
169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

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

Anexo 14 - Quadros de avaliação SWAP-200 – Paciente 2

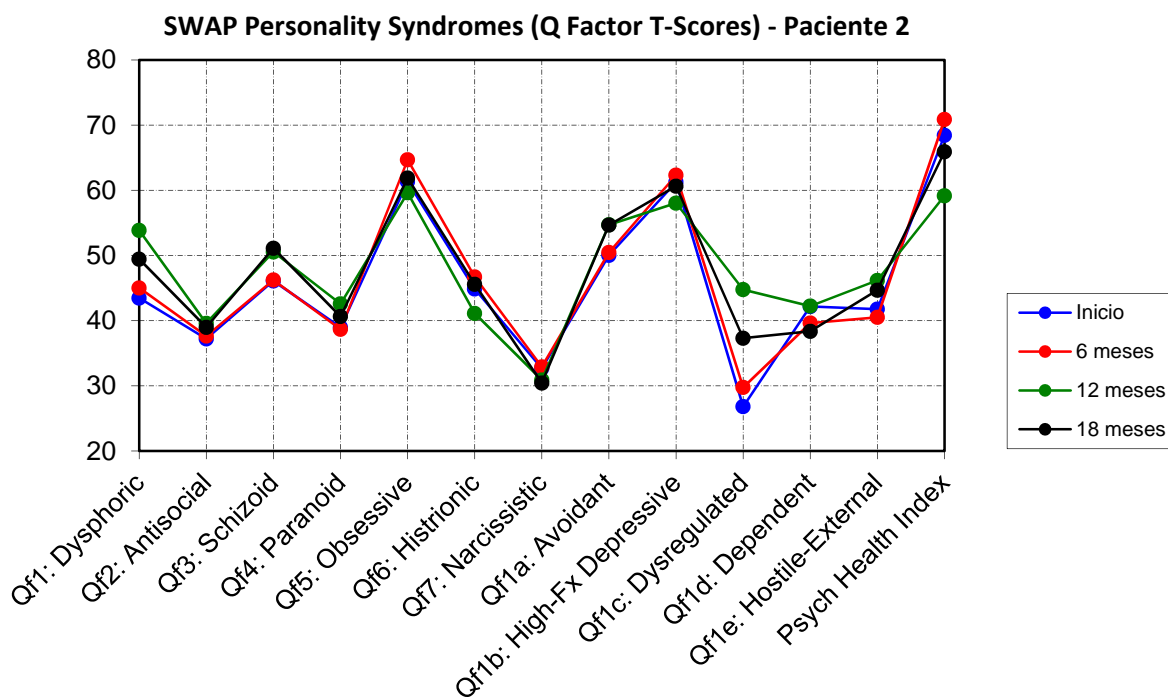
SWAP DSM-IV Diagnoses (PD T-Scores) – Paciente 2

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



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

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



SWAP Trait Dimensions(Factor Scores) – Paciente 2

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

