



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

MUDANÇAS DAS CARACTERÍSTICAS DE
PERSONALIDADE E DOS SINTOMAS NO PROCESSO
TERAPÊUTICO

ANA SOFIA RODRIGUES GI MARTINS SILVA

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2014

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

AGRADECIMENTOS

Ao Professor António Pires, meu orientador, pela disponibilidade revelada e compromisso com o meu trabalho, partilha do seu *Know-how* e sabedoria e orientações que me permitiram evoluir ao longo da realização da dissertação.

Aos meus amigos, que embora longe sei que torcem por mim e me apoiam.

Aos colegas do meu trabalho, pela sincera amizade e apoio que sempre demonstraram ao longo destes dois anos em que me ausentei do local de trabalho para realizar o mestrado.

Aos meus pais, por tudo o que até hoje me proporcionaram quer a nível profissional quer pessoal, sempre apoiando as minhas decisões e desafios ao longo da vida e apesar de estarem longe, estão incondicionalmente presentes no meu dia-a-dia, no meu coração.

À minha querida Avó, que apesar de não poder ler estas minhas palavras, sei o quanto se sentiria orgulhosa por concluir mais esta etapa profissional. A ti Avó, onde quer que estejas, dedico-te esta conquista.

Ao meu sobrinho Afonso, que nasceu no decorrer deste meu percurso académico e me deu a alegria de ser tia.

Ao Rafa, meu marido, pelo seu otimismo e positivismo na vida, pelo apoio que me foi dando ao longo desta caminhada, em mais um desafio que partilhamos juntos ao longo destes anos e que sempre me transmitiu grande confiança nas minhas capacidades profissionais.

A ti, Dinis Maria, meu querido filho que tanto te espero ansiosamente, devo-te um agradecimento especial por me teres “deixado” terminar esta etapa antes de nasceres, foste um bebé muito compreensivo e amigo da mãe e quero que saibas que irás ser muito recompensado, pois quando chegares, terei todo o tempo do mundo para te dar o meu amor!

A todos o meu profundo agradecimento.

ÍNDICE

Revisão de Literatura	1
Resumo.....	2
Abstract	3
Introdução	4
Mudança psíquica no tratamento psicoterapêutico	5
A Personalidade e sua mudança em psicoterapia	7
Estudos no âmbito das mudanças nos sintomas e na estrutura	9
Conclusão.....	13
Referências.....	14
Estudo Empírico.....	17
Resumo.....	18
Abstract	19
Introdução	20
Método	22
Participantes	22
Instrumentos	25
Procedimento.....	28
Treino.....	28
Resultados	29
Discussão.....	42
Referências.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (paciente 1)	31
Figura 2 – Q-factor T-scores (paciente 1)	32
Figura 3 – Factor T-scores (paciente 1).....	33
Figura 4 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (paciente 2)	34
Figura 5 – Q-factor T-scores (paciente 2)	35
Figura 6 – Factor T-scores (paciente caso 2)	36
Figura 7 – Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia (paciente 1).....	38
Figura 8 – Índices Globais (TSP; IGS; IDSP) – paciente 1	39
Figura 9 – Progresso terapêutico da Paciente 1 no SCL-90- R (IGS; IDSP)	39
Figura 10 – Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia – paciente 2.....	40
Figura 11 – Índices Globais (TSP; IGS; IDSP) – paciente 2.....	41
Figura 12 - Progresso terapêutico da Paciente 2 no SCL-90- R (IGS; IDSP)	41

REVISÃO DE LITERATURA

MUDANÇAS DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E DOS SINTOMAS NO PROCESSO TERAPÊUTICO

RESUMO

A Personalidade é um dos objetos de estudo de maior relevância no campo das ciências sociais, que tem sido alvo de inúmeros estudos de investigação, dando origem a diferentes teorias sobre a sua estrutura, formação e funcionamento.

O presente estudo pretende abordar de que forma a mudança na estrutura da personalidade versus mudança dos sintomas evoluem ao longo de um processo terapêutico. Neste sentido, a revisão de literatura incide sobre o conceito de personalidade e sua mudança, apresentando diferentes abordagens teóricas propostas por alguns autores, passando pela questão fundamental do próprio conceito de mudança em psicoterapia. Ao longo da exposição teórica, serão abordados alguns estudos que permitem entender de que forma a mudança da personalidade e dos sintomas ocorrem ao longo de um processo psicoterapêutico. A partir da literatura revista, conclui-se que essas mudanças são efetivamente mais notórias ao nível dos sintomas logo no início da terapia, comparativamente aos traços de personalidade que revelaram necessitar de um maior tempo de psicoterapia para que essa mudança ocorra.

Palavras-chave: Mudança, psicoterapia, personalidade, sintomas.

ABSTRACT

Personality is one of the objects of study most relevant in the social sciences, which has been the subject of numerous research studies, giving rise to different theories about its structure, formation, function.

The present study aims to address how the changing structure of personality versus change of symptoms evolve over a therapeutic process. In this sense, the literature review focuses on the concept of personality and its change, presenting different theoretical approaches proposed by some authors, through the fundamental question of the concept of change in psychotherapy. Along the theoretical exposition, some studies that allow us to understand how the change of personality and symptoms occur along a psychotherapeutic process will be addressed. From the literature reviewed, it is concluded that these changes are actually more noticeable at the level of symptoms early in therapy, compared to personality traits revealed that require a longer psychotherapy for this change to occur.

Keywords: Change, psychotherapy, personality, symptoms.

INTRODUÇÃO

A psicoterapia tem como principal objetivo aliviar o sofrimento mental do paciente, ajudando-o a lidar de uma forma mais adaptada e saudável com as suas dificuldades, permitindo o seu auto-conhecimento, aprendizagens e crescimento.

Existem várias correntes que, apesar de diferirem em alguns pontos, têm em comum a forma como privilegiam a relação terapeuta-paciente, o contrato terapêutico e o uso de determinada técnica específica que é sustentada por uma determinada teoria (Cordioli, 2008).

Neste estudo privilegia-se a psicoterapia psicanalítica, que segundo Dewald (1989) se define como um processo psicológico entre duas ou mais pessoas, em que o terapeuta se preocupa em compreender, influenciar e modificar a experiência psíquica, a função mental e o comportamento do paciente, não descurando a importância da aliança terapêutica, para que ambos trabalhem no sentido de alcançar os objetivos propostos. Deste modo, a psicanálise privilegia através da associação livre a emergência dos fenómenos inconscientes, através da interpretação, que tem como finalidade o insight do paciente, a resolução dos seus conflitos intrapsíquicos e consequentemente a mudança (Klockars, 2004).

Contudo, seja qual for o quadro referencial do modelo teórico que sustenta uma psicoterapia, é certo que a mudança representa o objetivo principal de um processo psicoterapêutico. A importância da mudança em psicoterapia tem merecido especial enfoque na área da investigação, de forma a comprovar a sua eficácia e validade do processo psicoterapêutico. Contudo, as dificuldades de observação e mensuração dos constructos psíquicos têm dificultado a aceitação da psicoterapia como tratamento psíquico com validade e eficácia. Deste modo, perceber que fatores levam à mudança tem-se revelado uma tarefa complexa, pois é fundamental que a perspectiva quer do terapeuta quer do paciente devam ser consideradas nessa avaliação (Yoshida, 1998).

Através dos estudos efetuados acerca do processo psicoterapêutico, tornou-se possível compreender como se dá a mudança no decorrer do tratamento e identificar os mecanismos de ação terapêutica. No entanto, ainda se denota um insuficiente número de estudos publicados que permitam avaliar a mudança ao longo de um processo terapêutico, nomeadamente quando se pretende comparar variáveis como a personalidade e os sintomas. A presente revisão de literatura foca-se em alguns estudos que visam compreender de que forma ocorrem as mudanças ao nível dos sintomas e da personalidade, suportados por instrumentos de avaliação que possibilitam medir estas duas variáveis ao longo da terapia.

Mudança psíquica no tratamento psicoterapêutico

A mudança representa o principal objetivo a atingir em psicoterapia, independentemente do seu modelo teórico. Desde Freud que se discutem as metas do processo terapêutico, em que o autor defendia que o fundamental era tornar o que era inconsciente acessível à consciência, com vista à recuperação clínica do paciente e à sua capacidade adaptativa, não tendo necessariamente que existir uma total remoção dos sintomas (Enéas, 2000). O que se torna relevante no tratamento psicanalítico é então a capacidade de reestruturação da personalidade, que pressupõe a resolução de conflitos básicos (Braier, 2000). Não descurando dois grandes responsáveis na cura psicanalítica – o *insight* e o relacionamento, que segundo Wolitzky (1995, in Éneas, 2000), favorecem tanto o relacionamento com o terapeuta como a auto-compreensão do paciente. Tal como referiu Blum (1992), o *insight* era o agente essencial da mudança, o catalisador do trabalho terapêutico e a condição para a resolução da resistência.

Depois de uma abordagem centrada na interpretação e o *insight*, o foco passou a ser na relação analítica como agente de mudança (Greenson, 1965).

Para se avaliar as mudanças psíquicas no contexto terapêutico, é necessário ter em linha de conta os vários fatores que nela intervêm, embora identificá-los possa tornar-se uma tarefa complexa (Alexandre, 2007). É pois de esperar, que o sucesso de uma psicoterapia resulte de um conjunto de variáveis que parecem estar em consenso em todas as teorias, nomeadamente o valor da personalidade do paciente e do terapeuta que possibilita uma aliança terapêutica positiva, a capacidade de adaptação do paciente para lidar com os conflitos do passado, o reconhecimento do caráter psicológico das suas dificuldades e a sua motivação para a mudança (Messer & Warren, 1995, cit in Yoshida, 1998). Quase todos estes fatores parecem ser da responsabilidade do paciente no caminho para o sucesso psicoterapêutico, no entanto todas as atitudes do terapeuta que permitem uma aliança terapêutica positiva, têm um peso fundamental na compreensão do paciente e da sua experiência, permitindo uma valorização da sua auto-confiança para ultrapassar as suas incongruências (Santos, 2005).

O reconhecimento de que o sucesso da aliança terapêutica é o maior preditor de resultados favoráveis em psicoterapia, é suportado por vários estudos, que têm revelado que quando a relação paciente-terapeuta é positiva, isto é quando há relação empática, existe uma melhoria nos sintomas observados no final da terapia. Contudo, esta relação não é por si só uma causa-efeito, no sentido em que a avaliação da mudança quer dos sintomas quer da

aliança terapêutica deve ser monitorizada ao longo das várias fases do processo terapêutico (Kazdin, 2009).

Bucher (1989, cit in Mondardo et al, 2009) fala da importância da linguagem, como um objeto mediador na relação terapeuta-paciente, que possibilita a troca dos conflitos e a experiência interna do paciente. O poder da linguagem permite assim que o material inconsciente trazido pelo paciente possa emergir e lhe seja dado sentido, fortalecendo a díade e a relação do próprio paciente consigo. É então através da linguagem verbal e também não-verbal, que o terapeuta capta o material trazido pelo paciente e devolve-o através da interpretação para que desta forma o possa internalizar (Knobel, 1984, cit in Mondardo et al, 2009).

É na aliança terapêutica que surge a capacidade de promover a mudança psíquica e consequentemente devolve ao paciente um maior domínio sobre os seus conflitos. Este, ao se sentir confiante, ganha uma maior consciência dos seus padrões de conduta e de uma maior compreensão dos sintomas (Enéas, 2000).

No entanto, nem todos os autores consideram o conceito de mudança psíquica linear, no sentido em que este poderá representar tanto uma mudança do funcionamento do paciente como uma mudança a longo prazo e duradoura. Assim, Josephs (2011) acredita que a mudança psíquica vai ocorrendo durante o processo terapêutico, não devendo apenas ser considerada apenas no final, mas sim ser entendida como um processo através do qual permite ao paciente a resolução dos seus conflitos. Nesta linha, a mudança deve então ser entendida como um processo constante durante todo o tratamento psicoterapêutico e não apenas uma finalidade (Yoshida,1998).

O processo terapêutico envolve não só os fatores acima mencionados como também outras variáveis que são responsáveis pela mudança. Cordioli e Giglio (2008) descreveram os mais relevantes sendo esses fatores de natureza cognitiva e capacidade de *insight*; a aliança terapêutica e o seu tipo de vínculo; a capacidade do terapeuta para transmitir apoio visando o reforço do ego do paciente; a experiência afetiva e alívio das forças de tensão; a capacidade do paciente em aprender através da relação estabelecida com o terapeuta, a viver adequadamente; consciencialização dos seus problemas e abertura para a resolução dos mesmos e por último fatores sociais que possibilitem a interação social como agente auxiliar de mudança psíquica.

Todos estes catalisadores de mudança psíquica têm o seu valor de importância em todas as psicoterapias, no entanto a sua incidência dependerá do modelo de psicoterapia que é adotado (Mondardo et al, 2009).

No caso da psicoterapia psicanalítica, a capacidade empática é considerado o melhor instrumento de mudança que o terapeuta tem ao seu dispor, no sentido em que possibilita movimentos de transferência e contratransferência fundamentais para o desenvolvimento da relação e conseqüentemente para que a mudança possa ocorrer (Matos,1994).

Sendo a mudança psíquica o grande desafio para qualquer psicoterapia, atualmente constata-se que o individuo tem um papel ativo no processo de mudança, uma vez que é o responsável pela sua história e pelas suas transformações (Doron & Parot, 2001).

Por fim, podemos entender que o processo terapêutico e citando Ribeiro (1984), “... não visa modificar a matriz interna, mas é, antes de tudo, uma tentativa de conhecer as injunções, os pactos, sobretudo inconscientes dos elos desta rede, que, formando subsistemas, perturbam o seu funcionamento global”.

A Personalidade e sua mudança em psicoterapia

O estudo da personalidade desde sempre despertou particular interesse nas áreas sociais e humanas, originando vários conceitos de personalidade que foram sofrendo significativas mudanças desde os primórdios. A complexidade desta temática deu origem a diversas definições, mas parece ser consensual que é algo característico, que torna cada individuo único.

A personalidade parece pois, representar uma unidade integradora da pessoa, que envolve uma organização dinâmica dos aspetos cognitivos, afetivos, fisiológicos e morfológicos do indivíduo (Dias, 2004). Assim, pode ser entendida como um conjunto de padrões rígidos de sentimentos, pensamentos e comportamentos de cada indivíduo. Na mesma linha, Pervin e John (2004; cit in Martins & Lopes, 2010)) propõem uma definição centralizadora em que consideram que a personalidade representa aquelas características da pessoa que explicam padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos. De particular interesse é a forma como esses pensamentos, sentimentos e comportamentos se

relacionam entre si para formar o indivíduo único e peculiar. Por outras palavras, é o conjunto de características psicológicas que determinam a singularidade pessoal e social de cada indivíduo (McMartin, 1995).

Já Eysenck (1976; cit. in Dias, 2004) definiu personalidade como “*a organização mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, intelecto e físico do indivíduo, que permite o seu ajustamento único ao meio*”. Deste modo, a personalidade assume uma linha de padrões básicos de comportamento, que vão sofrendo alterações ao longo do seu processo evolutivo através da aprendizagem, desenvolvimento e meio ambiente (Savastano, 1980).

Todas as teorias da personalidade surgiram da tentativa de descrever e explicar o modo como os indivíduos se diferenciam na sua forma de agir, na sua personalidade (John, 1999).

Do ponto de vista psicanalítico, a personalidade é vista como uma integração dinâmica dos padrões de comportamento do sujeito que têm na sua base o temperamento, carácter, sistema de valores internalizados e capacidades cognitivas (Kernberg, 2006). Vários são os modelos teóricos com base psicanalítica, no entanto todos eles se referem aos processos dinâmicos, contrariamente aos traços de personalidade, que neste caso são vistos como atributos estáticos. Assim “as pessoas organizam-se em dimensões significativas para si e, emblematicamente, mostram características que expressam ambas as polaridades de qualquer dimensão saliente” (Mc Williams, 2005, pag.62).

Contrariamente às teorias psicanalíticas e do ponto de vista cognitivo, a personalidade é percebida como um conjunto de padrões que se vão mantendo estáveis ao longo do tempo, que resultam de uma combinação entre genética e influencias do meio, ao longo do desenvolvimento. A personalidade é então percebida como um conjunto de traços específicos que conferem um perfil estável individual (Asendorpf, 2008).

Parece assim pertinente distinguir o conceito de personalidade de traços de personalidade, em que estes últimos são definidos como uma unidade de análise do comportamento, no entanto o modo como se relacionam não é semelhante (Digman, 1990, cit in Pais Ribeiro, 2005). Assim, o carácter único e diferente que a personalidade confere a cada indivíduo, engloba traços gerais que se assemelham às de outras pessoas. É por essa razão que duas pessoas com personalidades distintas, possam agir ou se comportar de forma semelhante. Assim, o Paradigma dos Traços é assente na identificação das características de personalidade responsáveis pela consistência comportamental (Paim, 2002).

Atendendo às várias definições de Personalidade, é indiscutível de que se trata de uma construção complexa, individual, que apresenta um desenvolvimento gradual. É assim entendida como um conjunto de traços que permitem diferenciar as pessoas entre si, no modo como agem e se relacionam com a sociedade e com elas mesmas (Doron & Parot, 2001).

Quando se fala em mudança de personalidade, Rogers (2007) definiu-a como uma mudança que tanto pode ser estrutural, superficial como em profundidade, no sentido em que se pretende atingir uma estrutura mais madura, com maior integração do eu e que represente um menor conflito interno. Contudo, a mudança de personalidade no processo psicoterapêutico representa um tema controverso, na medida em que alguns autores defendem essa possibilidade, outros são da opinião que tal mudança não é possível. Mas sabe-se hoje, que existem estudos que comprovam que tanto a terapia psicanalítica como a cognitivo-comportamental produzem mudanças na personalidade (Livesley, 2007).

Estudos no âmbito das mudanças nos sintomas e na estrutura

Através de estudos acerca do processo psicoterapêutico, é possível compreender como ocorre a mudança ao longo do tratamento e permite identificar os mecanismos de ação terapêutica, bem como das variáveis que dependem da eficácia de uma psicoterapia. Assim, estudos experimentais possibilitam traçar estratégias para que ocorra a mudança terapêutica. Neste sentido, serão apresentados alguns estudos que utilizaram instrumentos de avaliação de forma a permitir a comparação da mudança ao nível dos sintomas bem como da estrutura, no decorrer do processo terapêutico.

Lingiardi e colaboradores (2010) realizaram um estudo de caso, em que descreveram a progressão de uma análise, utilizando alguns instrumentos de avaliação nomeadamente o *Shedler-Westen Assessment Procedure -200*, *SWAP-200* (Shedler & Westen, 2006), a *Defense Mechanism Rating Scale*, *DMRS* (Perry, 1990) e a *Analytic Process Scales*, *APS* (Waldron, Scharf, Crouse, Firestein, & Burton, de 2004, e Waldron, Scharf, Hurst, *et al.*, 2004) para estudar transcrições integrais de sessões. Essa avaliação foi realizada tanto pelo terapeuta, como por avaliadores independentes. Foram avaliadas transcrições durante dois anos, com a *DMRS* e a *APS*, início da análise e a cada seis meses e com o *SWAP-200*, a cada doze meses, pelo facto de constatarem que na avaliação da personalidade não ocorrem mudanças antes do

primeiro ano de terapia. No início, a paciente evidenciava traços obsessivos, paranoides e hostis, e de externalização. No que diz respeito à avaliação do funcionamento, este encontrava-se num nível médio relativamente a uma amostra de pacientes com diagnóstico de perturbação de personalidade. Ao nível das defesas, situava-se a um nível neurótico, destacando-se as defesas de intelectualização e deslocamento. Ao fim do primeiro ano, assistiu-se a uma elevação na personalidade saudável, pela avaliação do *SWAP-200*, não apresentando critérios para um diagnóstico de perturbação de personalidade. Ao mesmo tempo, revelou um aumento no funcionamento defensivo geral avaliado com a *DMRS*. Numa perspetiva analítica, houve uma melhoria de cerca de 12,5% na produtividade geral do contributo da paciente face à terapia. Já no fim do segundo ano, obteve um ganho adicional de 2,9 pontos na avaliação do funcionamento elevado pelo *SWAP-200*, resultando num aumento total de 49,34 para 60,81, valores bastante diferentes comparando com os iniciais. Ao nível das defesas, não houve alteração do seu estilo defensivo no domínio neurótico, mas constatou-se uma diminuição das defesas neuróticas e obsessivas e aumento nas defesas maduras, apresentando um funcionamento defensivo geral ligeiramente superior ao obtido no fim do primeiro ano de psicoterapia.

Hersoug e colaboradores (2002) realizaram um estudo em que o objetivo era perceber se as alterações observadas nos mecanismos de defesa poderiam prever os resultados, durante uma psicoterapia psicodinâmica breve. Assim, compararam a mudança dos sintomas e das defesas em que estas últimas foram avaliadas através da escala *DMRS* e pelo Questionário de Estilo Defensivo *DSQ*, numa amostra de 43 pacientes. Os autores deste estudo concluíram que o funcionamento geral defensivo teve melhorias só a partir da 16ª sessão, ao passo que os sintomas apresentaram uma melhoria logo no início da terapia.

Moreno e colaboradores (2005) apresentaram um estudo de caso de psicoterapia psicodinâmica, com a duração de 2 anos no sentido de avaliar o diagnóstico psicodinâmico e sua evolução. Para tal, utilizaram material de sessões de supervisão, recorrendo às seguintes técnicas empíricas e instrumentos: o tema do núcleo do relacionamento conflituoso (*Core Conflictual Relationship Theme*) (Luborsky & Crits-Christoph, 1990), a *Symptom Checklist-90-Revised* (Derogatis, 1983), e *Elementos Diferenciais para um Diagnóstico Psicodinâmico* (Moreno *et al.*, 1998). Assim, foi possível o reconhecimento de alguns fatores responsáveis pela mudança psíquica ao longo do processo psicoterapêutico, mostrando os benefícios da utilização de vários instrumentos de avaliação possibilitando uma análise mais completa acerca da evolução do paciente durante o tratamento.

Malheiro (2012) avaliou a personalidade e os mecanismos de defesa através de gravações áudio de sessões a cada seis meses com *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*, e o *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)* respetivamente e o *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* aplicado em três momentos distintos, ao longo do processo psicoterapêutico. Com este estudo, pretendeu-se estudar as relações entre as mudanças na personalidade, o uso de determinados mecanismos de defesa e a redução da sintomatologia em duas pacientes, seguidas em psicoterapia pelo mesmo terapeuta por um período de 2 anos. Dos resultados obtidos concluiu que em ambos os casos analisados, a mudança sintomática ocorreu de uma forma mais rápida do que ao nível estrutural, isto é ao nível da personalidade e dos mecanismos de defesa.

Também num estudo realizado por Loureiro (2012), o objetivo consistiu em observar a relação entre a mudança nos mecanismos de defesa e nas características de personalidade ao longo do processo terapêutico, em dois pacientes com personalidades distintas. Para a avaliação dos mecanismos de defesa foi utilizada a escala *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)* e na avaliação das características de personalidade o *The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*. Foram analisadas 33 gravações áudio de sessões de duas pacientes do mesmo terapeuta sob psicoterapia de inspiração psicanalítica. Os resultados demonstraram que diferentes pacientes e grupos de patologias, resultaram num ritmo de mudança característico ao nível dos mecanismos defensivos. Os níveis globais de funcionamento defensivo na *DMRS*, e os indicadores de saúde mental do *SWAP-200*, variaram no mesmo sentido, em ambas as pacientes. Deste modo foi possível concluir que as flutuações na personalidade das pacientes e no funcionamento defensivo estão relacionadas, constituindo um forte indicador das mudanças estruturais encontradas ao longo do processo terapêutico.

O estudo realizado por Marques (2012) consistiu em observar como mudam as atitudes do terapeuta, os seus comportamentos e interações, quando influenciados pelas características de personalidade dos seus pacientes. Para tal, analisou gravações áudio de sessões de duas pacientes em psicoterapia psicanalítica com o mesmo terapeuta durante dois anos e avaliadas utilizando o *Psychotherapy Process Q-Set (PQS; Jones, 2000)* no início, 6, 12, 18 e 24 meses de terapia. A personalidade dos pacientes foi avaliada através do *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200; Shedler & Westen, 1998)* e os resultados das terapias foram obtidos através do *SCL-90-R (Derogatis & Savitz, 2000)*. Dos resultados obtidos, foi constatado que o terapeuta foi mais claro, seguro e paternalista, com a paciente neurótica obsessiva, aderindo mais fortemente ao protótipo psicodinâmico com a paciente

borderline e dependente, com quem foi adaptando mais a sua adesão a diferentes técnicas ao longo do tempo.

CONCLUSÃO

Da revisão de literatura apresentada, percebe-se que continua a ser um desafio para os investigadores, a avaliação do processo psicoterapêutico e os respetivos efeitos das intervenções psicológicas, por conta da subjetividade das variáveis envolvidas num processo psicoterapêutico.

Assim, ainda se torna fundamental compreender de que forma e quais os fatores responsáveis pelos resultados positivos de uma psicoterapia. Através dos estudos que têm sido apresentados acerca do processo terapêutico, torna-se desta forma possível entender como se dá a mudança no decorrer do tratamento e identificar os mecanismos de ação terapêutica.

A importância da utilização de instrumentos padronizados nos estudos apresentados anteriormente, possibilitam a identificação das variáveis que podem depender do fracasso ou sucesso de um tratamento psicoterapêutico, contribuindo também para a avaliação da evolução clínica dos pacientes, ao longo das várias fases do processo terapêutico. Desses estudos, concluiu-se que a mudança sintomática é mais evidente desde o início do tratamento, ao passo que a mudança ao nível estrutural, que se define como mais profunda e consequentemente mais lenta, dificilmente se verificam alterações no primeiro ano de terapia. Partindo destes pressupostos, a questão da mudança em psicoterapia tem dividido opiniões entre os autores, que partilham a suposição de que há mudanças mais profundas e por isso, mais estáveis que se diferem das mudanças comportamentais ou sintomáticas e portanto transitórias.

A utilização do *SWAP-200* nos estudos apresentados, demonstra a grande utilidade deste instrumento no exercício clínico como também na área de investigação em mudança de personalidade em psicoterapia. No entanto ainda existem algumas lacunas no âmbito do estudo empírico acerca da mudança, nomeadamente quando se pensa em combinar apenas as variáveis personalidade e os sintomas, medidos pelo *SWAP-200* e o *SCL-90*, que possam ser avaliadas em momentos idênticos, no decorrer do processo psicoterapêutico. Assim, a possibilidade de serem aplicados vários instrumentos de avaliação, permitirá uma melhor compreensão do processo de mudança e um estudo mais pormenorizado acerca do comportamento das variáveis ao longo do tratamento.

REFERÊNCIAS

- Alexandre, M. F. (2007). *Mudanças psíquicas no processo terapêutico. O papel do narcisismo*. Fenda Edições.
- Asendorpf, J. (2008). Developmental Perspectives. In Boyle, G., Matthews, G. & Saklofske, D. *The Sage Handbook of Personality Theory and Assessment*, cap. 5, pp. 101-122. Londres: SAGE Publications Ltd.
- Blum, H. P. (1992). Psychic change: the analytic relationship(s) and agents of change. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, (2), 255-265.
- Braier, E. A. (2000). *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cordioli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. Em: A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp.19-41). Porto Alegre: Artes Médicas
- Cordiolo, A. V., & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias psicoterápicas. Em: A. V. Cordiolo (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp.42-57). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dewald, P. (1989). *Psicoterapia: uma abordagem dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dias, A. M. (2004). Personalidade e coronariopatia. *Millenium -Revista do ISPV*, 30. 191 - 201.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Enéas, M. (2000). Fundamentos da mudança psíquica: recursos para o manejo técnico em psicoterapia breve. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2 (1), 75-94.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34 (2), 155-179.
- Hersoug, A., Sexton, H. & Hoglend, P. (2002). Contribution of Defensive Functioning to the Quality of Working Alliance and Psychotherapy Outcome. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (4), 539-554.
- John, O. (1999). *The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives*. University of Califórnia. Berkeley.

- Josephs, L. (2011). Beyond the illusion of Structural Change: a Process Priming Approach to Psychotherapy Outcome Research. *Psychoanalytic Psychology*, 28 (3), 420-434.
- Kazdin, A. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 418-428.
- Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica*. Lisboa: Climepsi.
- Klockars, L. (2004). Linking mind, body and language: Free association revisited. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 27 (2).
- Lingiardi, V., Gazzillo, F. & Waldron, S. (2010). An Empirically Supported Psychoanalysis. The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27 (2), 190-218.
- Livesley, J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. In *Journal of Mental Health*, 16, 1, 131-148.
- Loureiro, D. (2012). *Mudança dos Mecanismos de Defesa e das Características de Personalidade no Processo Terapêutico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Malheiro, C. (2012). *Mudanças em Psicoterapia: Personalidade, Mecanismos de Defesa e Sintomas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Marques, M. (2012). *Estudos de Processos Psicanalíticos com o PQS: Diferenças na Ação Terapêutica de Acordo com a Personalidade do Paciente*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Martins, P. & Lopes, E. (2010). Relação entre Personalidade, Transtornos de Ansiedade e de Humor: Uma Revisão da Literatura Brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (1,) 85-107.
- Matos, A. C. (1994). Estados-Limite: Etiopatogenia, Patologia e Tratamento. In *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 6, 7-25. Lisboa: Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência.
- McMartin, J. (1995). *Personality Psychology: a student-centered approach*. Sage publications.

- Mondardo, A., Piovesan, L. & Mantovani, P. (2009). *A Percepção do Paciente quanto ao Processo de Mudança Psicoterápica*. *Aletheia* 30, 158-171
- Moreno, C., Schalayeff, C., Acosta, S., Vernengo, P., Roussos, A.. & Lerner, B. (2005). Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 199-209.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Paim, C. (2002). Peculiaridades tipológicas do sistema nervoso e traços de personalidade. *Revista Digital, Buenos Aires*, nº53.
- Pais Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (1984). *Processos de Mudança em Psicoterapia – Reflexões sobre uma teoria da Psicoterapia*. *Arq. bras. Psic.* : Rio de Janeiro. 36 (2), 99-107.
- Rogers, C. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 3, 240-248.
- Santos, C. (2005). Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processo de Mudança. In *Psicólogos, Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Pessoa*, 1, 2, pp. 18-23. Lisboa: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Pessoa.
- Savastano, H. (1980). Abordagem do binómio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema: Implicações em saúde pública. *Revista Saúde Pública. S. Paulo*, n.^o14. pp. 42 137.
- Yoshida, E. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.

Estudo Empírico

A PERSONALIDADE E OS SINTOMAS – MUDANÇAS NO PROCESSO TERAPÊUTICO

RESUMO

Problema: A percepção ao nível da mudança em psicoterapia de que os sintomas são os primeiros indicadores de mudança em relação aos traços de personalidade, tem vindo a ser apoiada pela literatura pesquisada. Contudo, não são muitos os estudos que relacionam estes dois conceitos. Objetivo: perceber, em contexto de psicoterapia analítica, a relação entre as mudanças na personalidade e o grau de sintomatologia apresentada em duas pacientes seguidas em psicoterapia, por diferentes terapeutas, por um período de 2 anos. Método: A personalidade foi avaliada através das gravações áudio de 4 sessões por cada período de avaliação: início, 6, 12, 18 e 24 meses com o *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200; Shedler & Westen, 1998). Os sintomas foram medidos através do *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Derogatis & Savitz, 2000), em cinco e três momentos distintos na paciente 1 e paciente 2 respetivamente, ao longo do processo psicoterapêutico. Resultados: Concluiu-se que, tanto para a paciente 1 como para a paciente 2, a mudança sintomática deu-se mais rapidamente do que a mudança ao nível da personalidade.

Palavras-chave: *SWAP-200*, *SCL-90-R*, psicoterapia, sintomas, personalidade, mudança.

ABSTRACT

Problem: The perception at the level of changing in psychotherapy whose symptoms are the first indicators of changing in relation to personality traits, has been supported by literature. However, not many studies link these two concepts. **Objective:** To understand, in the context of analytic psychotherapy, the relationship between changes in personality and the degree of symptoms reported in two patients in psychotherapy followed by different therapists, for a period of 2 years. **Method:** Personality was assessed using the audio recordings of 4 sessions per each period: starting with 6, 12, 18 and 24 months with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200; Shedler & Westen, 1998). Symptoms were measured by the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R, Derogatis & Savitz, 2000), in five and three distinct moments in patient 1 and patient 2 respectively, during the psychotherapeutic process. **Results:** It was found that for both patient 1 and patient 2 the symptomatic change was faster than the change at the level of personality.

Keywords: *SWAP-200*, *SCL-90-R*, psychotherapy, symptoms, personality, change.

INTRODUÇÃO

O estudo da personalidade desde sempre foi alvo de grande interesse na área da Psicologia, assumindo-se como um dos objetos de estudo mais explorados, surgindo diversas teorias acerca da sua estrutura, formação e funcionamento. Contudo a grande maioria dos estudos revistos relativos à mudança da personalidade em psicoterapia psicanalítica, focam-se essencialmente nos diferentes fatores que intervêm no processo psicoterapêutico como a aliança terapêutica, a transferência, a contra transferência e os mecanismos de defesa (Alexandre, 2007).

Desta forma, verifica-se a falta de estudos publicados que relacionem personalidade com os sintomas, recorrendo nomeadamente a instrumentos que avaliam o *SWAP-200* e *SCL-90*. Esta realidade, poderá dever-se ao facto da mudança de personalidade, em contexto psicanalítico, estar relacionada com o uso dos mecanismos de defesa. Assim, a intervenção nos mecanismos de mudança ao nível da psicoterapia psicanalítica, dá principal enfoque ao funcionamento defensivo, ao tornar consciente o inconsciente ou à relação objetal, pela internalização do *self* e do outro, com objetivo último do uso de defesas mais maduras e o *insight*, através da interpretação (Coleman, 2005).

Na psicanálise os mecanismos de defesa são vistos como parte da estrutura da personalidade (Weinberger, 1998) e nesse sentido existem estudos que demonstram que a mudança sintomática ocorre previamente à mudança nos mecanismos de defesa (Cogan & Porcerelli, 2005). Também se verificou a diminuição da sintomatologia avaliada pelo *SCL-90*, num estudo de uma amostra de 43 pacientes em que ao longo do tratamento, os sintomas melhoraram mais cedo comparativamente às estruturas defensivas que apenas mudaram na 2ª metade da terapia (Hersoug, 2002; Ablon, 2006).

Os sintomas têm a particularidade de poderem ser mensuráveis de forma válida e fiável, ao contrário dos constructos psicodinâmicos que não são tangíveis, não facilitando assim a sua avaliação em termos empíricos. Um dos fatores que contribui para a falta de estudos sobre a eficácia do tratamento analítico, prende-se com essa dificuldade de operacionalização dos constructos psicodinâmicos (Wallerstein, 2003; Blatt & Auerbach, 2003). Assim, as mudanças estruturais levam a uma modificação das funções psíquicas do sujeito, permitindo uma maior eficácia adaptativa e, conseqüentemente, uma maior estabilidade da mudança.

As várias orientações psicoterapêuticas apelam para o facto de que a remissão de sintomas apenas se traduz num tratamento bem-sucedido, desde que acompanhado por mudanças nas estruturas mentais e estados inconscientes do sujeito (Blatt & Auerbach, 2003). Por esse motivo, os autores defendem que a mudança em psicoterapia não se deve apenas focar na redução da sintomatologia mas sim na estrutura e no conteúdo das representações mentais, uma vez que um foco apenas na redução dos sintomas revela pouco sobre a mudança terapêutica.

A mudança terapêutica é muitas vezes avaliada através da intensidade da sintomatologia e a psicanálise tem vindo a demonstrar a sua eficácia ao nível das perturbações psicossomáticas e contribui significativamente para o desenvolvimento das capacidades de adaptação interpessoal e para a redução do comportamento interpessoal desajustado (Rudolf, Manz & Ori, 1999).

A aplicação de instrumentos que avaliem os sintomas ao longo das diferentes fases do processo terapêutico, permitem avaliar a intensidade e frequência dos sintomas assim como a adesão do paciente no processo de mudança, possibilitando ao terapeuta verificar o impacto da intervenção, assim como a escolha do tipo de tratamento mais adequado dependendo da gravidade sintomatológica (Peuker, et al, 2009). As escalas de auto-relato permitem avaliar a forma como o paciente avalia a sua condição sintomatológica e possibilita ao terapeuta a análise objetiva do estado clínico e o progresso do tratamento do paciente (Ito & Ramos, 1998).

Conclui-se que da bibliografia consultada, as mudanças no processo terapêutico ocorrem mais rapidamente ao nível dos sintomas comparativamente à mudança de personalidade. No entanto, parece existir uma falta de estudos empíricos acerca da personalidade e da relação com a sintomatologia, combinando estas duas variáveis no decorrer de psicoterapias, de forma sistemática ao longo do tempo em pacientes com personalidades distintas. Assim este estudo pretende utilizar o *SWAP-200* em conjunto com o *SCL-90*, de forma a analisar a relação entre as mudanças que ocorrem quer ao nível da personalidade quer ao nível dos sintomas, ao longo de dois anos de processo terapêutico, em duas pacientes com personalidades distintas.

MÉTODO

Participantes

Paciente 1

A paciente 1 de 44 anos, apresenta-se à consulta de psicologia referindo que aos seus 13 anos teve um episódio de “..cansaço extremo, não conseguia ler, não via os carros e estava muito desorientada” e desde então tem falhas recorrentes de memória. Aos 18 anos foi-lhe diagnosticado hipotireoidismo, situação essa que aponta como sendo uma das causas dos sintomas referidos. Desde então, tem ataques de pânico e conseqüentemente relata pensamentos recorrentes à morte, apresentando sintomatologia fóbica, que a impede de realizar determinadas tarefas do seu dia-a-dia. Está medicada com antidepressivos e ansiolíticos.

Vive com o marido e as três filhas, casada pela segunda vez, sendo que as filhas de 19 e 21 anos são fruto do primeiro casamento e a filha de 9 anos do segundo casamento.

A sua infância até aos 9 anos foi vivida em Moçambique, recorda com nostalgia e agrado esses tempos mas também faz referência à situação de guerra e dos tiros em Maputo. Não esquece também do medo que tinha dos dois irmãos mais velhos porque lhe batiam por ser mais nova. Veio para Portugal com 9 anos viver com a Madrinha e posteriormente volta a viver com os pais. Mais tarde, os pais morreram e a sua situação agrava-se com a morte da mãe em 2008, sentindo a falta da presença da Mãe na sua vida, pois era um importante pilar que lhe transmitia segurança, apoio e compreensão.

Ao longo da sua vida, refere com tristeza o facto de nunca ter conseguido concluir os projetos a que se propôs e inveja as pessoas que o fazem, assumindo um comodismo que se apoderou dela. Apresenta grandes dificuldades em dizer “Não”, sem conseguir estabelecer limites com receio de magoar e de “perder” os outros, reconhecendo que por esse motivo as pessoas abusam da sua confiança. Conseqüentemente, apresenta alguma irritabilidade, zanga e injustiça na forma como os outros a tratam, sentindo-se frustrada por não conseguir contornar a situação.

Trabalhou num supermercado onde era gerente de caixa mas passados 15 anos despediu-se referindo que não compensava o ordenado que recebia pelas horas de trabalho. Passou então a gerir um condomínio e tratar de todas as questões burocráticas relativamente

ao prédio. Verbaliza o desejo de abrir uma loja de gomas, mas nunca pôs em prática esse projeto.

Durante os 2 anos de psicoterapia, a paciente refere com frequência pensamentos referentes à morte, medo da morte e de morrer, apresentando sintomatologia depressiva e hipocondria acentuada. Todos esses pensamentos a impediam de realizar simples tarefas do quotidiano como conduzir, sair de casa e até mesmo pentear. Esta sintomatologia ansiosa, sempre esteve presente ao longo das sessões em que oscilava entre momentos de mais ânimo mas marcadamente num registo depressivo. Muito frustrada por não ter uma vida financeiramente estável, o que a impede de se sentir tranquila. Sente que vive as preocupações dos outros e acaba por viver uma vida que nunca a satisfaz verdadeiramente.

Sente-se incompreendida pelos irmãos e pessoas que a rodeiam por estes não entenderem as razões do seu cansaço e apatia, criticando-a de ser preguiçosa e comodista.

Referiu algumas vezes o desejo de não viver, pois o vazio que sentia causava-lhe muito sofrimento.

Paciente 2

A paciente 2, tem 50 anos, é divorciada, não tem filhos e vive sozinha. Começa por referir que o motivo que a fez procurar apoio psicológico “...foi os 50 anos”, que lhe trazem algumas preocupações que até aqui não tinha realizado, como o facto de estar sozinha há muito tempo. Apesar de mostrar gratificação pela sua independência emocional, receia não encontrar alguém com receio da solidão. As suas grandes preocupações prendem-se com o desemprego e a instabilidade profissional que vive e com o irmão toxicodependente, 11 anos mais novo.

O pai já morreu e a mãe está diagnosticada com Alzheimer, encontrando-se num lar de idosos. A paciente apresenta-se como sendo uma pessoa muito ligada à família nuclear (pais e irmão) e que sempre viveu em função deles. Caracteriza a sua família como destruída pela problemática do irmão que iniciou as drogas aos 11 anos e a mãe que ao longo da vida fazia várias depressões, ao ponto de tentar o suicídio atirando-se da janela. A paciente lembra das ausências da mãe em casa, pelos repetidos internamentos, no seguimento dos seus problemas psicológicos e como tal foi assumindo o papel de “mãe” na gestão da casa, bem como nos cuidados ao pai e irmão.

A sua infância foi vivida no interior de Angola até aos 14 anos, em que recorda com saudade desses tempos, foi aluna da mãe, pois esta era professora primária na aldeia onde viviam. Dessa experiência refere que se lembra de não poder intervir nas aulas senão ia para um quarto, ficando isolada de todas as crianças. Não verbaliza sentimentos de tristeza, pelo contrário mostra compreensão pelo facto de não dar oportunidade às outras crianças de responder e aprenderem.

Aos 30 anos, a paciente casa-se mas logo após 1 ano divorcia-se, referindo que o ex-marido consumia álcool e o culminar da situação deu-se quando este lhe bateu. Após o seu divórcio, manteve apenas uma relação à distância que durou 4 anos e desde então nunca mais se interessou por ninguém. Assume que prefere ficar sozinha pois tem medo de sair fragilizada das relações com os outros, mas percebe que talvez não seja o caminho mais indicado. Como defesa face a este conflito interno, refugia-se nos problemas da sua vida familiar e vive intensamente para o trabalho. Aos 19 anos, tem um esgotamento por excesso de trabalho, mas refere que só tem a capacidade de se sentir útil, válida, ativa quando está a trabalhar. Vive os dias focada na questão profissional, em que passa por vários trabalhos temporários e frequenta todas as oportunidades que lhe aparecem de cursos de formação, acabando por deixar totalmente de lado a sua vida pessoal no que respeita às questões afetivas, emocionais e relacionais.

No seu mundo relacional só aparece o irmão, a mãe e a vizinha e pontualmente os colegas, que pela natureza dos trabalhos temporários, acabam por ser relações transitórias. Quanto ao irmão vive uma relação de “dependência” e de constante preocupação acerca do seu paradeiro e dos problemas que vai tendo com a justiça. Esta relação ambígua em que por um lado sente uma grande vontade de se libertar dela, deixa-a emocionalmente frágil, com um enorme sentimento de culpa.

Nas fases em que está desempregada, passa os dias em casa, gerindo o prédio, herança deixada pela família, mas evoca sentimentos de vazio, tristeza e inutilidade. Contudo, nunca deixa de estar ativa na busca de novas oportunidades de emprego. Está medicada com antidepressivos mas ao longo da terapia deixou de os tomar, optando por produtos naturais.

O seu desejo era poder trabalhar em turismo (área que também se formou), pois tem um grande sonho em viajar pelo mundo fora. Encontra sentido no trabalho que essencialmente se orienta para cuidar dos outros, tendo optado por tirar o curso de auxiliar de ação médica.

Por último de referir que a paciente, apresenta alguns comportamentos de carácter obsessivo quando sai de casa e se deita, sentindo a necessidade de verificar até 3 vezes se tudo está desligado, fechado e controlado.

Terapeutas

Os casos apresentados foram acompanhados por psicólogas distintas tendo ambas feito a sua psicanálise pessoal. Uma possui formação em psicoterapia e 3 anos de prática em psicoterapia individual e a outra psicóloga não tem formação em psicoterapia, com 4 anos de experiência de prática clínica. Ambas mantinham supervisão.

Terapia

As psicoterapias oferecidas não seguiram nenhum manual; era esperado (mas não requerido) serem de natureza psicodinâmica. Durante dois anos, a psicoterapia foi conduzida na Clínica Universitária do ISPA, teve uma frequência semanal, e as sessões uma duração média de 50 minutos.

Instrumentos

Shedler -Westen Assessment Procedure (SWAP-200)

O *SWAP-200* é um instrumento de avaliação utilizado para fazer o diagnóstico da psicopatologia da personalidade, que 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). 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).

A aplicação do *SWAP-200* pode fazer-se pelo próprio terapeuta ou por outros, desde que tenham as informações necessárias relatadas pelo terapeuta original para a sua devida aplicação. (Lingiardi, Shedler & Gazzillo, 2006).

O *SWAP-200* avalia os sintomas observáveis, mas também as dinâmicas de personalidade subjacentes a estes mesmos sintomas e não simplesmente estados momentâneos. Caso haja dúvidas quanto à cotação, o paciente deve ser descrito tendo em conta acontecimentos do seu último ano de vida (Shedler & Westen, 2010).

O método Q-sort é o utilizado neste instrumento de avaliação da personalidade, que se baseia num conjunto de 200 frases que espelha diferentes aspetos do funcionamento psicológico e da personalidade (Shedler & Westen, 1999), em que o avaliador terá de classificar em 8 categorias, sendo 0 as afirmações que são irrelevantes ou inaplicáveis ao paciente, a 7 que corresponde às afirmações muito descritivas do paciente. Salienta-se o facto da cotação ter de obedecer aos limites impostos para cada categoria, isto é, na categoria 0 o número de itens tem de ser 100; na categoria 1 devem estar 22 itens; na categoria 2, 18 itens; na categoria 3 devem ser colocados 16 itens; na categoria 4, o número de itens deve ser 14; na categoria 5, 12 itens; na categoria 6, 10 itens; e na categoria 7 devem constar 8 itens.

Estas pontuações são transformadas em *T-scores*, sendo a média de 50 e o desvio padrão de 10. Desta forma, quanto mais o *T-score* for superior a 50, mais se aproxima o paciente desse mesmo diagnóstico. Verificou-se, através de estudos de validação do teste *SWAP-200*, que um *T-score* superior a 60, é um ponto considerável 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*. Quando existem várias categorias de valor igual ou superior a 60, é considerado 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).

Assim, da análise dos resultados do *SWAP-200* podemos contar com três quadros distintos: a *Personality Disorder T-scores*, *Q-factor T-scores* e *Factor T-score*. O primeiro diz respeito à classificação do paciente nas categorias de diagnóstico de Perturbação da Personalidade do *DSM-IV*. O segundo ilustra a quantificação e avaliação da pontuação das frases mais características em cada patologia. Por fim, o terceiro quadro é referente às pontuações para doze fatores de personalidade (dimensões traço) identificadas através da análise fatorial dos 200 itens do *SWAP-200*. É de referir ainda que, em cada um destes parâmetros de análise, está presente uma categoria relativa aos itens mais saudáveis e de melhor funcionamento e adaptabilidade do paciente (*High-Fx*, no primeiro e segundo quadro e *Psychological Health* no terceiro).

Sendo que todos eles incluem uma categoria específica onde se encontram os itens mais saudáveis, e de melhor funcionamento e adaptabilidade do paciente.

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

O *SCL-90-R* é um questionário de auto-relato que projeta um amplo espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos, que pretende fazer uma avaliação mais direcionada para os padrões de sintomatologia clínica (Derogatis, 1983 cit in Soares, 2007).

Este instrumento é composto por 90 itens de auto-avaliação de sintomas de desajuste emocional, numa escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de 0 (“nunca”) a 4 (“extremamente”), indicando o que o paciente sentiu nos últimos 7 dias. Avalia 9 dimensões sintomáticas de psicopatologia ao nível da exigência e grau de intensidade, e agrupam-se em: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo.

Resumidamente, a Somatização integra 12 itens e reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático; a dimensão Obsessão-Compulsão engloba 10 itens e refere-se aos pensamentos, impulsos e ações experimentadas como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir; a Sensibilidade Intepessoal contém 9 itens, onde são avaliados sentimentos de inferioridade ou inadequação pessoal, particularmente nas comparações com os outros; a escala Depressão é formada por 13 itens que procuram identificar sintomas de afeto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse, falta de motivação e diminuição de energia sendo, igualmente, contempladas a perda de objetivos e ideação auto-destrutiva; a dimensão Ansiedade contém 10 itens e reflete um conjunto de sintomas e comportamentos associados com a ansiedade manifesta, através de indicadores gerais como agitação, nervosismo, tensão e sinais cognitivos de ansiedade; a escala Hostilidade é avaliada através de 6 itens que se associam à agressividade, procurando identificar pensamentos, sentimentos e ações características, que se traduzem, na prática, pela irritabilidade e ressentimento; a Ansiedade Fóbica, constituída por 17 itens, é definida como a resposta de medo persistente a um sujeito, local, objeto ou situação específica; a Ideação Paranóide é expressa em 6 itens, e representa o comportamento paranóide, fundamentalmente como um modo perturbado de pensamento, que se traduz principalmente ao nível do pensamento projetivo, hostilidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios; o Psicoticismo, composto por 10 itens, fornece um contínuo graduado, desde o isolamento

interpessoal ligeiro até à evidência da psicose, incluindo sintomas de isolamento e de estilo de vida esquizóide, e sintomas primários de esquizofrenia (SCL-90-R; Derogatis & Savitz, 2000; versão portuguesa por Baptista, (1993)).

Para além destas medidas de psicopatologia o SCL-90-R fornece-nos três índices globais de medidas complementares que se relacionam com aspetos do mal-estar psicológico e o estatuto psicopatológico geral, representando aspetos diferentes de psicopatologia. Assim, o *Índice geral de sintomas* (IGS) combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade, o *Número de Sintomas positivos* (NSP) indica o número de sintomas presentes e o *Índice de sintomas positivos* (ISP) é uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes (Holi, 2003).

Procedimentos

As sessões gravadas, em áudio, dos dois casos apresentados neste estudo foram alvo de análise para posterior preenchimentos dos instrumentos utilizados. As sessões tiveram a duração de 50 minutos cada, numa frequência semanal e decorreram na Clínica Universitária do ISPA. Naturalmente que as pacientes e terapeuta deram o seu consentimento informado para a gravação das sessões para efeitos de pesquisa. Para cada caso analisado foram ouvidas quatro sessões em cada fase da terapia: início, 6 meses, 12 meses, 18 meses e finalmente aos 24 meses.

Treino

Assim, aplicaram-se os conhecimentos adquiridos à prática com a fase de treino da aplicação do SWAP-200, que constituiu um importante momento para as futuras aplicações utilizadas no estudo empírico final. Foram analisadas notas de sessões (quer escritas quer em áudio) de quatro pacientes, distintos do presente estudo. O *SWAP-200* foi aplicado em diferentes momentos da terapia para cada um dos casos e foi realizado pela autora deste trabalho e por outro avaliador externo treinado para o efeito, para que fosse possível fazer uma análise comparativa e obter o grau de concordância inter-avaliadores referentes aos resultados obtidos do SWAP-200. Os avaliadores realizaram de forma independente as

cotações do SWAP-200, de modo a assegurar a validade requerida pelo instrumento. No final da cotação de cada sessão, estas foram comparadas, tendo-se obtido um acordo inter-observadores médio de $r = 0,80$.

Assim foi possível, aperfeiçoar e aproximar o grau de concordância inter-avaliadores com a prática dos casos, de forma a obter um resultado entre os $r = 0,75$ a $r = 0,89$, intervalo que foi considerado significativo nos estudos revelados pelo SWAP-200 (Marin-Avellan, McGauley, Campbell, & Fonagy, 2005; Shedler & Westen 1998).

Finalmente foi atingido um grau de concordância inter-avaliadores entre os $r = 0,70$ e $r = 0,80$ nas últimas sessões de treino, valore esses que permitiram avançar para os estudos de caso apresentados neste trabalho.

Após a fase de treino, foram analisadas as sessões áudio das duas pacientes referidas no presente estudo, seguidas em psicoterapia por um período de dois anos. O *SCL-90-R* foi aplicado às pacientes em três momentos distintos, ao longo do processo psicoterapêutico. O *SWAP-200* foi aplicado a cada seis meses e para cada um dos momentos de avaliação foram analisadas quatro sessões. Os avaliadores desconheciam a fase da terapia a que cada grupo de 4 sessões dizia respeito, assim como o resultado do tratamento e diagnóstico do paciente.

Após a cotação do primeiro caso obteve-se uma média de grau de concordância de $r = 0,80$. O segundo caso não foi possível analisar o grau de concordância por questões de ordem temporal, no entanto os últimos resultados apontam para um favorável grau de concordância que apoiam uma satisfatória evolução e estabilidade inter-avaliadores.

A análise dos dados relativos ao *SWAP-200* e ao *SCL-90-R* foi feita com recurso a dois programas disponíveis em formato Excel (Anexos A,C e D).

RESULTADOS

Resultados do SWAP-200

Paciente 1

O gráfico da figura 1 permite-nos analisar as perturbações de personalidade do DSM-IV, o qual nos fornece um diagnóstico formal para o Eixo II.

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

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

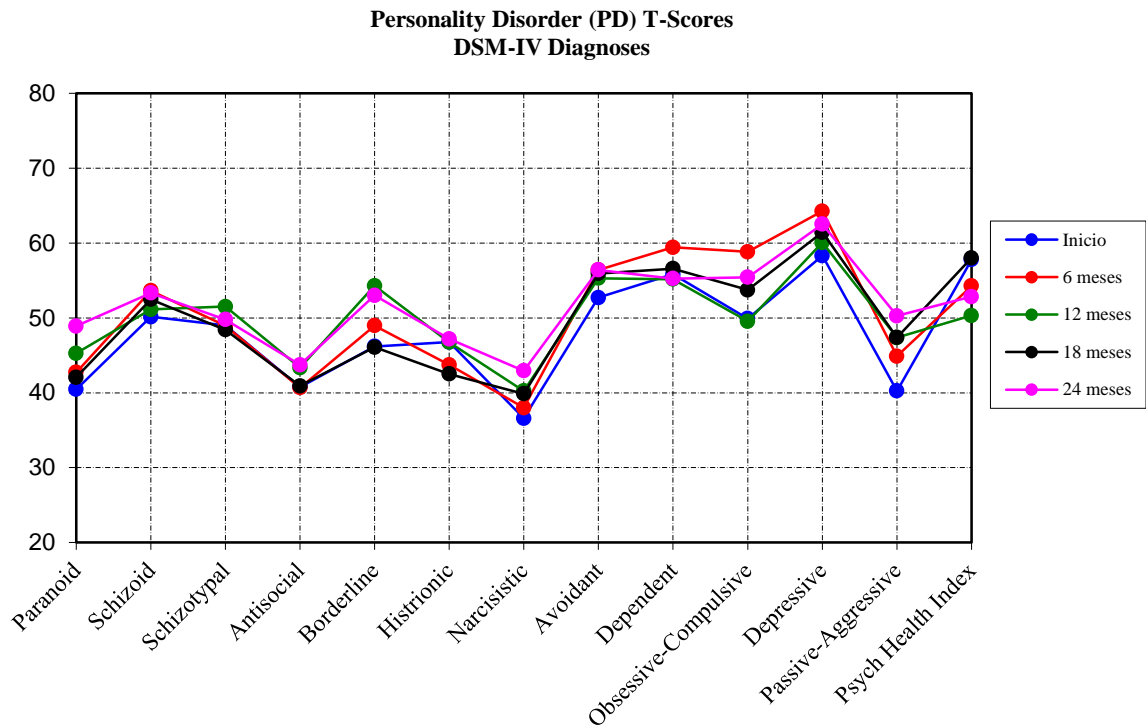


Figura 1 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (paciente 1)

O gráfico Q-factor T-scores (figura 2) possibilita a formulação dos casos bem como o planeamento do tratamento, no sentido em que nos dá um conjunto de síndromes da personalidade. Está dividido em 7 categorias: *Disfórica*, *Anti-social*, *Esquizóide*, *Paranóide*, *Obsessiva*, *Histriónica* e *Narcisista*. Contudo, a categoria *Disfórica* divide-se em cinco subfatores: *Evitante*, *Funcionamento Adequado Depressivo*, *Desregulado*, *Dependente*, e *Hostil-Externo*.

No início da terapia (0 meses), destaca-se a categoria *Funcionamento Adequado Depressivo* (60,7), apresentando o valor mais significativo. No entanto, também se verificam pontuações relativamente elevadas nas categorias *Disfórica* (57,2) e *Desregulado* (55,3). Aos 6 meses, a única categoria que passa a apresentar um valor significativo é a *Disfórica* (61,7), apesar de assistirmos a valores elevados nas categorias *Evitante* (57,4), *Desregulado* (57,4) e *Funcionamento Adequado Depressivo* (58,6), sendo que este último tenha diminuído. Aos 12 meses, observam-se agora um valor significativo na categoria *Desregulado* (62,7), ao passo que as outras categorias acompanham uma diminuição dos valores apenas se destacando a categoria *Disfórica* (58,7). Quanto aos 18 meses, a categoria que apresenta o valor mais significativo volta a ser a *Disfórica* (60,1). Verifica-se no entanto, valores também elevados

nas categorias *Evitante* (55,4), *Funcionamento Adequado Depressivo* (59,3) e *Desregular* (55,1). Finalmente, no que diz respeito ao 24º mês (fim da psicoterapia), as pontuações tendem a aumentar em quase todas as categorias mas destacam-se a categoria *Disfórica* (60,6) e *Desregular* (62,6) com valores significativos e a categoria *Funcionamento Adequado Depressivo* (57,7).

No que concerne ao Nível de Funcionamento Mental (*High-Fx*) em todas as fases o valor é acima dos 50, contudo as oscilações são novamente observáveis, sendo que foi atingido o valor mais alto (58,0) aos 18 meses de terapia.

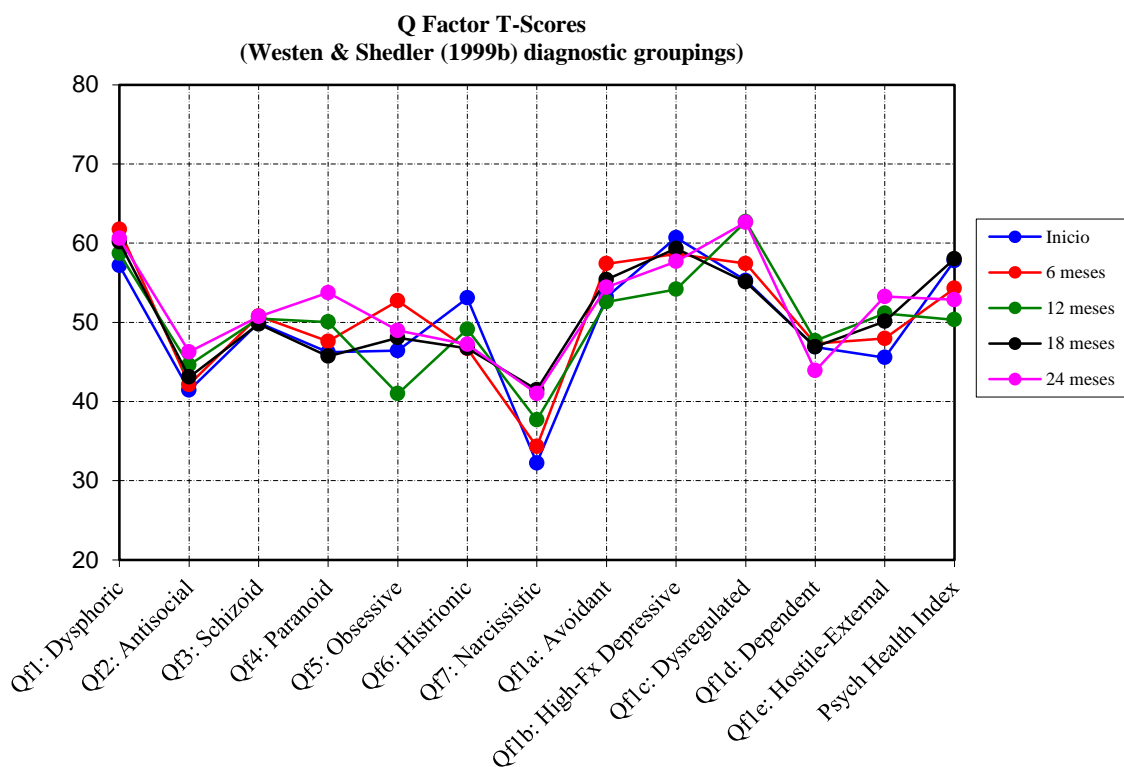


Figura 2 – Q-factor T-scores (paciente 1)

O último gráfico (Fig. 3 - *Factor T-scores*) dá-nos um perfil de 12 fatores ou traços da personalidade que completam o diagnóstico do funcionamento psicológico, são eles: *Saúde Psicológica*, *Anti-social* (psicopatia), *Hostilidade*, *Narcisismo*, *Desregulação Emocional*, *Disforia*, *Orientação Esquizóide*, *Obsessão*, *Perturbação do Pensamento* (esquizotipia), *Conflito Edipiano*, *Dissociação e Conflito Sexual* (Shedler & Westen, 2004).

Da análise do gráfico, constata-se que o valor mais alto no início da terapia diz respeito apenas à *Desregulação emocional* (65,3). Aos 6 meses, destaca-se primariamente a categoria *Obsessão* (61,0) e as categorias *Desregulação Emocional* (55,1) e *Disforia* (58,4). Aos 12 meses as categorias *Disforia* (56,0) e *Orientação Esquizóide* (57,9) apresentam os valores mais elevados. Relativamente aos 18 meses apenas se destaca a categoria *Disforia* (59,3). Finalmente, aos 24 meses voltam a aparecer as categorias *Desregulação Emocional* (60,2), *Orientação Esquizoide* (56,0) e com o valor mais elevado surge a *Disforia* (64,3). Os valores da categoria *Saúde Psicológica* mantêm-se sempre dentro da média; contudo, o valor mais elevado corresponde aos 18 meses, oscilando em todas as fases o nível do funcionamento mental da paciente.

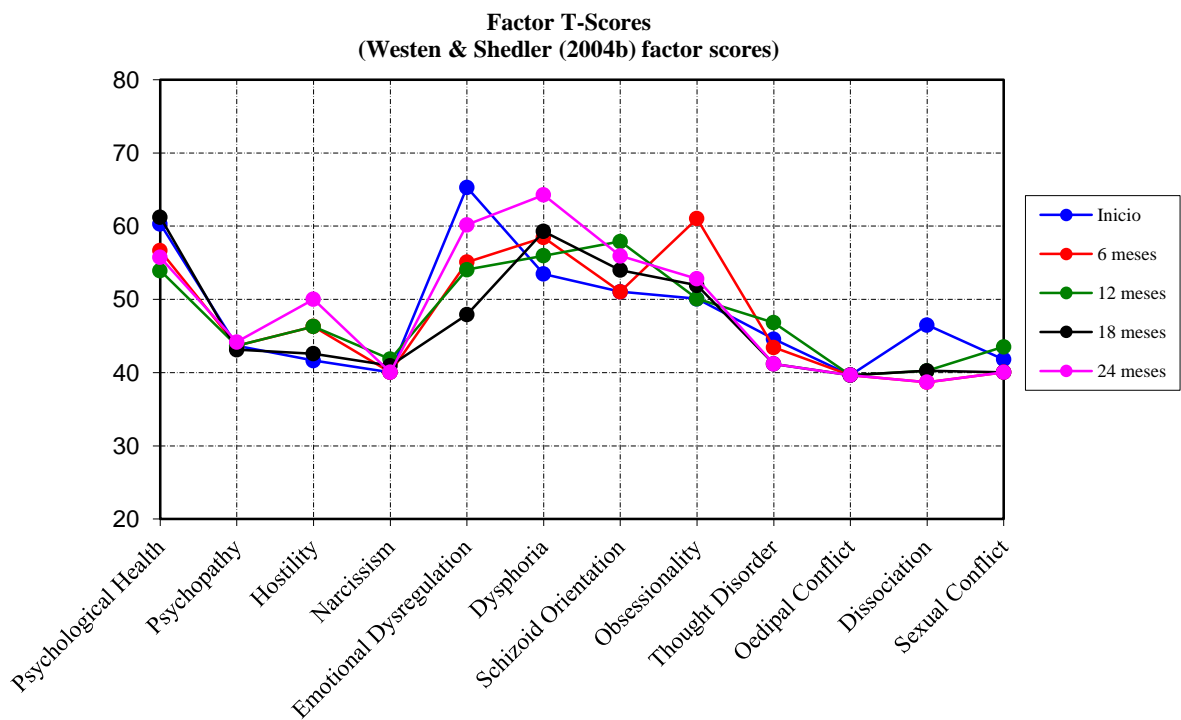


Figura 3 – Fator T-scores (paciente 1)

Paciente 2

A figura 4 ilustra o gráfico onde podemos constatar que, no início da psicoterapia, os valores mais elevados dizem respeito à categoria *Obsessivo-Compulsiva* (57,9) e *High Fx* (65,9). Aos 6 meses verifica-se, novamente, um valor significativo nas mesmas categorias *Obsessivo-Compulsiva* (57,3) e *High Fx* (64,1). Aos 12 meses, a única pontuação significativa confirma-se apenas na categoria *High Fx* (65,1), uma vez mais mostrando o bom nível de funcionamento mental da paciente ao longo da terapia. Por fim, aos 18 meses, observou-se, mais uma vez, que o valor significativo diz respeito à categoria *High Fx* (66,5), voltando a destacar-se a categoria *Obsessivo-Compulsivo* (56,9). Por último, verifica-se o valor mais elevado na categoria *High Fx* (68,1) aos 24 meses, valor esse que nos remete para um progresso positivo a nível do seu bom funcionamento mental.

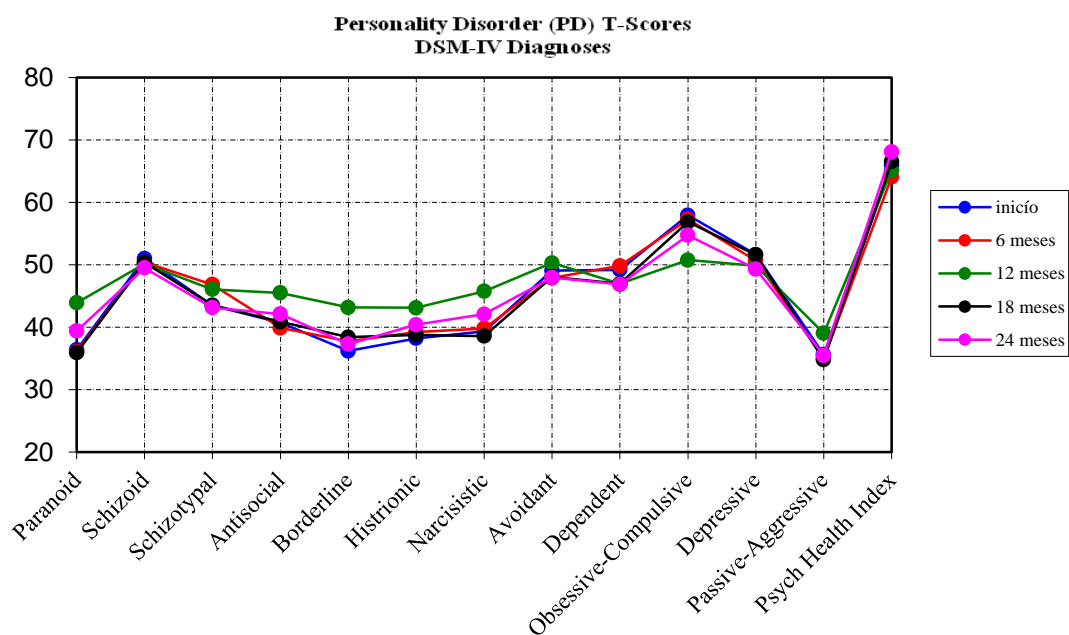


Figura 4 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (paciente 2)

Da leitura do gráfico da figura 5, podemos concluir que no início da psicoterapia, as categorias que apresentam valores mais significativos, para além do *High Fx* (65,9), são a *Obsessiva* (65,3) e o *Funcionamento Adequado Depressivo* (62,4). Aos 6 meses, verifica-se a mesma tendência mas com valores inferiores, no entanto igualmente significativos para *High Fx* (64,1), *Obsessiva* (62,0) e *Funcionamento Adequado Depressivo* (59,9). Aos 12 meses a situação repete-se sendo as categorias *Obsessiva* (59,8), *Funcionamento Adequado Depressivo* (62,7). *High Fx* (65,1). Na fase dos 18 meses as mesmas categorias voltam a destacar-se apresentando valores superiores: *Obsessiva* (62,8) e *Funcionamento Adequado Depressivo* (63,6) e *High Fx* (66,5). No final da terapia, aos 24 meses curiosamente todos os valores das categorias voltam a aumentar: *Obsessiva* (64,2), *Funcionamento Adequado Depressivo* (64,0) e *High Fx* (68,1), atingindo este último o valor mais elevado durante toda a psicoterapia, demonstrando uma vez mais o progresso favorável ao bom funcionamento mental da paciente.

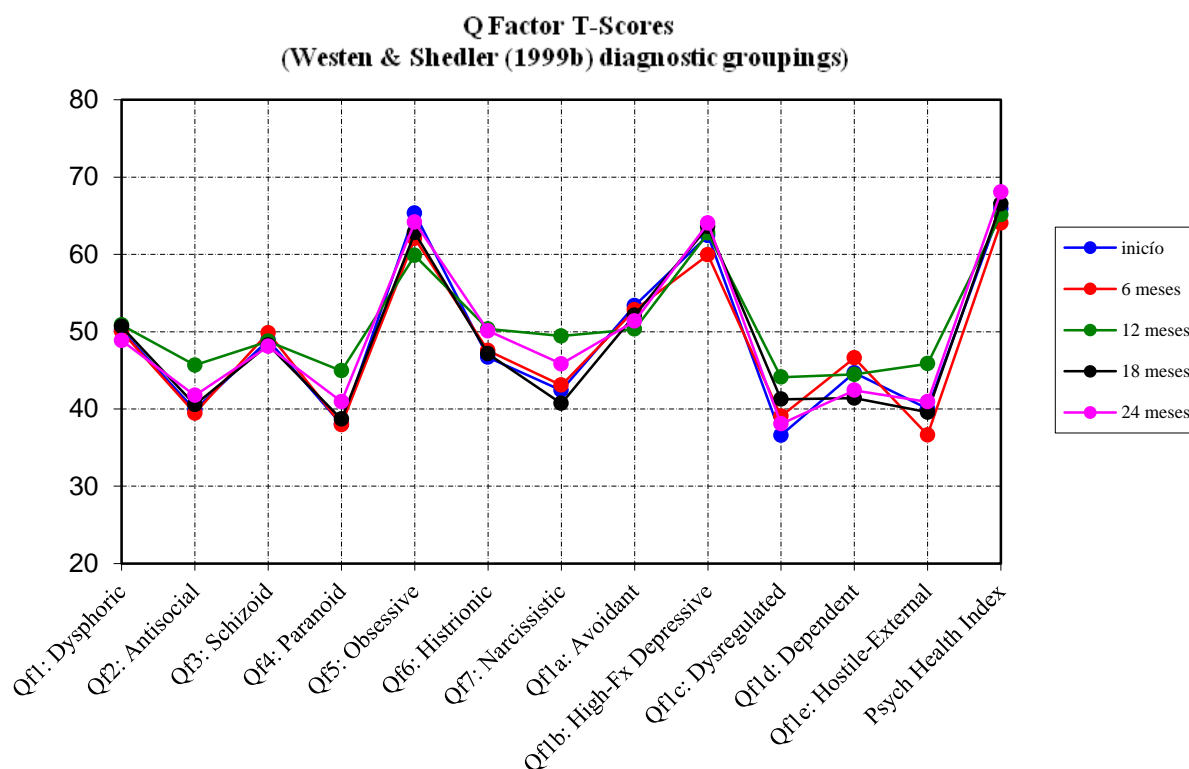


Figura 5 – Q-factor T-scores (paciente 2)

No gráfico da figura 6 verifica-se que na fase inicial da psicoterapia (0 meses) as categorias onde se verificam os valores mais elevados são *Saúde Psicológica* (72,7) e *Obsessiva* (58,3). Aos 6 meses, observam-se, valores elevados nas categorias *Saúde*

Psicológica (72,2), *Orientação Esquizoide* (56,0), *Obsessiva* (60,1) e *Dissociação* (57,4). Aos 12 meses, o valor mantém-se o mesmo na categoria *Saúde Psicológica* e apenas se destaca a categoria *Orientação Esquizoide* (56,9). Ao 18º mês, os valores voltam a subir nas categorias *Saúde Psicológica* (75,4) e *Obsessiva* (61,0), e com uma ligeira descida a categoria *Orientação Esquizoide* (56,0). Finalmente, aos 24 meses o valor mais alto é atingido nesta fase na categoria *Saúde Psicológica* (75,9), destacando-se também as categorias *Orientação Esquizoide* (56,0), *Obsessiva* (58,3).

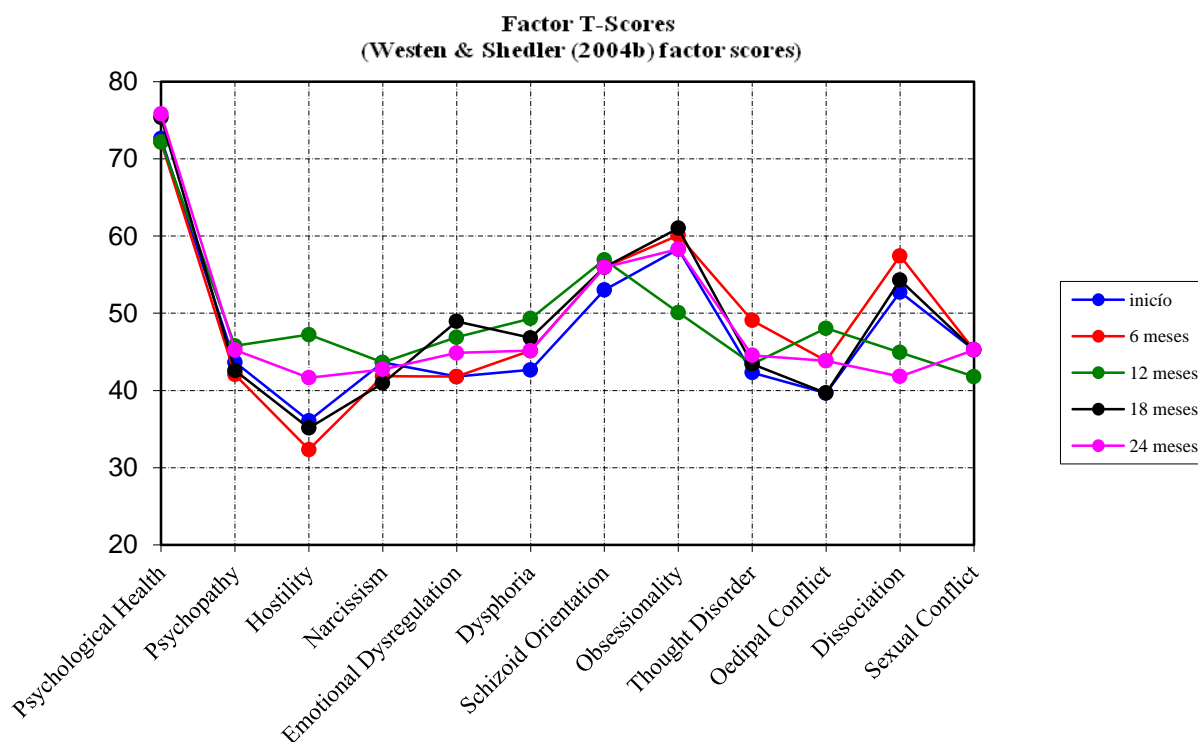


Figura 6– Fator T-scores (paciente 2)

Resultados do SCL-90-R

Foi pedida a colaboração das duas pacientes que aceitaram participar neste trabalho de investigação, preenchendo o instrumento de auto-relato (SCL-90). No entanto, por motivos externos à investigação, estes instrumentos foram aplicados cinco vezes na paciente 1 e apenas três vezes na paciente 2, ao longo dos meses de terapia. As pacientes foram instruídas

a responder aos questionários referindo-se ao seu estado psicológico aquando o preenchimento dos mesmos.

Paciente 1

Para se perceber se ocorreram mudanças significativas e progresso ao longo da terapia, compararam-se os valores iniciais e finais, obtidos no *SCL-90-R*, através de testes t para amostras emparelhadas.

Os gráficos que se apresentam de seguida (figuras 7, 8 e 9), dizem respeito aos resultados obtidos com o *SCL-90-R*. O gráfico da figura 7 corresponde à evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo do processo terapêutico da paciente 1. Tendo em conta que o valor normativo de referência é 1,5, observamos que os valores mais significativos em relação ao início da terapia dizem respeito às dimensões somatização (3), obsessão-compulsão (3), depressão (3,7), ansiedade (3), ansiedade fóbica (4), ideação paranoide (2,8) e psicoticismo (2,2). Aos 6 meses quase todas as dimensões se destacam com valores significativos, à exceção da somatização e sensibilidade interpessoal que se encontram com valores abaixo do valor normativo. Relativamente aos 12 meses verifica-se uma descida nos valores, no entanto as dimensões mais significativas são obsessão-compulsão (1,7), depressão (1,54), ansiedade fóbica (2,7) e ideação paranoide (2,3). Já aos 18 meses, apenas se destacam as categorias depressão (2), ansiedade fóbica (2,6) e ideação paranoide (2,8). No final da terapia, a paciente 1 revela valores significativos nas categorias obsessão-compulsão (1,8), depressão (1,7), ansiedade fóbica (1,8) e ideação paranoide (2,3). Assim, pode constatar-se através da leitura do gráfico, que apesar de se verificar uma oscilação dos valores e dimensões ao longo da terapia, os valores no final comparativamente ao seu início foram substancialmente mais baixos, o que nos leva a concluir que existiu uma melhoria ao nível sintomático, desde o início do processo psicoterapêutico.

Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia – Paciente 1

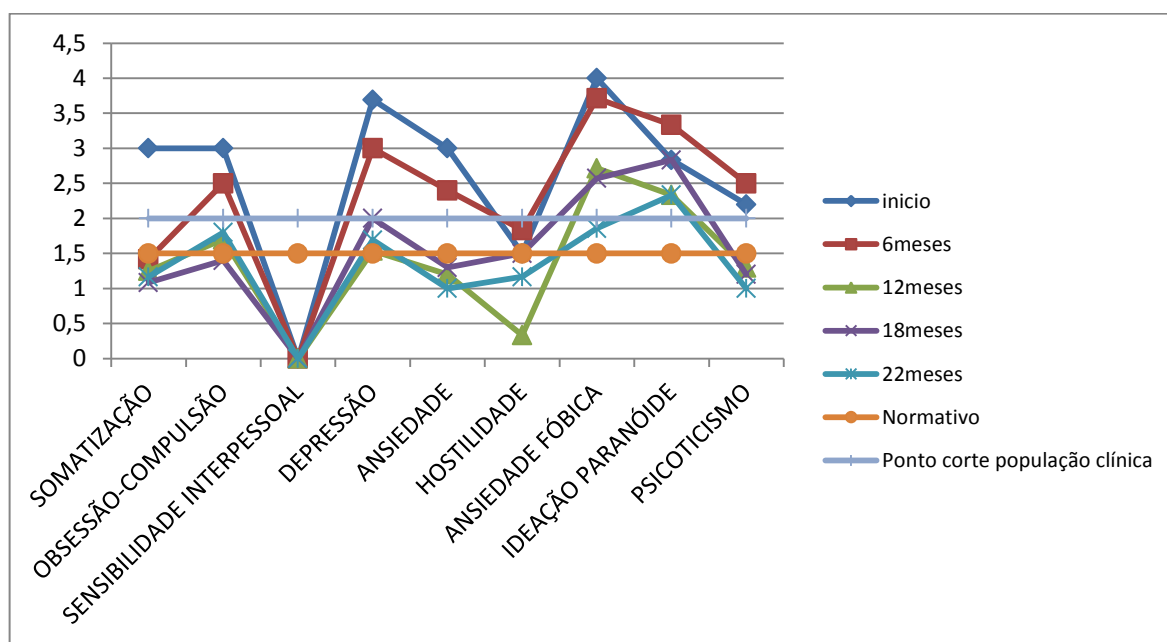


Figura 7- Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia (paciente 1)

Os gráficos das figuras 8 e 9 representam os valores dos índices Globais, isto é, os valores do Total de Sintomas Positivos (TSP), do Índice Global de Sintomas (IGS) e do Índice de Sintomas Positivos de Angústia (IDSP), relativamente à paciente 1. O TSP reflete apenas o número de sintomas presentes; o IGS combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade; e o IDSP mede a intensidade ajustada para o número de sintomas presentes. Por via da análise deste gráfico podemos verificar que houve uma redução gradual em todos os Índices Globais. Assim, pela leitura do gráfico constata-se que existiu uma diminuição da sintomatologia e da sua intensidade desde o início do processo psicoterapêutico.

Índices Globais - paciente 1

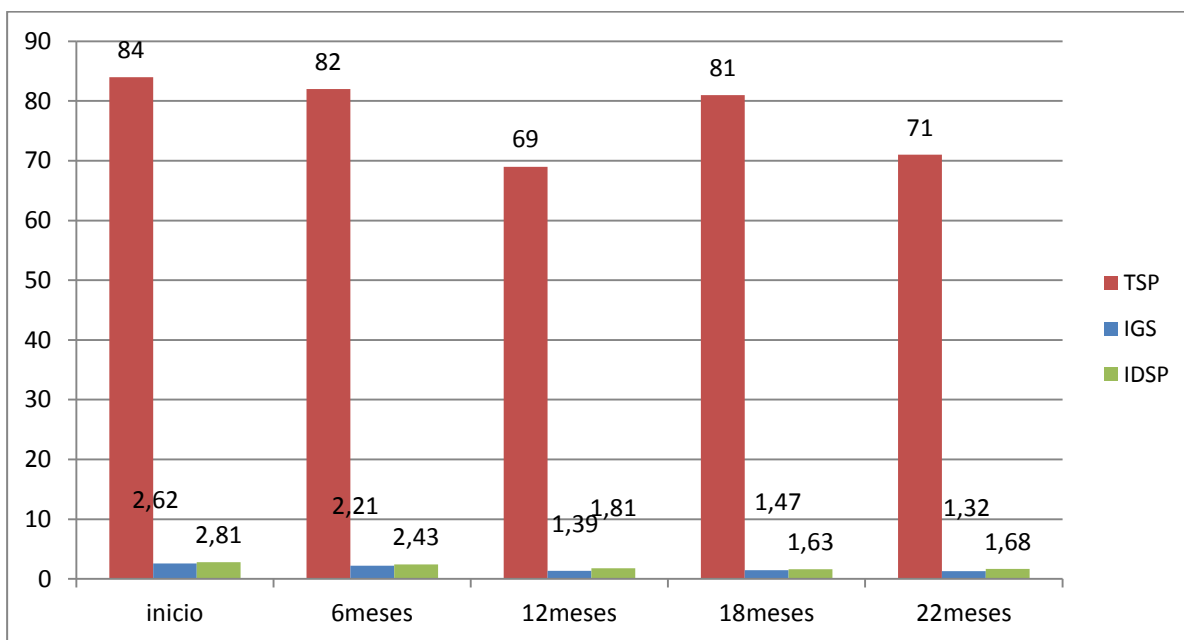


Figura 8 - Índices Globais (TSP; IGS; IDSP) – paciente 1

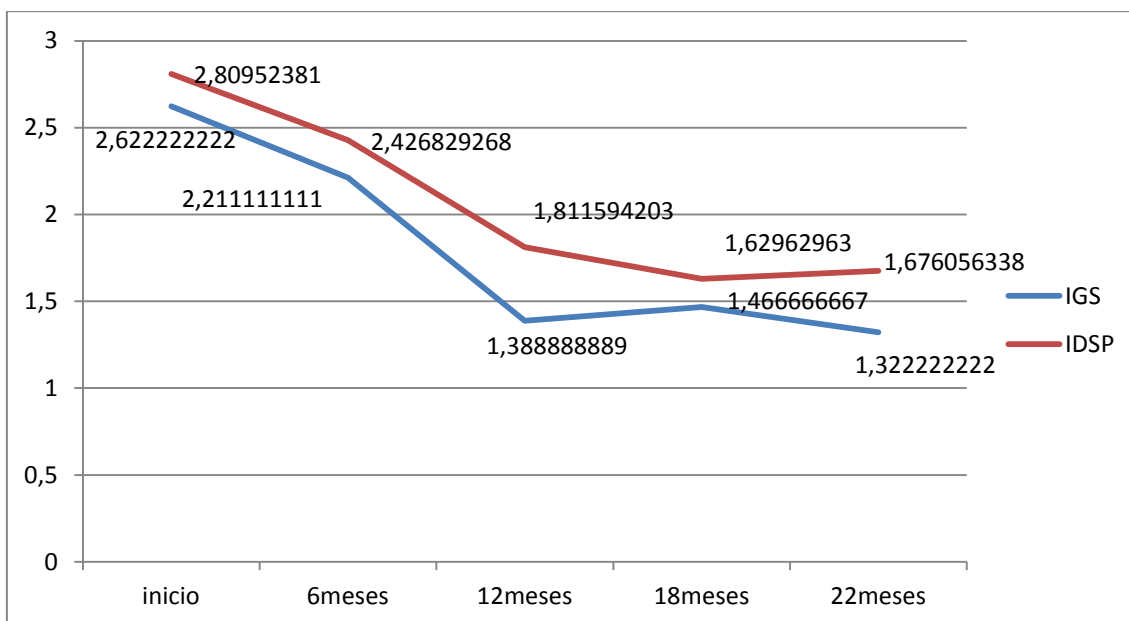


Figura 9 - Progresso terapêutico da Paciente 1 no SCL-90- R (IGS; IDSP)

Paciente 2

A figura 10 representa a evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo do processo psicoterapêutico da paciente 2. Assumindo que o valor normativo é de 1,5, verifica-se que o valor mais significativo no início da terapia apenas se reflete na categoria Obsessão-compulsão (2,5). Tanto no 8º como no 12º mês, não se verificam quaisquer valores acima do valor normativo nas dimensões sintomáticas, o que nos leva a concluir que o quadro sintomatológico da paciente 2 foi rapidamente extinguido ao longo do processo terapêutico, não evidenciando quaisquer sinais sintomáticos significativos. Assim, houve uma melhoria a nível sintomático ao longo do processo terapêutico.

Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia – paciente 2

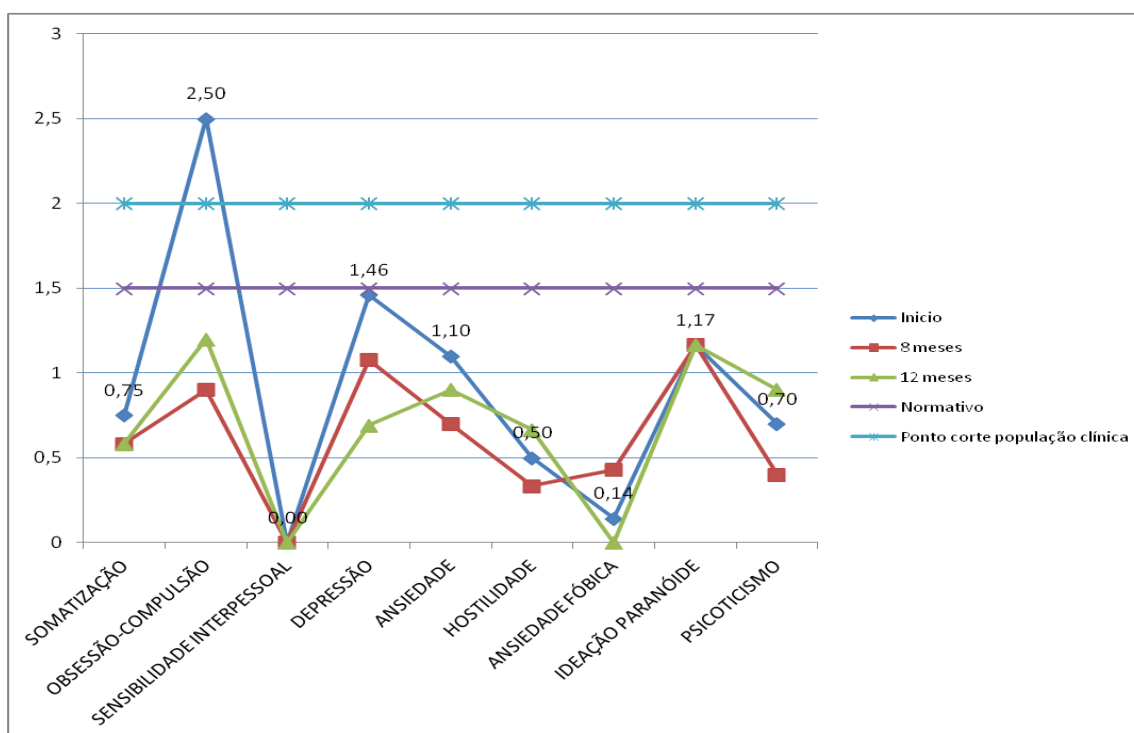


Figura 10 - Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia – paciente 2

Nas figura 11 e 12, tal como seria de esperar os valores dos índices globais são inferiores no final da terapia comparativamente ao seu início, revelando um decréscimo quer no número de sintomas presentes quer na intensidade sintomática média.

Índices Globais - paciente 2

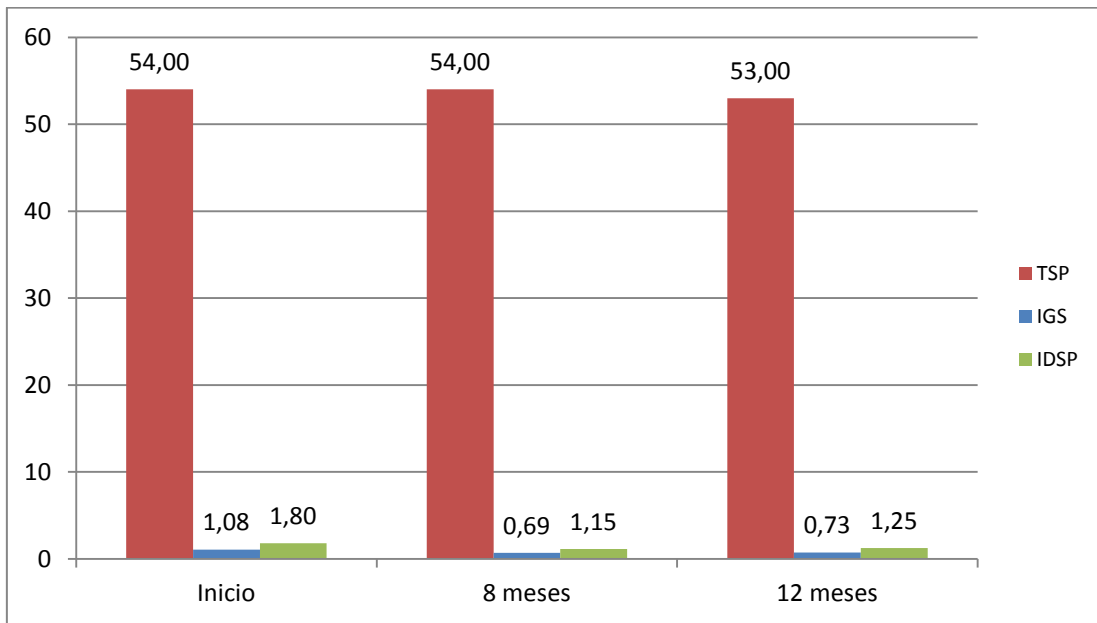


Figura 11 - Índices Globais (TSP; IGS; IDSP) – paciente 2

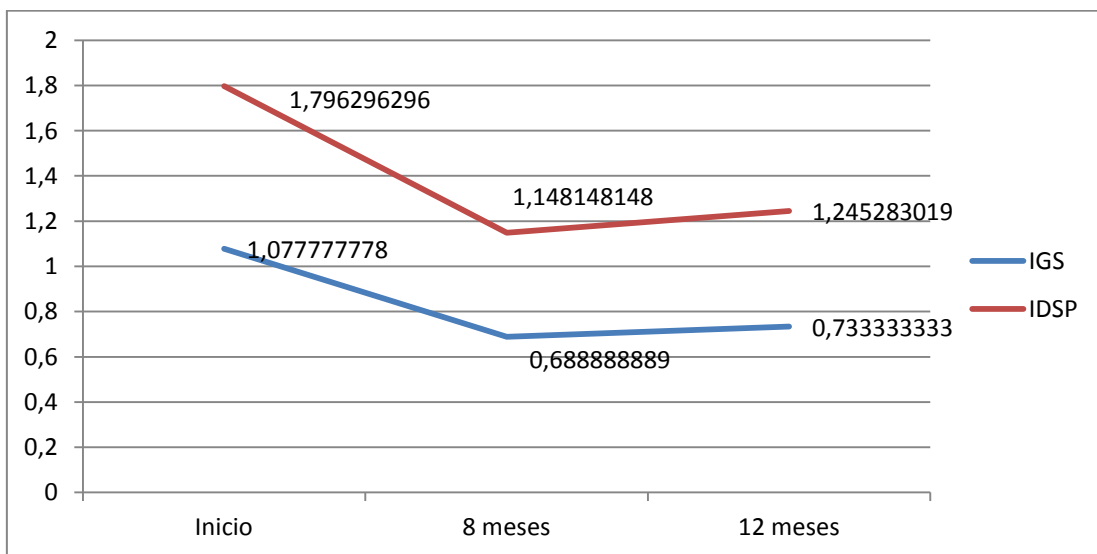


Figura 12 - Progresso terapêutico da Paciente 2 no SCL-90- R (IGS; IDSP)

DISCUSSÃO

Pretendeu-se com este estudo perceber de que forma as mudanças das características da personalidade e os sintomas, evoluem no decorrer do processo terapêutico. Para esse efeito, foi realizado um estudo com duas pacientes de personalidades distintas, em que foi efetuada uma análise dos vários momentos de dois anos de psicoterapia, possibilitando assim a comparação desses casos clínicos no que diz respeito às dinâmicas ocorridas nesse período entre as referidas variáveis.

Da análise dos resultados no caso da paciente 1 relativamente ao *SWAP-200*, verificou-se uma oscilação dos indicadores de saúde mental ao longo dos 24 meses de terapia. No início, os dados apontam para valores elevados nas categorias *Dependente* e *Depressiva*, evidenciando um funcionamento marcadamente depressivo. No final da terapia, aos 24 meses, assiste-se a um aumento de valor na categoria *Depressiva* comparativamente ao seu início, mantendo-se o diagnóstico de um funcionamento depressivo. Nesta fase, as categorias *Evitante*, *Dependente* e *Obsessivo-Compulsiva* voltam a aparecer, revelando a existência destes traços de personalidade. Durante a terapia, foi notória a oscilação constante nos valores das categorias, no entanto salienta-se que os valores mais significativos foram sempre constatados na categoria *Depressiva* com T-scores quase sempre acima dos 60 (limite a partir do qual é considerada uma perturbação da personalidade), em que os valores mais elevados se verificaram aos 6 meses de terapia, voltando a diminuir nos meses seguintes mas com novo aumento no final da terapia. É ao 6º mês que se evidenciam os valores mais elevados para todas as categorias, facto esse que poderá ser explicado com uma fase mais conturbada na vida da paciente, em que a sogra vai viver para sua casa, criando-lhe um conflito interno entre o que desejava e a incapacidade de demonstrar o que verdadeiramente queria, apenas para agradar os que a rodeiam. Os problemas familiares agravaram-se, deixando a paciente extremamente debilitada sob o ponto de vista emocional e em que coincidiu com o facto de ter deixado de tomar a medicação por sua iniciativa.

Quanto ao nível do funcionamento mental da paciente 1, os valores sempre foram superiores a 50, apresentando um bom indicador do seu funcionamento, no entanto e apesar da oscilação verificada ao longo dos meses, termina a terapia com valores inferiores ao verificado inicialmente.

Ao nível dos sintomas, no início da terapia destacam-se elevados valores nas categorias *Ansiedade Fóbica* e *Depressão* e um pouco abaixo mas não menos significativos a *Somatização*, *Obsessão-compulsão* e *Ansiedade*, ultrapassando consideravelmente o ponto de

corde da população clínica (2). Contudo, verifica-se uma clara diminuição da sintomatologia para todas as dimensões, comparando os valores no início com o final da terapia. Apesar da oscilação verificada ao longo dos meses, é também clara a mudança significativa ao nível das várias dimensões logo após o 6 mês de terapia.

Face aos resultados obtidos, é notória a mudança que ocorreu ao nível dos sintomas, enquanto ao nível da personalidade apenas se constataram ligeiras alterações durante o processo terapêutico, verificando-se aliás o seu agravamento no final, comparativamente ao início. Como se sabe as mudanças estruturais acontecem de uma forma muito lenta e só se verificam resultados apenas a longo prazo, ao contrário dos sintomas. O facto do tempo de duração da psicoterapia neste estudo, ser apenas de 24 meses, poderá ter sido insuficiente para verificar alterações na mudança ao nível estrutural, o que levanta algumas dúvidas acerca das conclusões que se poderiam especular num tratamento mais prolongado.

A paciente 2, apresenta ao nível do *SWAP-200*, apenas um valor significativo que evidencia a existência de traços Obsessivo-compulsivos. Ao longo dos meses do processo terapêutico, a única categoria que apresenta um valor elevado é a *Obsessivo-compulsiva*, verificando-se uma diminuição do valor inicial e no fim da terapia.

Os níveis de um bom funcionamento mental são traduzidos pelos elevados valores que apresenta em todos os momentos da terapia, atingindo o seu pico aos 24 meses, denotando assim uma melhoria a este nível.

Relativamente aos sintomas e analisando os valores obtidos no *SCL-90-R*, apenas se destaca no início da terapia a dimensão *Obsessão-compulsão* com um valor significativo, mas desce consideravelmente ao 8º mês e deixa de ter significado clínico desde então. Este resultado vem de encontro ao obtido no *SWAP-200*, em que a única existência de traços de personalidade são de carácter obsesso-compulsivo.

Neste caso, verificamos que a paciente 2 apenas apresenta valores elevados numa categoria do *SWAP-200* e numa dimensão sintomática, no entanto foi notória a mudança mais rápida e gradual dos sintomas do que nos traços de personalidade.

Dos resultados obtidos, pode-se concluir que os sintomas são os fatores que sofrem maiores alterações logo no início da terapia, com uma diminuição sintomatológica evidente aos 6 meses. Facto esse, que não se verifica ao nível dos traços de personalidade, em que as mudanças estruturais pressupõem uma modificação das funções psíquicas do sujeito, permitindo uma maior eficácia adaptativa e, conseqüentemente, uma maior estabilidade da mudança (Wallerstein, 2003). Avaliar os sintomas torna-se uma dimensão mais fácil e mais clara, por esse motivo o grau de sintomatologia tem sido utilizado em muitos estudos para

avaliar a mudança terapêutica e desta forma a recuperação terapêutica após terapias de orientação analítica tem sido comprovada, revelando um certo número de sessões necessárias para o efeito (Leon & Kopta, 1999).

No caso da paciente 1, como se verificou anteriormente, houve uma alteração dos traços de personalidade mas no sentido inverso à sua favorável evolução, o que pode ser interpretado face ao agravamento do seu quadro clínico, podendo levantar a questão acerca do tempo da terapia em que os 24 meses parecem não ter sido suficientes dada a sua situação clínica e conseqüentemente não permitindo uma evolução positiva. Neste sentido, as investigações apontam para os efeitos positivos das terapias de longa duração de base psicanalítica em diferentes domínios (Arnold, Farber & Geller, 2000). Contudo a mudança sintomática uma vez mais foi visível, ainda que no final se tenham mantido valores significativos.

O cruzamento de dois instrumentos de avaliação, sob o ponto de vista do clínico (*SWAP-200*) e do paciente (*SCL-90-R*), proporciona diferentes perspectivas do estado geral do paciente, uma vez que nos fornecem procedimentos de avaliação de mudança que detenham “*significado clínico*”, quer do paciente quer do terapeuta e não apenas estatístico (Yoshida, 2008). Assim, nos instrumentos de auto-relato como é o caso do *SCL-90-R*, o significado clínico é dado através da avaliação subjetiva que o paciente faz sobre a contribuição do tratamento para a sua melhoria ou bem-estar, estando desta forma relacionada com a satisfação em relação à terapia, ainda que as mudanças possam ter ocorrido devido a fatores externos. (Messe & Warren, 1995). Desta forma, quando existem vários avaliadores para a mesma investigação, existe uma maior possibilidade do material avaliado ser alvo de diferentes análises, permitindo a troca, partilha e comparações das informações recolhidas (Yoshida, 1998).

Estes instrumentos de avaliação usados em conjunto, asseguram de certa forma uma abordagem mais completa e integrada da evolução do paciente durante o processo terapêutico, o que revela uma mais-valia na avaliação do processo de mudança e permite ao terapeuta ir avaliando em determinado momento da terapia, a evolução do paciente.

Finalmente considera-se que este estudo poderá contribuir para futuras investigações ao nível da compreensão do processo de mudança ao longo de um processo terapêutico, no entanto revela algumas limitações que devem ser apresentadas. Uma delas prende-se com o facto de se tratar de dois estudos de caso, o que permite adquirir uma perspectiva intensa e sistemática ao longo da terapia, mas nunca poderá permitir generalizações. Outra questão que se levanta diz respeito à impossibilidade de controle de fatores externos à terapia, uma vez

que a variação dos resultados assenta também em fatores extra-terapêuticos (como a motivação do paciente para mudar, as capacidades cognitivas e interpessoais do paciente, a vontade deste em estabelecer uma relação com o terapeuta, as condições envolventes, o suporte familiar e social ou os acontecimentos de vida, etc). Por último, face à impossibilidade de adquirir as avaliações dos diferentes instrumentos em tempos idênticos para o SCL-90, poderá ter posto em causa a comparação fiel dos resultados obtidos.

Apesar dos limites dos critérios utilizados, pensa-se que eles possam garantir suficientes vantagens para investigações futuras na avaliação da mudança da personalidade e dos sintomas em psicoterapia e que possam servir para que pesquisadores tenham como objetivo avaliar a mudança, sem desconsiderar a perspectiva clínica quer do paciente quer do terapeuta.

REFERÊNCIAS

- Ablon, J. S., Levy, R. A. & Katzenstein, T. K. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (2), 216-231.
- Alexandre, M. F. (2007). *Mudanças psíquicas no processo terapêutico. O papel do narcisismo*. Fenda Edições.
- Arnold, E., Farber, A. & Geller, J. (2000). Changes in patients' self-representation over the course of psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 28 (3).
- Baptista, A. (1993). *A gênese da perturbação de pânico*. Unpublished doctoral thesis submitted to the Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Blatt, S. & Auerbach, J. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- Cogan, R. & Porcerelli, J. (2005). Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *British Psychological Society*, 78, 235-248.
- Coleman, D. (2005). Psychodynamic and cognitive mechanisms of change in adult therapy: A pilot study. In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 3, 206-215.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90- R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of Psychological assessment in Primary Care Settings* (pp. 297- 334). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hersoug, A., Sexton, H. & Hoglend, P. (2002). Contribution of Defensive Functioning to the Quality of Working Alliance and Psychotherapy Outcome. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (4), 539-550.
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic Dissertation. Department of Psychiatry. Helsinki University.
- Ito, L.M. & Ramos, R. T. (1998). Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 294-302.

- Leon, S. C. & Kopta, S. M. (1999). Predicting patients' responses to psychotherapy: Are some more predictable than others? *Journal of consulting and clinical Psychology*, 67 (5), 698-704.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F. & Waldron, S. (2010). An empirically supported psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 27 (2), 190-218.
- Marin-Avellan, L. E., McGauley, G., Campbell, C., & Fonagy, P. (2005). Using the SWAP-200 in a personality-disordered forensic population: Is it valid, reliable and useful? *Journal of Criminal Behavior and Mental Health*, 15, 28-45.
- Peuker, A., Habigzang, L., Koller, S. & Araujo, L. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 3, 439-445.
- 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.
- Rudolf, G., Manz, R. & Ori, C. (1999). Outcomes of Psychoanalytic Therapies. *Int Forum Psychoanal*, 8, 125-134.
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Qsort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5, 333-353.
- 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*, Vol 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.

- Weinberger, D. (1998). Defenses, personality structure, and development: integrating psychodynamic theory into a typological approach to personality. *Journal of Personality*, 66 (6), 1061- 1080.
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic therapy research: It's coming of age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (2), 375-404
- Yoshida, E. (1998) Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.