



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PERSONALIDADE E PADRÕES DE MUDANÇA

JOANA FONSECA TAVARES

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

2012

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

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Pires pela orientação dada neste percurso, permitindo-me sentir a persistência e a determinação de um investigador

Aos meus Pais sincero reconhecimento por me terem possibilitado a oportunidade de aprender

Aos meus Avós pela formação, edificando-me com valores e princípios

Ao meu Irmão pela motivação que me deu ao longo do curso

À minha Família pelo seu carinho e alento

Aos meus Amigos pela sua companhia e amizade

Aos meus Colegas pela ajuda e disponibilidade

A quem me acompanha,

Muito obrigada.

Índice

Revisão de Literatura - Investigação em Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise: Personalidade e Padrões de Mudança

Resumo	1
Abstract	2
Introdução	3
Investigação em Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica.....	6
Mudança.....	8
Fases e Padrões de Mudança.....	10
Conclusão	12
Referências Bibliográficas	13

Artigo Empírico - Avaliação Personalidade e Padrões de Mudança

Resumo	17
Abstract	18
Introdução	19
Método	21
Participantes.....	21
Procedimento.....	21
Instrumento.....	22
Resultados	24
Discussão	35
Referências Bibliográficas	38

Anexos

Anexo A: Lista de Exemplos de Mudança nas variáveis de mudança da escala <i>Change After Psychotherapy Scales (CHAP)</i>	41
Anexo B: Listagem e Avaliação dos Incidentes de Mudança.....	48
Anexo C: Gráficos do SWAP-200 Shelder- Westen Assessment Procedure.....	56

Revisão de Literatura

Investigação em Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise: Personalidade e Padrões de Mudança

Resumo

Na presente revisão de literatura pretende-se apresentar estudos realizados na área de investigação da Psicanálise e das Psicoterapias Psicanalíticas, revendo através dos mesmos a trajetória da investigação nestes modelos terapêuticos. Explorou-se como tem sido avaliada a mudança, seus processos e padrões, bem como algumas das variáveis mais investigadas na área da mudança em terapias de longa duração. Embora com a dificuldade de encontrar literatura suficiente que ilustre os processos de mudança, foi possível compreender que hoje em dia estão a ser realizados estudos de caso no sentido de uma melhor compreensão da forma como a mudança se processa. Igualmente, o facto da Psicanálise e da Psicoterapia Psicanalítica apresentarem-se como modelos terapêuticos promotores de mudanças a múltiplos níveis.

No entanto, verificou-se necessidade de comprovação empírica de estudos relativos a padrões de mudança individuais verificados ao longo de uma terapia de longa duração. Logo apela-se para a premência de se realizarem mais estudos de caso que explorem padrões de mudança e seus condicionantes.

Palavras-chave: Psicanálise; Psicoterapia Psicanalítica; Mudança; Padrões de Mudança; Forma de Mudança ; Fases de Mudança; Investigação

Abstract

In this literature review it aims to present studies in the research area of Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy, reviewing through the same path of research in these therapeutic models. It was explored how has been evaluated the change in their processes and patterns, as well as some of the variables investigated in the area of change in long-term therapies. Although the difficulty of finding enough literature to illustrate the processes of change, it was possible to understand that today are being conducted case studies towards a better understanding of how change takes place. Also, the fact of Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy models present themselves as promoters of therapeutic changes at multiple levels.

However, there was need of proof empirical studies relating to patterns of change individual scanned along a long term therapy. Soon calls to the urgency of conducting more case studies that explore patterns of change and its determinants.

Keywords: Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy; Change; Patterns of Change, Shape Change, Stages of Change; Research

Introdução

O desenvolvimento da psicoterapia de orientação psicanalítica deriva da teoria e cientificidade da Psicanálise. Sendo experimentalmente introduzida por Sigmund Freud e Breuer, através dos estímulos eléctricos e sugestão hipnótica, rapidamente se desenvolveu a psicologia científica e como terapia científica, a Psicanálise (Wallerstein, 1989). Destacou-se de outras abordagens, pelo seu modelo teórico, sua prática singular, recorrendo a métodos terapêuticos, como a associação livre, a transferência, e pela valorização que dá ao significado atribuído dos processos inconscientes e suas manifestações, tendo como fim a compreensão de toda a dinâmica psicológica do sujeito.

O *setting* psicoterapêutico, exclusivo da prática da psicanálise e seu tratamento, tendo a presença do divã, faz com que a posição do analista face ao mesmo, sem a possibilidade de visualizar a expressão afectivo-facial do analisando, conduz a um acréscimo dos elementos afectivo-auditivos, contribuindo para facilitação do processo transferencial e recordação de objectos primários (Rizzuto, 2002, in Klockars, 2004).

A transferência é considerada o “motor de cura” da Psicanálise, onde o analisando transfere para o analista sentimentos que não são dirigidos para o mesmo, mas para outra pessoa do seu passado (Erikson, 1954). Segundo Freud (cit in. Weinshel, E. M. 1992) o analista “põe em movimento um processo, o da resolução das repressões existentes que ele pode supervisionar e remover obstáculos no seu caminho”, lidando com as forças que mantêm as repressões no “inconsciente dinâmico”, incluindo os mecanismos de defesa e de resistência que interferem com o ego não o deixando fazer as conexões apropriadas (Weinshel, E.M 1992). Inicialmente, Freud não fazia distinção entre Psicoterapia e Psicanálise, empregando o termo “terapia analítica”, como que estabelecendo uma conexão entre ambas (Bateman e Holmes, 1997).

A psicoterapia psicanalítica tendo as mesmas referências teóricas que a Psicanálise, diferencia-se da última pela técnica que utiliza, esta é indicada para um maior leque de patologias e mais severas, sendo que os métodos são mais simples e de orientação para uma eficácia mais imediata. O *setting*, posição face-a-face, vai controlar e limitar o processo transferencial, onde apenas o material mais significativo é interpretado, sendo que as regressões são também limitadas em pacientes com um “Eu” muito frágil ou muito rígido (Leal, 2005).

A delimitação entre Psicanálise e a Psicoterapia Psicanalítica refere-se com frequência à intensidade, frequência e duração da terapia. O período superior a três vezes por semana

relativamente à Psicanálise, contrastando três vezes ou menos vezes por semana, incluindo-se as restantes Psicoterapias (Bateman e Holmes, 1997). De qualquer forma, as psicoterapias contam com a cooperação da Psicanálise, mesmo por vezes pondo de parte as suas extrapolações psicopatológicas e antropológicas (Thines e Lempereur, 1983).

Segundo Karasu (1986), as psicoterapias permitem uma experiência afectiva que possibilitam a mudança, reajustando-se o domínio cognitivo e regulando o comportamento, criando um novo modelo de relação. Oferecendo a oportunidade do indivíduo compreender e mudar os padrões de vínculo e suas relações interpessoais. No que concerne ao seu objectivo, este pode ser utilizado em diversos aspectos, variando conforme o prazo e perspectiva adoptada (Holmes, 1998).

Relativamente, às mudanças obtidas através da Psicanálise ou da Psicoterapia Psicanalítica, Werman (1989) considerou que as mudanças ao longo de uma Análise podem ser conseguidas numa Psicoterapia Psicanalítica. Contudo o processo de mudança da personalidade requer tempo, o que é justificado pela longa duração destes tratamentos (Wilczel, et.al, 2004).

Em Psicoterapia, nas investigações realizadas são apresentadas “metas”, ou objectivos a alcançar, distinguem resultados e processos, ou seja, as “metas” de resultados normalmente podem incluir, redução de sintomas, maturação da personalidade, a capacidade de recriar as suas relações íntimas, desenvolver uma maior autonomia e reforçar a sensação de liberdade interior e de identidade. (Orlinsky et al., 1994 cit in, Holmes, J. 1998). Quanto aos processos, são referidos os meios necessários para alcançar esses objectivos, em psicoterapia incluem-se, por exemplo, a formação de uma aliança terapêutica, a manutenção de limites, trabalho através de interpretações transferências.

Recuando nos anos e analisando as várias gerações de investigações realizadas em Psicanálise e em Psicoterapia, as avaliações dos resultados e processos, eram avaliadas através de apreciações na mudança nos sintomas, ou no comportamento manifesto dos pacientes (Kernberg, 2006). Apesar das controvérsias relativas à possibilidade de conduzir investigações, muitos estudos trouxeram importantes descobertas relativamente à eficácia da Psicanálise. Na Suécia, um estudo conduzido por Sandell (Sandell et al., 1997) demonstrou os efeitos de longo alcance da Psicanálise em relação à Psicoterapia Psicanalítica. Bem como estudos realizados nos Estados Unidos, sobre a relação entre a exploração da transferência e o desfecho da psicoterapia, realizados por Luborsky (1990). Os estudos desta natureza representam esforços para relacionar a Psicanálise e as Psicoterapias, com o seu lugar no campo de investigação das ciências psicológicas e na realização de métodos de saúde mental

(Kernberg, 2006). Parece-nos importante, no campo da investigação, compreender como é avaliada a mudança e como é que ela ocorre durante um processo terapêutico, quais as variáveis que podem ser estudadas para melhor compreender os processos, com o intuito de incluir as mudanças subjacentes na organização da personalidade. Para além de mudanças nos sintomas, ou alterações das técnicas de ajustamento, que presumivelmente todas as psicoterapias não psicanalíticas podem trazer (Wallerstein, 2006). Então, a “meta” geral das abordagens psicanalíticas é a mudança das estruturas mentais e dos estados inconscientes, em contraste à grande parte das pesquisas em psicoterapia, que se limitam à redução sintomática (Blatt e Auerbach, 2003, cit in. Zanatta, Denise, & Benetti, Silvia Pereira da Cruz. 2012). De acordo ainda com os autores, estudos sobre a eficácia terapêutica indicam que os pacientes referem que sentem mais ganhos da psicoterapia quando encontram mudanças em si próprios ao lidar com situações difíceis e não apenas com ganhos de redução sintomática.

O processo psicoterapêutico de tão complexo, força os investigadores a observá-lo de diferentes ângulos (Ronnestad e Willutsky, 2004), torna-se então fundamental ir mais longe através de estudos sistemáticos que possam verificar como evolui a mudança e se nesta podemos encontrar padrões subjacentes, em Psicanálise e em Psicoterapia Psicanalítica.

Nesta revisão de literatura pretende-se abordar vários estudos realizados em psicoterapia psicanalítica e psicanálise, focalizando-se nos objectivos do processo terapêutico e aos processos de mudança, bem como enunciar estudos que especifiquem a personalidade como variável do processo terapêutico.

A pesquisa para a presente revisão de literatura foi realizada na Docweb do ISPA, nas bases de informáticas de dados disponíveis, da “EBSCO”. A maior parte dos artigos pertencem à “psyARTICLES”, “psyINFO” e “pep ARCHIVE”. As palavras-chave introduzidas foram: “Change”, “Psychoanalytic Psychotherapy”, “Psychoanalysis”, “Patterns of Change”, “Shape of Change”, “Phases”, combinando-as entre si. Os resultados não foram limitados no tempo, mas foram retiradas as publicações mais recentes 2000-2012 , apenas alguns artigos antigos foram úteis.

Investigação em Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

No contexto de investigação em Psicanálise e em Psicoterapia Psicanalítica, ou também chamada de psicoterapia expressiva, os esforços vão no sentido de compreender como as mudanças nos processos de ambas se revelam. Considera-se importante num primeiro plano a distinção da sua teoria e do seu tratamento, a partir dos objectivos, separando as técnicas implementadas no processo e seus resultados (Kernberg, 2006).

Segundo Etchegoyen (1987) o processo é algo que se define ao longo do tempo numa psicoterapia, colocando aos acontecimentos uma cronologia, definindo-se um processo. Os produtos e mudanças nos mesmos, apontam para uma avaliação nos resultados, verificando a eficácia de determinado processo psicoterapêutico (Power, 2000).

Na compreensão da teoria subjacente de motivação inconsciente (conflitos inconscientes entre a agressão e a libido, por um lado, e as defesas contra eles, por outro, inclui as implicações estruturais do impulso/ defesa e suas configurações, e ainda as relações de objecto internalizadas em que tais conflitos inconscientes são incorporados), comum às duas modalidades de tratamento, onde apenas a ênfase e as relações entre teoria da pulsão, objecto e das relações e da organização estrutural vão ocupar as suas diferenças (in Kernberg, 1984,1992, cit in. Kernberg, 2006).

Nestas modalidades de tratamento, os objectivos, como já referido, variam, o da psicanálise é a mudança estrutural, considerada fundamental, na psicoterapia psicanalítica é a reorganização parcial da estrutura psíquica no contexto da mudança dos sintomas, por meio de um equilíbrio desejável/adaptativo das configurações de impulsos e defesas, reforçando as defesas adaptativas. Contudo, segundo Kernberg (2006), é a abordagem técnica que permite caracterizar cada tratamento.

Nas variáveis de avaliação dos processos, a investigação debruça-se no estudo das interações entre terapeuta e paciente, segundo alguns estudos (Lambert e Barley, 2001), o conceito de Aliança Terapêutica é imprescindível ao bom desenvolvimento de um processo terapêutico. Nos resultados obtidos do estudo de Leonard Horwitz (1974), foi defendido que o contexto fosse declarado como instrumento necessário à mudança terapêutica, sendo que este estrutura o trabalho do próprio tratamento.

A primeira geração de investigação de resultados em Psicanálise e em Psicoterapia Psicanalítica, de 1917 até aos anos 60, foi caracterizada por contagens estatísticas de avaliações de pacientes com características diferentes. Do ano de 1950 aos anos 80, foram introduzidas medidas de construção e escalas para a avaliação de pré e pós tratamento como

preditores de resultados terapêuticos esperados, a terceira geração, de 1950 até aos anos 80, marca o início do processo terapêutico às medidas dos resultados. A última geração (de 1980 ao presente), é marcada por incluir novas formas de avaliar a estrutura psicológica dos sujeitos e a mudança estrutural no processo psicoterapêutico. A nova geração de investigações vão abrindo um leque de possibilidades, mais específico e preciso no estudo dos mecanismos inerentes à mudança nas terapias psicanalíticas (Wallerstein, 2005, cit in. Jung, 2006).

Em meados da década de 50, o objectivo fundamental de uma Psicanálise era a obtenção de uma mudança na estrutura psíquica, só alcançada pela resolução da neurose infantil e do conflito trazido pelo analisado (Werman, 1989). A mudança, num ponto de vista psicanalítico, refere-se à diminuição da sintomatologia e de inibições, com a possibilidade de ser proporcionar uma maior flexibilidade psíquica e uma melhor expressão dos afectos e sua compreensão (Moreno et al. 2005). A Psicoterapia Psicanalítica, de acordo com diferentes autores, pretende alcançar os mesmos objectivos, conseguindo obter o mesmo nível de mudanças estruturais. Segundo Sandler (1988), relativamente ao conceito de mudança estrutural, defende que tanto a Psicanálise como a Psicoterapia Psicanalítica são capazes de promovê-la. No entanto, são diversos os autores que não concordam com esta perspectiva, afirmando que as mudanças estruturais profundas são atingidas em Psicanálise e não em Psicoterapia Psicanalítica, onde as mudanças penderiam para um desmembramento (Dewald,1989). Na ausência de contrastes significativos entre os diferentes métodos terapêuticos e seus modelos teóricos, abriu-se espaço para diversas questões em termos de investigação. Não obstante, hoje em dia, os estudos concordam que os tratamentos mais longos geralmente mostram benefícios mais estáveis e bem estabelecidos (Luborsky, 2001; Sandell, 2001).

Com o objectivo de investigar a eficácia da Psicoterapia e suas mudanças na personalidade, foram concretizados grandes estudos, entre eles destacou-se o projecto de investigação em Psicoterapia Psicanalítica da Fundação Menninger (1952 a 1954) levando a concluir que a mudança estrutural seria impossível de atingir e que todas as funções do ego eram irremediavelmente contaminadas pelos sintomas e comportamento dos pacientes (Wallerstein, 1989, cit in. Brum, 2012). Com o afastamento na investigação deste conceito, mudança estrutural foi naturalmente transferida na direcção de mudanças nos padrões de personalidade, reflectindo as mudanças no equilíbrio inconsciente da estrutura tripartida (Kernberg, 2004). Desta forma, o surgimento de estudos que ilustravam a avaliação dos resultados ao longo de um conjunto de casos, foi crescendo, tal como a investigação dos processos pelos quais se atingiram esses resultados (Wallerstein, 2001).

Concluindo, os estudos cada vez mais se inserem no interesse de aumentar a sua cientificidade, não apenas sobre o contexto em que ocorrem, as já referidas Psicoterapias, como também para a subjectividade envolvida no processo. Afinando registos mais claros do tratamento, sem a focalização somente nos resultados (Charman, 2003, cit.in, Brum, 2012). Considerando a Psicoterapia como um processo interpessoal que envolve a promoção de mudanças nos sentimentos, cognições e comportamentos (cit in. Brum 2012).

Mudança

Encontra-se na literatura recente a vontade de assegurar conhecimentos mais precisos sobre os mecanismos de mudança em psicoterapia através de estudos de caso (Jung, Nunes & Eizirik, 2007 cit in, Brum, 2012).

O conceito de mudança é central para a Psicoterapia, contudo os estudos realizados pouco apresentam sobre o percurso da mudança psicológica ao longo de um processo terapêutico (Barkham, M., Stiles, W. B., & Shapiro, D. A.1993). A investigação tem-se interessado sobretudo nos processos de mudança, dando menos relevância ao contexto, segundo Elliott Rice & Greenberg (1983, cit in. Greenberg, 1986) torna-se importante segmentar a terapia em episódios terapêuticos diferentes, de forma a compreender o processo no contexto clínico em unidades essenciais da psicoterapia. Segundo Russel e Orlinsky (1996, cit in, Zanatta, 2012) nas últimas décadas, os estudos já não se limitam ao questionamento da efectividade das intervenções terapêuticas, mas sim à compreensão de etapas específicas das mesmas. Tendo havido desta forma um maior afastamento da compreensão quantitativa dos resultados, para um entendimento mais qualitativo dos acontecimentos significativos numa terapia de longa duração. Para Goldfried & Wolfe (1996), ainda que os processos psicoterapêuticos sejam importantes de serem compreendidos, importa também identificar os factores envolvidos que façam “prever” a mudança.

Têm sido avaliadas diversas variáveis, apontadas como factores que contribuem para a mudança, exemplificando, as mudanças na capacidade de *Insight* permitem ao paciente a tomada de consciência e conhecimento acerca de si e do contexto que o rodeia, segundo Waldron, Scharf, Hurst, Firestein & Burton (2004), o processo de consciencialização do conteúdo latente provoca melhorias progressivas nos sintomas e maior liberdade de viver o sentir, de se relacionar com os outros e com o meio à sua volta. A mudança nos sintomas, foi apresentada por diversos autores como sendo uma medida crucial no progresso terapêutico,

apesar de ter sido criticada esta visão, Blatt et al. 2000; Zuroff et.al 2001, defendem que a redução dos sintomas é essencial à mudança terapêutica. Segundo Zanatta (2012), em Psicanálise o objectivo reside na mudança das estruturas mentais e dos estados inconscientes, opondo-se à maior parte das pesquisas em psicoterapia que se concentram na análise da redução de sintomas.

Na compreensão da mudança estrutural ao longo de um processo psicoterapêutico, realizaram-se vários estudos de forma a compreender se a mudança complexa na matriz intrapsíquica só seria conseguida através da Psicanálise e não da Psicoterapia Psicanalítica, facto que não obteve concordância.

Segundo Sandell (1977), as mudanças na estrutura podem ser ‘visíveis’ quando o paciente apresenta uma maior mobilidade mental e defesas mais flexíveis e evoluídas.

A variável capacidade adaptativa, é incluída no decurso das investigações relativas a mudanças em Psicanálise, proporcionando ao indivíduo o desenvolvimento de capacidades de adaptação interpessoal e diminuição de comportamentos desajustados por parte do mesmo (Blatt e Shahr, 2004). Sandell (1997) refere-a como a competência de um indivíduo atender ajustadamente a situações, sobre as quais tem dificuldades de se ajustar, ainda Simon (1983), refere que o nível de consciência está relacionado com os recursos adaptativos que cada indivíduo tem para lidar com as circunstâncias da sua vida.

Segundo Kernberg (2003), as mudanças fundamentais que podem ser demonstradas nos indivíduos ao longo de um processo terapêutico ocorrem independentemente das modalidades, acrescentando que a mudança resulta da técnica utilizada, da resposta do paciente à mesma e do próprio terapeuta.

Logo, são diversas as variáveis no decorrer de um processo terapêutico que podem tornar a mudança passível de ocorrer ao longo do tempo. Em processos terapêuticos estabelecidos segundo técnicas distintas entre si, com pacientes que apresentam igualmente condições diferentes, conseguem-se atingir resultados favoráveis. O valor da aliança terapêutica positiva é considerada, também ela como elemento-chave sobre a qualidade nos resultados obtidos (Messer & Warren, cit in. Yoshida, 1998).

As mudanças numa psicoterapia parecem também depender dos recursos do paciente, que são actualizados num determinado contexto, paciente e sua relação com o terapeuta. Portanto, para podermos pensar em mudança em Psicoterapia, significa termos de contemplar a dinâmica que se estabelece entre paciente e terapeuta (Greenberg, 1994). A colaboração do paciente e do terapeuta é um “marcador da eficácia do processo de uma Psicoterapia” (Colson et al., 1988, p.264, cit in. Allen, et.al 1990).

Fases e Padrões de Mudança

Sendo a mudança um processo, pressupõe que esta possa ser distribuída por fases variadas e relativamente estabelecidas, tendo em vista um objectivo final.

De acordo com os estudos e concepções realizadas, para a compreensão das fases de uma mudança terapêutica, o progresso da Psicoterapia por etapas, foi o primeiro a ser concebido. Segundo Groesbeck (1985), (cit in. Howard, Lueger, Mailing & Martinovich, 1993), foi Jung quem o delineou, atribuindo quatro fases de progresso, a primeira, a confissão, seguindo-se do esclarecimento, a educação e a “análise adequada”. Contudo, qualquer uma das fases poderia ocorrer ao longo de todo o processo terapêutico.

Por não ter demonstrado a eficácia desejada, foram realizados outros dois modelos, válidos empiricamente e utilizados actualmente. Têm como objectivo estabelecer padrões de mudança, ou recuperação, ou seja, efectivar a quantidade de psicoterapia necessária para o paciente poder apresentar mudanças e conseguir recuperar. Os dois modelos conceptualizados, o *Modelo de Dosagem* e o *Modelo Trifásico* (Leon & Kopta, 1999).

O primeiro que supõe uma “dosagem” de sessões de terapia para pudermos ocorrer mudanças, segundo um padrão, um *dose-effect* (Draper et.al. 2000). Segundo o estudo de Howard e colaboradores (1986,) in Lueger et al. 2001), aproximadamente 50% dos pacientes apresentam uma melhoria ao fim de 8 sessões de terapia, 75% tem melhoras a partir das 26 sessões, ou seja, 85 % atinge uma melhoria aproximadamente nas 60 sessões.

O *Modelo Trifásico* teve a sua conceptualização com base no Modelo de Dosagem, pressupondo para uma primeira fase, a remoralização, onde o paciente poderia apresentar-se desmoralizado no início do processo terapêutico, experienciando bem-estar subjectivo, algumas sessões após a primeira fase. Seguidamente a fase da remediação, correspondendo à fase em que existe uma melhoria sintomática, dependendo do seu grau de severidade. (Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996). A última fase, a de reabilitação, onde o paciente vai apresentando melhorias no funcionamento da sua vida, onde anteriormente apresentaria dificuldade em funcionar adequadamente, podendo esta durar durante meses ou anos, dependendo da acessibilidade do desajustamento destes padrões (Howard et al., 1993). Ainda de acordo os Estudos de Howard e colaboradores (1993) e Stulz e Lutz (2007) é demonstrado que a recuperação em psicoterapia demons apresenta um padrão de mudança definido onde que as melhorias ocorrem de um modo sequencial, validando o Modelo Trifásico.

Na investigação de Leichsenring e colaboradores (2005) são apresentadas diferenças em áreas distintas (problemas alvo; sintomas; problemas interpessoais; qualidade de vida) em

momentos diversos da psicoterapia: nos problemas alvo 60% das mudanças que foram encontradas na fase final da terapia eram já percebidas após 50 sessões, no caso dos sintomas apenas 43% do resultado final foi encontrado após 50 sessões. No caso dos problemas interpessoais, isto acontecia para apenas 31% e relativo à qualidade de vida apenas 13%. O melhoramento na qualidade de vida e nos problemas interpessoais parecem requerer uma terapia mais longa. Concluindo que de certa forma, nem todas as áreas podem ser trabalhadas apenas em 50 sessões de terapia.

A noção de padrões de mudança alternativos é possível, e clinicamente atraente, contudo, houve, e na actualidade parecem existir poucas pretensões de realizar descrições alternativas de mudanças em pacientes diferentes, ou em problemas distintos que cada paciente traz para o tratamento psicoterapêutico (Barkham, M. Stiles, W.B., e Shapiro, D. A, 1993).

Conclusão

Ao longo da presente revisão de literatura são enunciados vários estudos que apontam para uma boa prática clínica, relativamente aos dois modelos terapêuticos apresentados, a Psicanálise e a Psicoterapia Psicanalítica.

De acordo com a pesquisa bibliográfica realizada, concluiu-se que de uma forma geral, estas apresentam um conjunto de benefícios terapêuticos, comparadas com outros modelos terapêuticos, ao nível de várias variáveis importante na medição da mudança. São confirmados resultados precisos e que se mantêm ao longo do tempo, em Psicanálise, podendo alcançar com esta uma mudança mais estável e profunda.

Foi através da importância dada ao estudo dos processos e produtos que surgiu o interesse dado à compreensão da mudança ao longo de um período de uma Psicoterapia. Segundo Lambert & Ogles (2004) consideram que o processo terapêutico é válido quando se consumam resultados sólidos. Verifica-se na investigação actual o valor dado à Aliança Terapêutica, onde a relação entre terapeuta e paciente, torna-se um dos aspectos centrais dos resultados da psicoterapia, sendo ela um vínculo imprescindível para que a mudança ao longo do processo possa ocorrer (Messer & Warren, in. Yoshida, 1998).

O enfoque de qualquer modelo terapêutico relaciona-se sendo que estrutura o trabalho de tratamento terapêutico (Leonard Horwitz 1974).

Contudo os estudos empíricos existentes, não permitem uma validação em relação às mudanças que se apresentam ao longo de uma terapia de longa duração, sendo necessário procurar investigar de forma mais sistemática e específica os processos terapêuticos e seus resultados, em estudos de caso.

Segundo Greenberg (1986), a investigação nos processos de mudança é necessária para ajudar a encontrar uma explicação nas perguntas que a mudança em Psicoterapia deixa em aberto. Ainda segundo Greenberg (1986), o autor enfatiza que para um estudo rigoroso dos processos de mudança numa sessão, os investigadores precisam de se focalizar: na especificação dos resultados em cada sessão e medir os processos de cada sessão que vão provocar a mudança.

A revisão de literatura, apresenta uma insuficiência de estudos empíricos, que existindo, permitiriam uma melhor compreensão da mudança, suas possíveis fases, padrões, mudança estrutural, na área da investigação em Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica.

Em suma, considera-se fundamental a necessidade de colmatar as lacunas na área da investigação em Psicanálise.

Referências

- Allen, J. G., Gabbard, G. O., Newsom, G. E., & Coyne, L. (1990). Detecting patterns of change in patients' collaboration within individual psychotherapy sessions. *The Menninger Clinic*, Topeka, Kansas, Volume 27, Winter 1990, Number 4.
- Barkham, M., Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1993). The shape of change in psychotherapy: Longitudinal assessment of personal problems. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 61(4), 667-677.
- Blatt, S. & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis—with whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 52 (2).
- Blum, P. (1979). The curative and creative aspects of insight. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27
- Brum, Evanisa Helena Maio de, Frizzo, Giana Bitencourt, Gomes, Aline Grill, Silva, Milena da Rosa, Souza, Daniela Delias de, & Piccinini, Cesar Augusto. (2012). *Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. Estudos de Psicologia (Campinas)*,29(2), 259-269.
- Draper M, Jennings J, Barón A, Erdur O, Shankar L (2000) *Dose-effect relationships in brief therapy based on a nationwide college counseling center sample*. In *Book Dose-effect relationships in brief therapy based on a nationwide college counseling center sample (Editor ed.^eds.)*, vol. 1. The Counseling & Mental Health Center, The University of Texas at Austin, City.
- Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Fiske, Donald W.; Cartwright, Desmond S.; Kirtner, William L. (1964) *Are Psychotherapeutic changes predictable?* *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol 69(4), Oct 1964, 418-426
- Gabbard, G. O. (2005). *Major modalities: Psychoanalytic/psychodynamic*. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, J. Holmes (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 3-13). New York, NY US: Oxford University Press.
- Greenberg, L.S., Rice, L., & Elliott, R. (1993) *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY: Guilford Press.
- Holmes, J. (1998). *The Changing Aims of Psychoanalytic Psychotherapy: An Integrative Perspective*. *International Journal Of Psycho-Analysis*, 79(2), 227-240
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). *Evaluation of*

- psychotherapy – efficacy, effectiveness, and patient progress. American psychological association, 51 (10), 1059-1064.* of psychological capacities: Measuring change in psychic structure. *Psychotherapy Research, 15(4), 445-456.*
- Jung, Simone Isabel, Fillippon, Ana Paula Mezacaza, Nunes, Maria Lúcia Tiellet, & Eizirik, Cláudio Laks. (2006). *História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28(3), 298-312.*
- Kernberg, O. F. (1999). *Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and Supportive Psychotherapy: Contemporary Controversies. International Journal Of Psycho-Analysis, 80(6), 1075-1091..*
- Kernberg, O. F. (2004). *Rewards, dangers, findings, and attitudes in psychoanalytic research. Canadian Journal of Psychoanalysis, 12 (2).*
- Kernberg, O. F. (2005). *Unconscious conflict in the light of contemporary psychoanalytic findings. Psychoanalytic Quarterly, 74 (1).*
- Kernberg, O. F. (2006). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *The International Journal Of Psychoanalysis, 87(4), 919-926.*
- Klockars, L. (2004). *Linking mind, body and language: Free association revisited. Scandinavian Psychoanalytic Review, 27 (2).*
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5)*
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias.* Lisboa: Fim de Século.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R. & Staats, H. (2005). *The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. International Journal of Psycho-Analysis, 86 (2).*
- Luborsky, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues, 11 (4).*
- Lueger, R., Martinovich, Z., Anderson, E. E., Howard, K. I., Lutz, W. & Grisson, G. (2001). Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69 (2), 150-158.*
- Matos, A. C. (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica.* Lisboa: Climepsi.
- Moreno, C. M., Schalayeff, C., Acosta, C., Vernengo, P., Roussos, A. & Lerner, B. (2005). Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. *Psychotherapy Research, 15 (3), 199-209.*

- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and changes. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed.), (307-389). New York: John Willey & Sons.
- Power, D. G. (2000). On Trying Something New: Effort and Practice in Psychoanalytic Change. *Psychoanalytic Quarterly*, 69 (3).
- Sandell, R. (1988) Our varying ability to predict the outcomes of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 134-140.
- Sandell, R. (1997). *Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP): Manual and commentary*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of Long-Term Outcome Among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy: A Review of Findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (Stopp). *International Journal Of Psycho-Analysis*, 81(5), 921-942.
- Sandell, R. (2001). Can Psychoanalysis become empirically supported? *Int Forum Psychoanal*, 10, 184-190.
- Waldron, S., Scharf, R. D., Hurst, D., Firestein, S. K. & Burton, A. (2004). What happens in a psychoanalysis: A view through the lens of the analytic process scales (APS). *International Journal of Psycho-Analysis*, 85 (2).
- Wallerstein, R. S. (1989). Psychoanalysis and Psychotherapy: An Historical Perspective. *International Journal Of Psycho-Analysis*, 70563-591
- Wallerstein, R. S. (2001). The generations of psychotherapy research. *Psychoanalytic Psychology*, 18 (2), 243-267.
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic therapy research: Its coming of Age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (2).
- Wallerstein, R. S. (2006). The relevance of Freud's psychoanalysis in the 21st century: Its science and it's research. *Psychoanalytic Psychology*, 23 (2), 302-326.
- Weinshel, E. M. (1992). Therapeutic Technique in Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 40327-347
- Werman, D. (1989). The idealization of structural change. *Psychoanalytic Inquiry*, 9 (1).
- Wilczek, A., Barber, J. P., Gustavsson, J. P., Åsberg, M. & Weinryb, R. M. (2004). Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic*

Association, 52 (4).

Yoshida, Elisa Medici Pizão. (1998). *Avaliação de mudança em processos terapêuticos*. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(2), 115-127.

Yoshiba, E. & Campinas, P. (2001). Psicoterapia Breve psicodinâmica: critérios de indicação.

Zanatta, Denise, & Benetti, Silvia Pereira da Cruz. (2012). Representação mental e mudança terapêutica: uma contribuição da perspectiva psicanalítica da teoria das relações objetais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 93-100.

Artigo Empírico

Avaliação Personalidade e Padrões de Mudança

Resumo

O objectivo foi analisar os processos de mudança ao longo de uma Psicoterapia e perceber a sua relação com as características de Personalidade dos pacientes. A mudança foi medida através da escala CHAP (*Changes After Psychotherapy*, Sandell, 1987) tendo como dimensões de mudança, a Mudança nos Sintomas (MS); Capacidade Adaptativa (CA); Insight (I); Conflitos Básicos (CB); Factores extra-terapêuticos (FE). A personalidade foi avaliada através do SWAP- 200 – Shelder- Westen Assessment Procedure.

Foram analisadas catorze sessões gravadas em formato áudio, da primeira paciente e da segunda, dezanove sessões, correspondentes a um período de 24 meses.

Nos casos analisados constatámos que foram encontrados padrões de mudança diferentes, no caso da 1ª paciente, apresentando traços de personalidade obsessivos e depressivos, obteve-se um padrão de mudança mais uniforme; No caso da 2ª paciente, com traços de personalidade Boderline, Histriónica e Dependente, um padrão com uma maior discrepância na distribuição das variáveis de mudança. Assumindo a possibilidade das características de personalidade de cada paciente terem dado origem ás diferenças no padrão de mudança encontrado para cada uma.

Palavras-chave: Mudança; Personalidade; Padrão de Mudança; Insight; Conflitos Básicos; Capacidade Adaptativa; Mudança nos Sintomas; Psicoterapia; Psicanálise

Abstract

The aim was to analyze the processes of change along a Psychotherapy and perceive their relationship with the personality characteristics of the patients. The change was measured using a scale CHAP- Changes After Psychotherapy, Sandell, 1987, as having dimensions of change, Change in Symptoms (MS); Adaptive Capacity (CA), Insight (R) Conflicts Basic (CB); Factors extra -therapeutic (FE). Personality was assessed using the SWAP-200 - Westen Assessment Procedure-Shelder.

It was analyzed fourteen sessions recorded in audio format, the first and second patient, nineteen sessions, corresponding to a period of 24 months.

In the cases analyzed that were found changing patterns different in the case of the 1st patient with personality traits obsessive and depression, gave a pattern of change more evenly, in the case of the 2nd patient with personality traits, borderline, histrionic, and dependent, a pattern with a greater discrepancy in the distribution of variables. Assuming the possibility of personality characteristics of each patient have given rise to differences in the pattern of change found for each.

Keywords: Change, Personality; Pattern Change; Insight; Conflict Basics; Adaptive Capacity, Change in Symptoms, Psychotherapy, Psychoanalysis

A Psicoterapia Psicanalítica tem como fim compreender a experiência subjectiva do sujeito, com o intuito de lhe proporcionar uma melhoria na sua qualidade de vida, em todos os domínios. Este processo de auto-conhecimento, ocorre em resultado da relação entre o terapeuta e o paciente, modificando, o último, as suas anteriores crenças patogénicas. A Psicoterapia Psicanalítica é vista, deste modo, como uma experiência afectiva que possibilita a *mudança*, comportando alterações no plano cognitivo e regulando o comportamento humano (Karasu, 1986). A *mudança* psíquica apresenta-se não só pela diminuição dos sintomas e inibições; como pelo aumento da flexibilidade e maturação das defesas; melhorando a qualidade das relações interpessoais e da auto-estima; aumentando a capacidade elaborativa e tornando o indivíduo mais consciencioso e mais capaz de perceber e expressar afectos positivos e negativos (Moreno, Schalayeff, Acosta, Vernengo, Roussos & Lerner, 2005). A *mudança* terapêutica verifica-se tanto nas experiências subjectivas como nos comportamentos observáveis.

A Psicanálise distingue-se de outros métodos terapêuticos, fundamentalmente, no uso da associação livre, no significado e poder que confere à investigação de fenómenos inconscientes e na importância que atribui à interpretação. Estas especificidades visam a capacidade de *Insight* do paciente, a resolução dos seus conflitos intrapsíquicos e conseqüentemente a *mudança*. A medição do sucesso de uma psicoterapia obedece a determinados critérios. Esta deve promover: a eliminação dos sintomas; o aumento da produtividade; a melhoria na adaptação e prazer na vida sexual; a melhoria na qualidade das relações interpessoais, tornando-as menos ambivalentes, mais consistentes e leais e por fim a aquisição do *insight*, necessário para lidar com os conflitos psicológicos banais (Knight, 1941, in Werman, 1989).

A diminuição de sintomas tem sido usada em inúmeros estudos para avaliar a mudança terapêutica. A recuperação sintomática após terapias de base analítica tem sido comprovada (e.g Kopta, Howard, Lowdry & Beutler, 1994), sendo que a psicanálise se tem demonstrado eficaz mesmo ao nível das perturbações psicossomáticas (e.g Rudolf, Manz & Ori, 1999). Contudo, apesar da enorme quantidade de estudos que se centram nesta variável, as avaliações têm estado essencialmente focadas na remissão sintomática (Blatt & Auerbach, 2003) e não têm sido realizadas de forma sistemática em longos períodos de tempo. A Capacidade Adaptativa, tem sido avaliada sob diversas definições. Os estudos têm medido, por exemplo, o ajustamento (Howard, Lueger, Mailing & Martinovich, 1993) e a adaptação sexual e social (Luborsky et al., 2001, in Leichsenring et al., 2005) dos indivíduos. Para Sandell, (1997b), a capacidade adaptativa emerge como a aptidão para lidar com aquelas

situações externas onde anteriormente o paciente costumava manifestar sintomas, ou costumava adaptar-se inadequadamente ou não adaptar-se. A investigação tem demonstrado que a psicanálise contribui significativamente para o desenvolvimento das capacidades de adaptação interpessoal e para a redução do comportamento interpessoal desajustado, especialmente em pacientes com maior capacidade de reflexão (*insight*) (Blatt & Shahar, 2004, in Leichsenring et al., 2005). Da mesma forma, neste domínio desconhece-se a sua evolução ao longo do processo psicoterapêutico.

Relativamente ao *Insight*, este tem sido pouco estudado empiricamente. Na visão psicanalítica, este impulsiona o processo analítico a avançar e é condição catalizadora, e consequência deste processo, existindo uma interacção circular entre o desenvolvimento do *insight* e o trabalho analítico produtivo, levando a uma resolução de conflitos inconscientes e à mudança estrutural e adaptativa (Blum, 1979). As investigações têm confirmado, por exemplo, os seus efeitos benéficos na redução de sintomas (Kivlighan, Muton & Paton, 2000). Contudo, não têm abarcado a complexidade do conceito do mesmo. Tendem a usar um número muito reduzido de itens para medir esta variável (Gelso, Kivlighan, Wine, Jones & Friedman, 1997), ou fundi-lo com outros conceitos, esbatendo assim muitas das suas propriedades (e.g Grenyer & Luborsky, 1996). O principal objectivo de uma psicanálise de sucesso é, na perspectiva de diversos autores, incluindo Werman (1989), uma mudança na estrutura psíquica, trazida pela resolução da neurose infantil e do conflito nuclear do analisando. O conflito básico é o típico resíduo inconsciente de um conflito maior e mais precoce, sendo que sob a influência de conflitos não resolvidos, a pessoa vai agir como se reparasse uma falha (Sandell, 1997b). De um modo geral, as investigações têm confirmado os efeitos positivos das terapias de longa duração de orientação psicanalítica, ao nível da qualidade das relações de objecto e das auto-representações do paciente (Arnold, Farber & Geller, 2000), dos problemas interpessoais (Gaston et al., 1994, in Luborsky, 2001) e das atitudes em relação ao próprio (Luborsky, 2001). A escala que utilizámos tem sido utilizada essencialmente para verificar a previsibilidade de resultados de uma psicoterapia (Sandell, 1997^a) ou como escala complementar para medir a mudança em entrevistas de *follow-up*.

A investigação tem-se centrado pouco em Psicanálise, os esforços têm o intuito de contrariar esta tendência e produzir estudos mais formais e sistemáticos, que garantam a validação empírica deste método terapêutico e investigar material que derive de um tratamento psicanalítico, com o propósito de avaliar os processos e associá-los a vários índices de resultados (Waldron, 1997), nomeadamente no que diz respeito a padrões individuais.

Este estudo foi realizado com o objectivo de investigar a evolução da mudança ao longo de uma Psicoterapia de dois anos e se nesta há a possibilidade de encontrarmos um padrão de mudança, de acordo com as características de personalidade de cada paciente.

Método

Participantes

As participantes deste estudo foram duas mulheres que realizaram uma Psicoterapia, de 2 anos, com frequência de uma vez por semana. A primeira paciente, “Raquel”, tem 58 anos, e abandonou a terapia aos 18 meses. A segunda paciente, “Vanessa”, 36 anos, ainda estava em terapia aos 24 meses do seu processo terapêutico.

Procedimento

A primeira etapa desta investigação foi a fase de treino do instrumento, *Change After Psychotherapy Scales* (CHAP), de forma a proceder à correcta identificação dos incidentes de mudança. Realizou-se numa primeira fase a leitura das notas de sessões, organizadas segundo blocos de notas originais, em seis períodos de 6 a 8 meses contendo cerca de 1/6 da totalidade das sessões de uma Psicanálise de 3 anos e 8 meses, utilizadas como dados na tese de mestrado, *Avaliação de Mudança em Psicanálise*, (Sá & Pires , 2008).

Após o estudo da escala, utilizou-se uma tabela de números aleatórios, para recolher aleatoriamente $\frac{1}{4}$ das notas de sessões, iniciando-se a identificação dos incidentes de mudança, tendo sido partilhadas as avaliações com o segundo autor do estudo (Prof.Doutor António Pazo Pires). Após este treino, fez-se o levantamento dos incidentes de mudança de cada um dos domínios da escala (Mudança nos Sintomas; Capacidade Adaptativa; Conflitos Básicos; Insight; e Factores Extra-Terapêuticos). A importância dada à não utilização do esquema cronológico das notas de sessões pretendia que a identificação dos incidentes fosse o mais precisa possível sem ter em conta o período das mesmas.

Após a fase de treino do instrumento, seguiu-se a audição das sessões de psicoterapia. Foram analisadas um total de 33 sessões em formato áudio, 14 da paciente Raquel e 19 da paciente Vanessa. Em média cada sessão tinha 50 minutos. Antes da cotação as sessões foram identificadas com um número de forma aleatória. O avaliador durante a cotação desconhecia o período da

terapia a que a sessão pertencia. Iniciou-se a audição das sessões procedendo-se à cotação dos incidentes de mudança em cada sessões. No final desta etapa foram confirmadas a identificação dos incidentes de mudança das duas pacientes e suas classificações, bem como o registo dos excertos dos incidentes de mudança e os minutos a que estes surgiram. A última fase do procedimento consistiu na avaliação da quantidade de mudança para a totalidade dos incidentes de mudança, das duas pacientes.

O *SWAP-200* foi aplicado por uma avaliadora externa (Carolina Malheiro), que já tinha treinado o instrumento.

O *SWAP-200* foi aplicado a cada seis meses, início, 6, 12, 18 e 24 meses. Para cada um dos momentos de avaliação foram analisadas quatro sessões, à excepção de um dos momentos onde apenas constavam duas sessões (1ª paciente).

Instrumento

Como Instrumento utilizado no presente trabalho recorreu-se à tradução efectuada por Sá & Pires (2008) da escala *Change After Psychotherapy Scales (CHAP)* elaborada por Rolf Sandell em 1987. O objectivo do uso da escala é o de avaliar as mudanças que ocorrem durante ou após uma Psicoterapia, o que poderá ser comparado com o estado inicial do paciente. A Mudança contextua-se em cinco variáveis: a variável *Insight (I)* está relacionada com “*ter a capacidade de falar dos seus problemas e dificuldades com maior distância emocional e humor, o paciente é capaz de falar e mostrar sentimentos a que não tinha acesso anteriormente, encontra-se mais tolerante e compreensiva, falando dos seus problemas*”; *Conflitos Básicos (CB)* “*a paciente depara-se mais flexível e aberta nas suas atitudes e hábitos, está mais tolerante em relação aos outros, tem mais empatia para com os outros, é capaz de ver as situações do ponto de vista dos outros*”; *Capacidade Adaptativa (CA)* consiste na “*aptidão da paciente em não evitar nem fugir das situações críticas, não ficar ansiosa durante ou antes das situações críticas, o acto de descrever situações concretas em que actuou de forma mais adequada do que antes*”; *Sintomas (S)* tomemos como o exemplo o facto da paciente já “*não se sentir preocupada com os seus sintomas, não falar espontaneamente dos seus sintomas, considerar os sintomas pouco importantes ou até mesmo o acto de revelar não merecer ser mencionado*”; no que concerne aos *Factores Extra-terapêuticos (FE)* tem que ver com o facto em que “*a paciente mudou devido a alguma relação considerada como terapia, ou deparou-se com adversidades e crises de qualquer outro tipo*”. No *Insight (I)*, *Conflitos Básicos (CB)* e *Capacidade Adaptativa (CA)*, *Sintomas*

(S), e Factores Extra-terapêuticos (FE) a Mudança é estimada numa escala de (0 a 1) onde 0 equivale a “nenhuma e/ou mudança não óbvia”; (0,5) corresponde a “alguma e/ou menos óbvia mudança” e (1) “condiz a grande e/ou óbvia mudança”. Os Factores Extra-terapêuticos poderão, efectivamente, cooperar na mudança, a qual é estimada à posteriori, numa escala em que para o valor (0) - “a mudança não é de forma alguma extra-terapêutica”; para a estimação (0,5) - “a mudança pode ser igualmente terapêutica e extra-terapêutica” e para a avaliação (1) - “a mudança pode ser inteiramente extra-terapêutica”.

Para a análise das características/traços de personalidade dos três pacientes utilizámos o SWAP- 200 – Sheldler - Westen Assessment Procedure. É um instrumento utilizado no diagnóstico da psicopatologia da personalidade. Segundo Sheldler & Westen, é uma ferramenta de avaliação da personalidade desenhada para captar toda a riqueza e complexidade das descrições clínicas da personalidade oferecendo, dados fiáveis e quantificáveis. Este é uma implementação do método *Q-sort* de avaliação da personalidade, constituído por um conjunto de 200 frases descritivas do funcionamento psicológico de um sujeito. Aquando da aplicação do teste, o avaliador tem de encaixar as frases em 8 categorias, sendo que, o grau a que cada frase se aplica deve corresponder ao sujeito que está a ser descrito. No final da cotação dos itens deve ter-se os números exactos para cada categoria. Para interpretar os dados temos de ter em conta que: os resultados acima dos 60 pontos marcam um diagnóstico para a respectiva perturbação e, acima dos 55 marca um traço ou padrão significativo da respectiva característica. O intuito de muitas das frases do SWAP-200 é a possibilidade de descrever os processos psicológicos subtis. Para interpretá-las são necessárias inferências clínicas que vão para além das acções e palavras do paciente. O SWAP-200, não nos restringir aos sintomas observáveis, mas permite a medida das dinâmicas de personalidade subjacentes a estes mesmos sintomas. Está-se interessado em obter a descrição que reflecta 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). A abordagem deste instrumento é inovadora, pois por um lado, nomotética, ou seja, tem como objectivo estudar o que os indivíduos têm em comum, definindo leis que regem o funcionamento da personalidade. Permite identificar traços ou tipos de personalidades e contribuir para a elaboração de uma estrutura da personalidade, assim como suscitar leis gerais da conduta. E por outro, ideográfica, na qual analisa o indivíduo na sua globalidade e unicidade, tendo em conta todos os componentes que entram em interacção e privilegiando os estudos de caso numa perspectiva dinâmica (Westen, 1996).

Resultados

Avaliação da quantidade de mudança através do CHAP

Quantidade total de incidentes por variável da 1ª Paciente

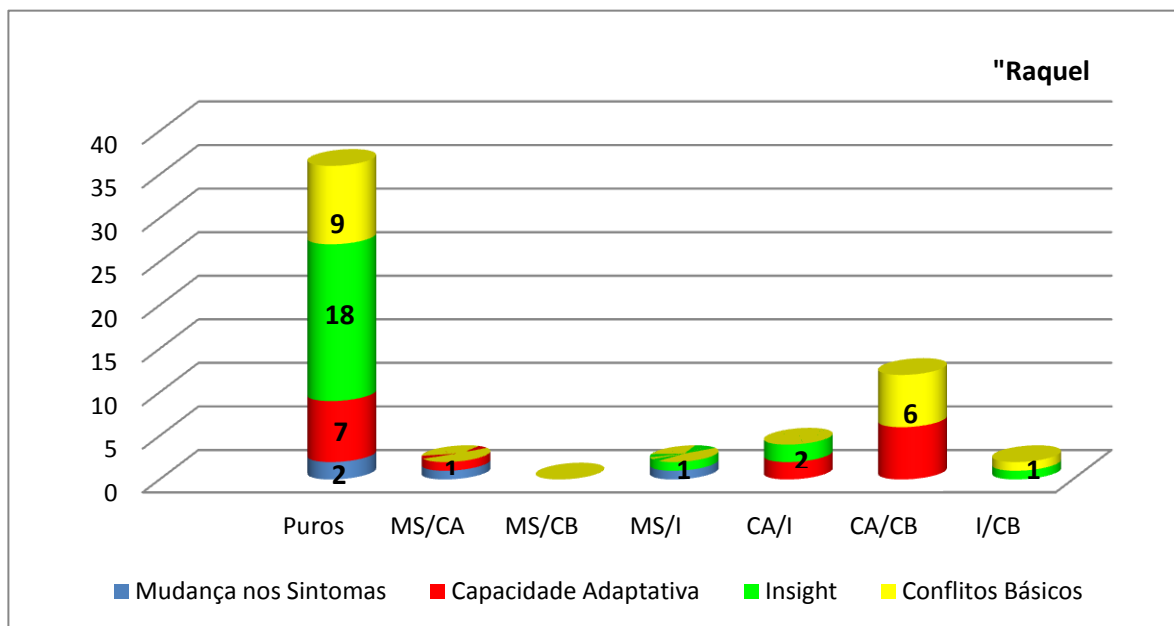


Figura 1. Quantidade total de incidentes por variável (1ª Paciente)

Os dados da figura 1 revelam uma distribuição variada do número total de incidentes de mudança ao longo dos 18 meses de psicoterapia da primeira paciente, sendo que a variável Insight (I) apresentou um total de 18 incidentes “puros” e 22 totais, em comparação com a variável Conflitos Básicos (CB) que apresentou um número total de 9 incidentes “puros” e 16 totais. A Capacidade Adaptativa (CA) um total de 7 incidentes “puros” e igualmente um total de 16, por último, a Mudança nos Sintomas (MS) apresentando um total de 2 incidentes “puros” e 4 na sua totalidade.

Nos incidentes de mudança “mistos”, ou seja, avaliados em mais do que uma variável de mudança, as combinações foram encontradas em todas as variáveis excluindo a combinação, Mudança nos Sintomas/Conflitos Básicos (MS/ CB). De acordo com a combinação Mudança nos Sintomas/Capacidade Adaptativa (MS/CA), obteve-se um total de 1 incidente, bem como nas combinações Mudança nos Sintomas/Insight (MS/I) e Insight/Conflitos Básicos (I/CB). Na Capacidade Adaptativa/Insight (CA/I), um total de 2 incidentes de mudança, sendo a combinação com maior número de incidentes “mistos” (6) a Capacidade Adaptativa/Insight

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

Quantidade total de incidentes por variável da 2ª Paciente

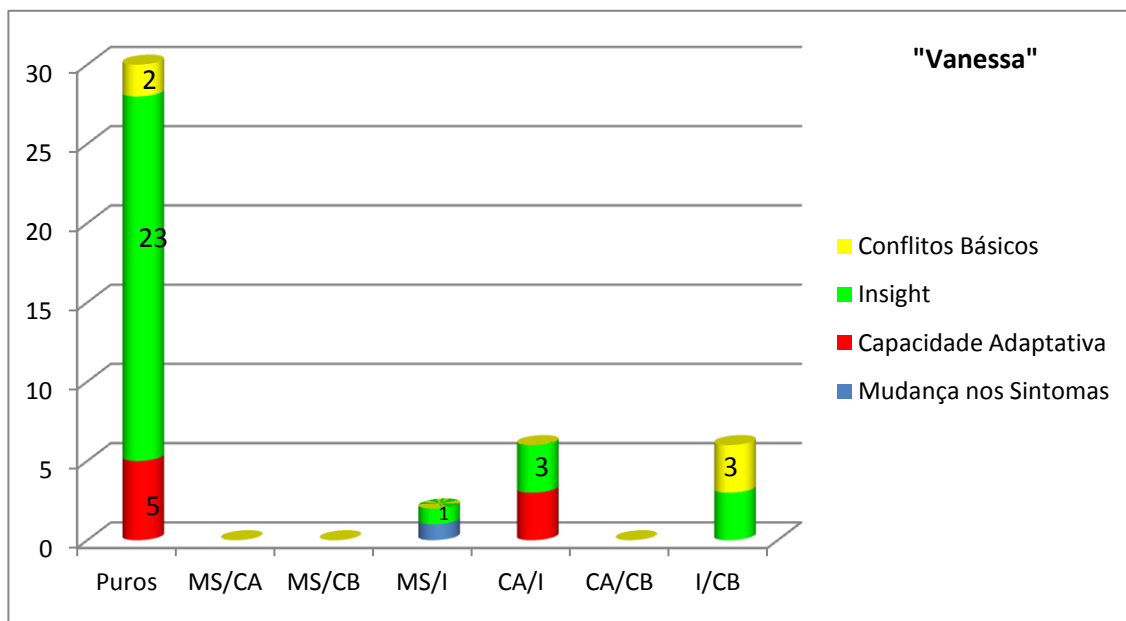


Figura 2. Quantidade total de incidentes por variável (1ª Paciente).

Os dados da figura 2 apontam para uma distribuição não homogênea do número total de incidentes de mudança ao longo dos 24 meses de psicoterapia da segunda paciente (“Vanessa”). A variável de mudança que apresenta o número mais elevado de incidentes de mudança, é o Insight (I), um total de 23 incidentes “puros” dos 30 totais (“puros” e “mistos”), em comparação com a variável Capacidade Adaptativa (CA) com 5 incidentes “puros” e 8 totais; a variável Conflitos Básicos (CB) com 2 incidentes “puros” e 6 totais e por último, a variável Mudança nos Sintomas (MS) que apresenta um total de 1 incidente de mudança “misto”, sendo o único que apareceu ao longo das sessões.

No que se refere aos incidentes de mudança “mistos”, as combinações não foram encontradas em todas as variáveis, incluindo Mudanças nos Sintomas/Capacidade Adaptativa (MS/CA); Mudança nos Sintomas/Conflitos Básicos (MS/CB) e Capacidade Adaptativa/Conflitos Básicos (CA/CB). Os incidentes de mudança “mistos” foram então encontrados nas combinações Mudança nos Sintomas/Insight (MS/I), apresentando um total de 1 incidente; na combinação Capacidade Adaptativa/Insight (CA/I) e Insight/Conflitos Básicos

(I/CB) um total de 3 incidentes em cada uma das combinações. No caso da segunda paciente também não foram encontrados incidentes de mudança na variável Factores Extra-Terapêuticos (FE), não sendo incluída na apresentação dos resultados.

Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo da 1ª Paciente

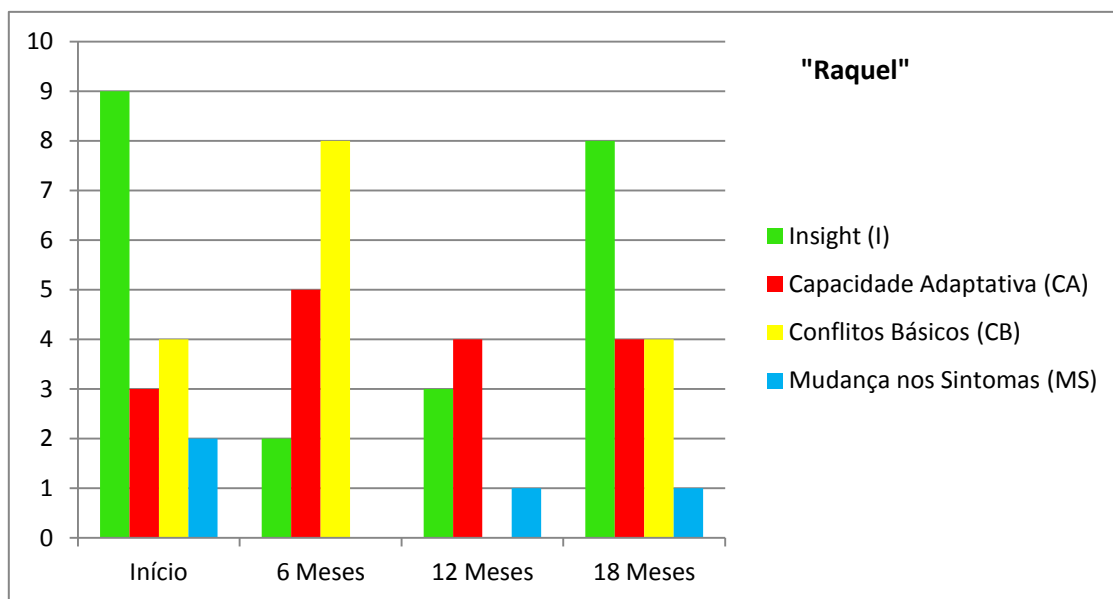


Figura 3. Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo (1ª Paciente).

Considerando a quantidade de incidentes ao longo dos 18 meses de psicoterapia da primeira paciente, representa-se na figura 3, com base nas frequências absolutas em períodos certos de tempo, a distribuição da quantidade total de incidentes de mudança, sendo os números apresentados para o número de incidentes, tanto “puros”, como “mistos”. No caso da primeira paciente, é importante referir que aos 12 meses apenas foram contabilizadas 2 sessões, contrastando com os outros períodos de tempo em que são contabilizadas 4 em cada momento (Início; 6 meses e 18 meses).

No período inicial da terapia, verifica-se uma maior quantidade de incidentes para a variável Insight (9) e Conflitos Básicos (4), com valor inferior nas variáveis Mudança de Sintomas (2) e Capacidade Adaptativa (3). No período dos 6 meses, a variável Insight tem um decréscimo para 2 incidentes, havendo uma subida no valores de incidentes para as variáveis Capacidade Adaptativa (5) e Conflitos Básicos (8), destacando-se das demais. Nos 6 meses, a variável Mudança nos Sintomas (MS), não apresenta nenhum incidente. Nos 12 meses, a variável Conflitos Básicos (CB) não apresenta incidentes de mudança e as restantes variáveis

mantêm-se sem grandes oscilações, havendo um ligeiro aumento no número de incidentes da variável Insight (3). Nos 18 meses, final da psicoterapia, a variável Insight destaca-se das outras variáveis apresentando 8 incidentes de mudança, sobressaindo da variável Mudança nos Sintomas (MS), as variáveis Conflitos Básicos (CB) e Capacidade Adaptativa (CA) com 4 incidentes de mudança cada uma.

Pode-se verificar que do início da psicoterapia, ao final dos 18 meses, as variáveis que se destacaram, tendo em linha de conta o maior número de incidentes de mudança, foram as variáveis Insight (I), Conflitos Básicos (CB) e Capacidade Adaptativa (CA), sendo que a variável Capacidade Adaptativa (CA) foi a que se manteve mais constante ao longo do processo terapêutico.

Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo da 2ª Paciente.

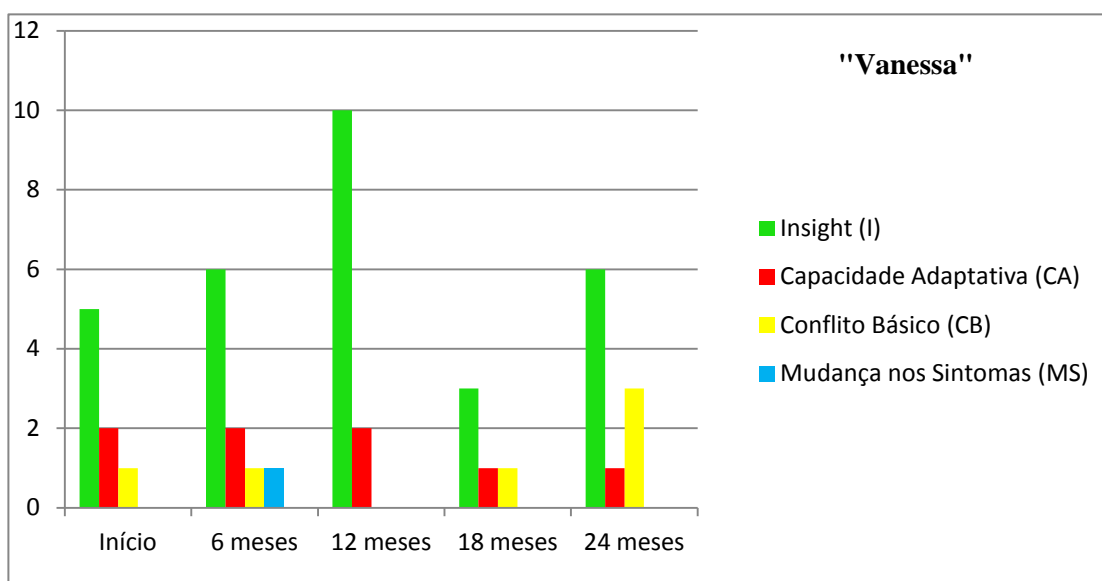


Figura 4- Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo da 2ª Paciente.

Na quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo dos 24 meses de psicoterapia para a 2ª Paciente, representado na figura 4 pelas frequências absolutas, pode-se observar que a variável Insight (I) apresenta uma maior quantidade de incidentes ao longo do tempo da psicoterapia, havendo um aumento nos 12 meses (10) e estabilizando no final do período dos 24 meses. A variável Capacidade Adaptativa (CA) apresenta desde início incidentes de mudança, contudo denota-se um decréscimo após os 12 meses. No início da psicoterapia, a 2ª paciente já apresentava alguma mudança nos Conflitos Básicos (CB),

embora com poucos incidentes até o seu aumento no final do processo terapêutico, tendo a variável aumentando nos 24 meses. Nos 12 meses, não foram encontrados incidentes de mudança nesta variável.

A variável Mudança nos Sintomas (MS), é aquela que apresenta menor mudança ao longo do tempo, tendo apenas surgido 1 incidente de mudança aos 6 meses de psicoterapia.

Avaliação do grau de mudança através do CHAP

Evolução do grau de mudança das variáveis ao longo do tempo da 1ª Paciente.

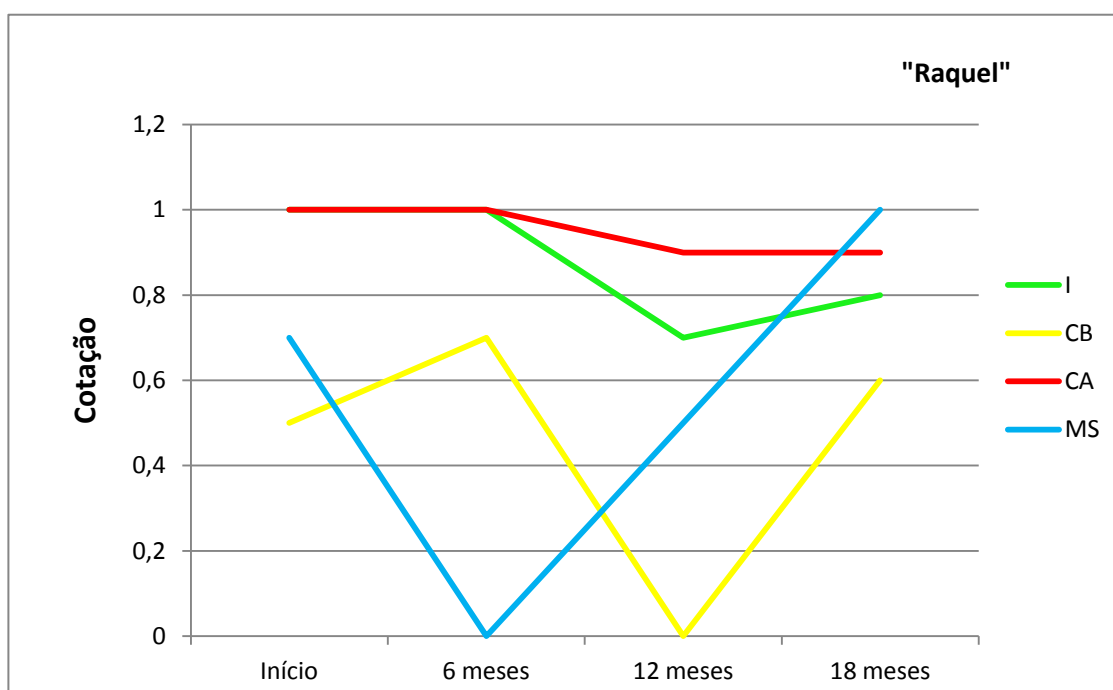


Figura 5- Evolução do grau de mudança das variáveis ao longo do tempo da 1ª Paciente.

Respeitante à evolução do grau de mudança nas diferentes variáveis da 1ª paciente, representadas na figura 5, realizaram-se as médias quantitativas das avaliações de cada período de 6 meses, para cada variável.

Em análise da figura 5, verifica-se que as variáveis de mudança apresentam desde o início um grau de mudança (CB- 0,5; MS- 0,7; CA- 1; I- 1).

A variável Capacidade Adaptativa (CA) foi a que apresentou valores mais elevados de mudança. Desde o início da terapia que a variável se manteve constante, tendo apenas ocorrido um pequeno decréscimo nos 12 e 18 meses.

O Insight (I) apresentou um comportamento semelhante, sendo que nos 12 meses de terapia sofreu uma descida um pouco mais elevada que a Capacidade adaptativa (CA). Tendo em conta os Conflitos Básicos (CB), este sofreu várias oscilações ao longo do tempo, havendo um ligeiro aumento do início até aos 6 meses da terapia e um decréscimo acentuado nos 12 meses, não sendo registada qualquer mudança. Nos 18 meses, dá-se um aumento da variável, voltando a apresentar um elevado número de mudanças. A variável Mudança nos Sintomas (MS) aparece também como uma variável que oscilou durante os 18 meses, desde o início apresentou mudanças, verificando-se a inexistência de incidentes nos 6 meses, evoluindo até ao final do processo terapêutico.

Na análise da relação entre as variáveis verifica-se uma evolução na Mudança dos Sintomas (MS) e Conflitos Básicos (CB), ainda que ambas não tenham apresentado mudanças no período de tempo específico (CB- 12 meses; MS- 6 meses), evoluíram ao longo do tempo. Quanto à variável Mudança nos Sintomas (MS) esta aumentou e a Conflitos Básicos (CB) diminuiu na sua mudança, parecendo então evoluir de forma oposta. Na relação entre a variável Insight (I) e Capacidade Adaptativa (CA), estas tiveram uma evolução contínua, foram apresentando mudanças constantes ao longo do tempo, tendo apresentando um maior grau de mudança.

Evolução do grau de mudança das variáveis ao longo do tempo da 2ª Paciente.

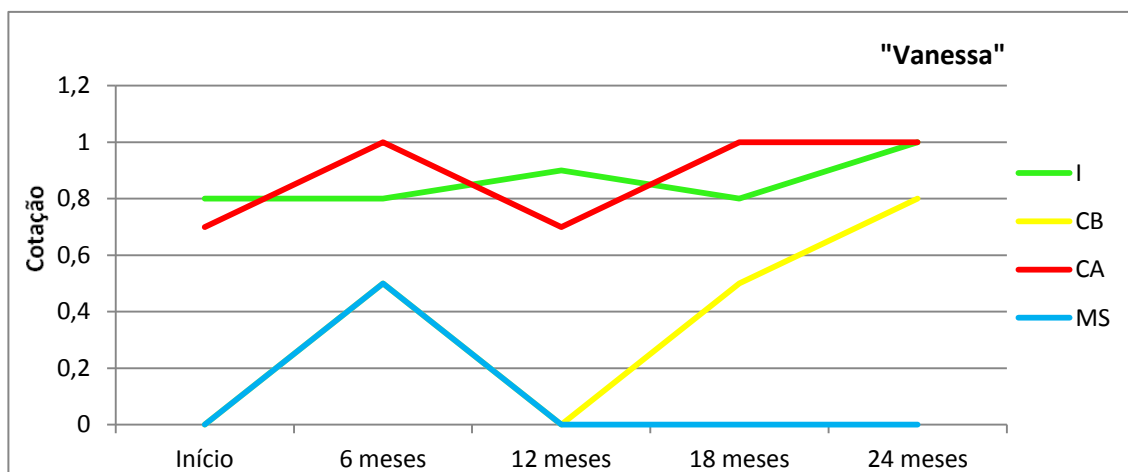


Figura 6- Evolução do grau de mudança das variáveis ao longo do tempo da 2ª Paciente.

Na evolução do grau de mudança nas variáveis de mudança da 2ª paciente, representado na figura 6, podemos ver pelas médias apresentadas que se verificaram mudanças em todas elas.

Em análise da figura, vendo a distribuição do grau de mudança da variável Mudança nos Sintomas (MS) entende-se que das quatro variáveis foi a que obteve um menor grau de mudança, sendo nos 6 meses que apresenta o único momento de evolução. A variável Conflitos Básicos (CB) no início até aos 12 meses da terapia acompanha a variável Mudança nos Sintomas (MS) e enquanto esta não apresenta qualquer mudança, os Conflitos Básicos (CB) evoluem até aos 24 meses.

O Insight (I) apresenta-se um grau de mudança até ao final dos 24 meses, sofrendo uma pequena oscilação aos 18 meses.

A Capacidade Adaptativa (CA) demonstrou uma evolução idêntica à do Insight (I), estabilizando-se a partir dos 18 meses.

Na relação entre as variáveis de mudança, a variável Insight (I) e Capacidade Adaptativa, apresentam uma evolução similar, encontrando-se no final do período da terapia, sendo que as restantes variáveis (Mudanças nos Sintomas e Conflitos Básicos têm uma evolução quase contrária às restantes.

Importante referir que a variável Factores Extra Terapêuticos, não é representada ao longo das figuras, pois não foi encontrado nenhum incidente de mudança para esta variável.

Resumidamente, no caso da 1ª paciente há uma uniformidade na distribuição das variáveis de mudança. A Capacidade Adaptativa (CA) demonstra-se mais constante; O Insight (I), apresenta dois momentos de maior mudança (Início e 18 meses); O Conflito Básico (CB) uma maior mudança constata-se aos 6 meses e sem incidentes aos 12 meses; As Mudanças nos Sintomas (MS) mudanças mais significativas no início, sem mudança aos 6 meses e nos 12 e 18 meses volta apresentar mudanças.

No caso da 2ª paciente, há uma maior discrepância na distribuição das variáveis, a variável que se destaca ao longo da Psicoterapia é o Insight (I); A Mudança nos Sintomas (MS) apresenta mudanças apenas aos 6 meses; Os Conflitos Básicos (CB) apresentam mudanças ao longo do tempo, sendo que aos 12 meses não assumem mudanças, voltando aos 24 meses a apresentar mudanças significativas.

Mudanças ao nível da Personalidade através do Swap-200

O SWAP-200 Shelder- Westen Assessment Procedure, fornece para base de análise quadros de análise distintos: *Personality Disorders T-scores* (classificação do paciente nas categorias de diagnóstico de Perturbação da Personalidade do DSM-IV) ; *Q-factor T-scores* (quantificação e avaliação da pontuação das frases mais características em cada patologia); e *Factor T-score* (pontuações para doze fatores de personalidade (dimensões traço) identificadas através da análise fatorial dos 200 itens do *SWAP-200*). Em cada um dos parâmetros de análise, verifica-se uma categoria relativa aos itens mais saudáveis e de melhor funcionamento e adaptabilidade do paciente (*High-Fx* e *Psychological Health*).

Quanto às pontuações referentes às perturbações da personalidade (*PD T-scores*) estas são transformadas em T-scores, sendo a média 50 e o desvio padrão 10. O valor de referência é 50, quanto mais elevado é o T-score acima de 50, maior é a correspondência entre o paciente e o protótipo de diagnóstico. Assim, um T-score de 60 significa que a pontuação na perturbação da personalidade do paciente está um desvio padrão acima da média; um T-score de 70 significa que está dois desvio padrão acima da média, e assim sucessivamente. Nos estudos de validação do *SWAP-200* constatou-se que um T-score acima de 60 é o ponto correcto a partir do qual se pode fazer um diagnóstico da categoria relativa à perturbação da personalidade, usando as atuais categorias do eixo II (Shedler & Westen, 1999).

1ª Paciente- “Raquel”

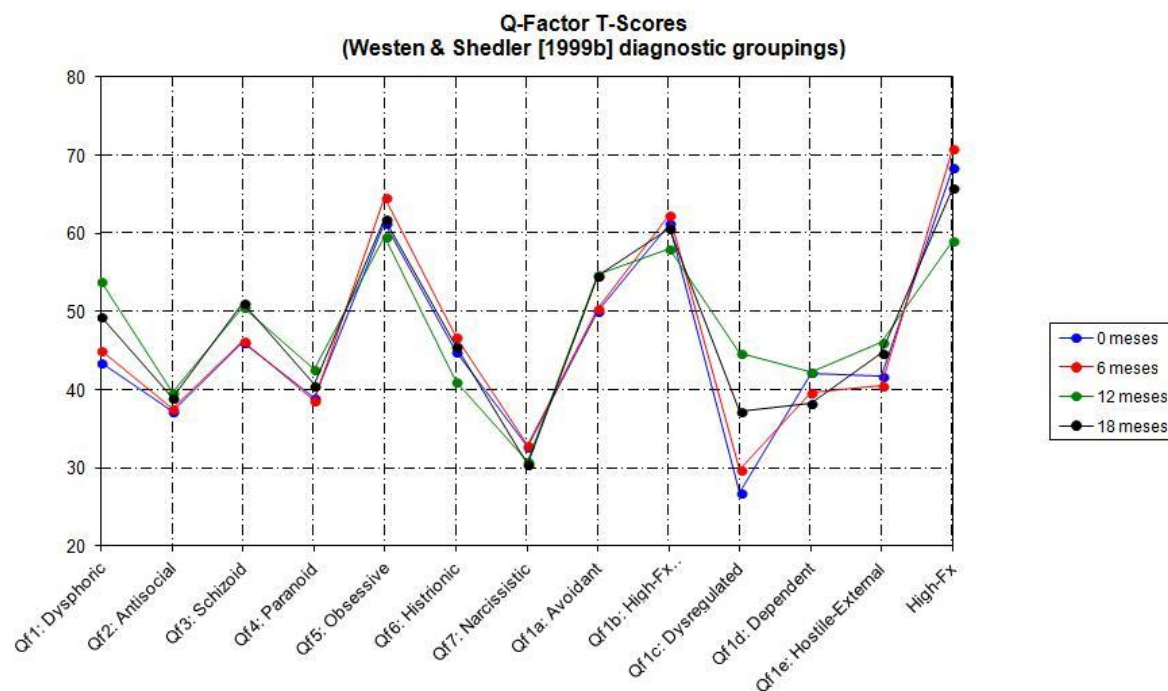


Figura 7- Q-factor T-scores (Quantificação e avaliação da pontuação das frases mais características de cada patologia da paciente “Raquel”)

No que concerne à figura 7, o gráfico é dividido em 7 categorias: Disfórica, Anti-social, Esquizóide, Paranóide, Obsessiva, Histrionica e Narcisista. Sendo que a categoria Disfórica divide-se em cinco subfactores: Evitante, Funcionamento Adequado Depressivo, Desregulado, Dependente, e Hostil-Externo.

Podemos observar que no início da psicoterapia, as categorias que apresentam valores mais significativos, para além do *High Fx* (68,4), são a Obsessiva e o Funcionamento Adequado Depressivo, ambas com 61,3.

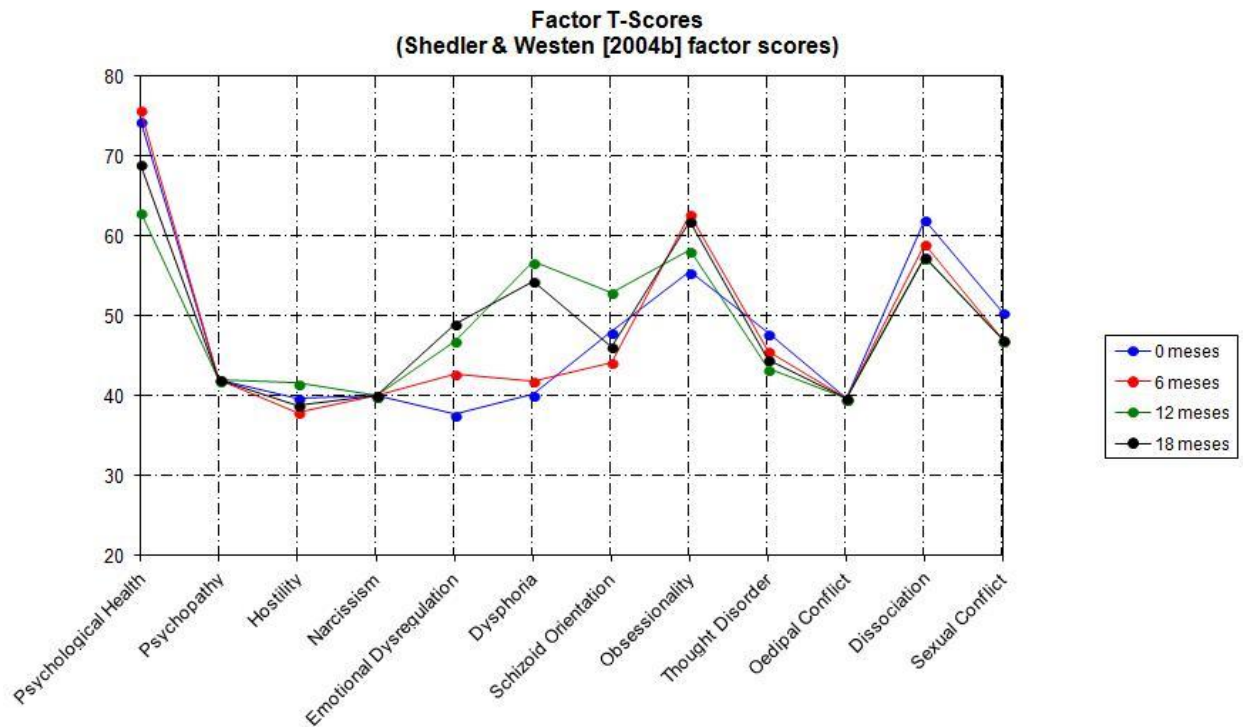


Figura 8- Factor T-scores (Pontuações para doze factores de personalidade (dimensões traço “Raquel”)

Na figura 8, o gráfico é dividido em doze parâmetros específicos do funcionamento psicológico: 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).

São apresentados resultados parecidos ao do gráfico da figura 7. Assim, na fase inicial da psicoterapia as categorias onde se verificam os valores mais elevados são Saúde Psicológica (74,5), Dissociação (62,1) e Obsessiva (55,6).

Podemos então observar as principais características da personalidade da 1ª paciente.

2ª Paciente- “Vanessa”

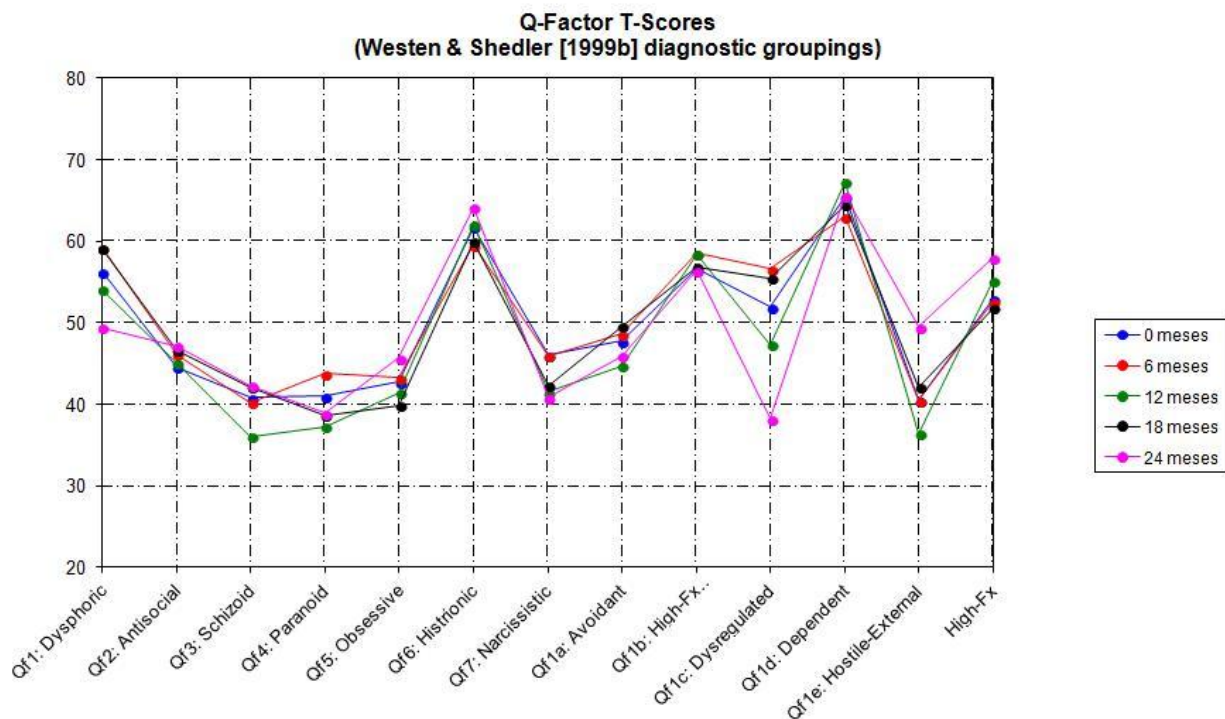


Figura 9- Q-factor T-scores “Vanessa”

Na figura 9 podemos observar que no início da psicoterapia a 2ª paciente apresenta os valores mais elevados nas categorias, Dependente (T=59,6), Borderline (T=57,8) e Histrionica (T=57,3), ainda que não superiores a 60.

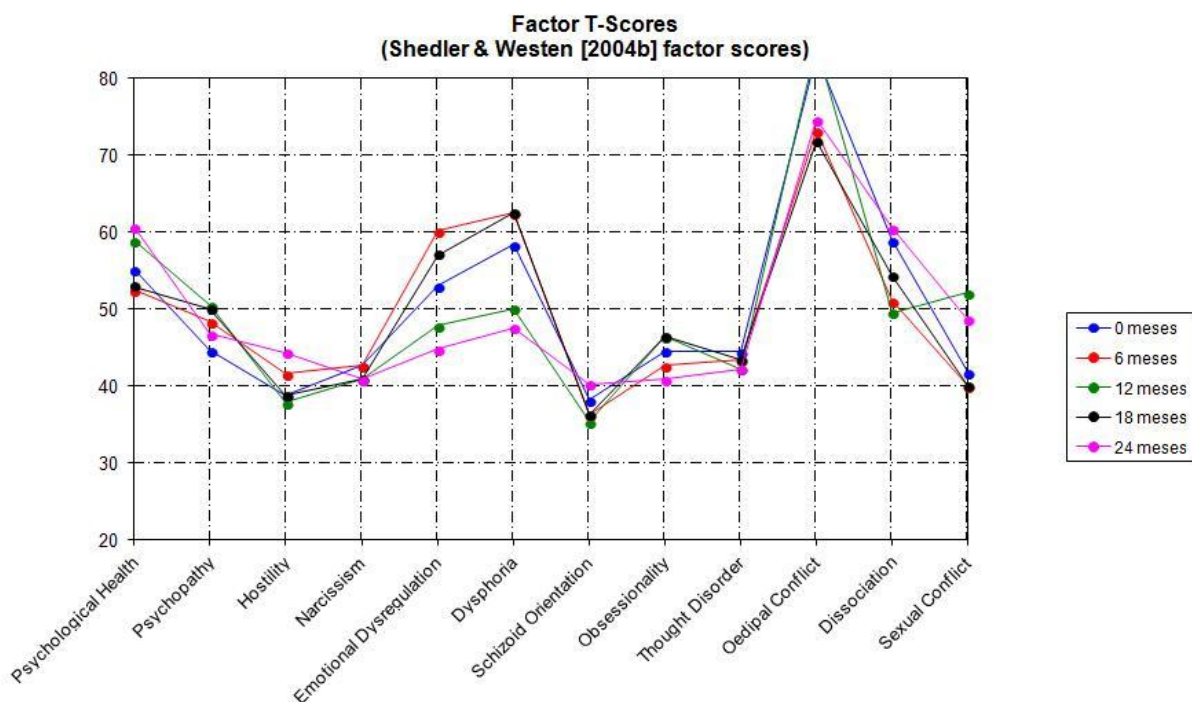


Figura 10- Factor T-scores “Vanessa”

Na figura 10 podemos reparar que os valores mais altos (em todos os momentos avaliados) dizem respeito à categoria Conflito Edipiano.

Resumidamente, os resultados avaliados pelo SWAP referem que a 1ª paciente apresenta traços obsessivos-compulsivos, estes traços, não muito notórios no início da psicoterapia, mantiveram-se relativamente estáveis ao longo do tratamento. Salienta-se o facto de aos 12 meses surgir um valor elevado na categoria Depressiva.

No caso da 2ª paciente, verificou-se que no início evidenciava valores mais elevados para as categorias de personalidade, Dependente, Borderline e Histriónica. Estas categorias mantiveram-se com valores relativamente estáveis ao longo de toda a psicoterapia, tendo-se ainda constatado o surgimento de valores elevados para a categoria Depressiva ao 6º mês. De registar ainda que a categoria Borderline ultrapassou ligeiramente o valor 60 aos 6 meses. No final do tratamento, constatou-se apenas a presença de valores elevados para as categorias Dependente e Histriónica, com valores ligeiramente inferiores aos iniciais.

Discussão

O objectivo desta investigação foi perceber o padrão de mudanças pessoais e intrapsíquicas ao longo do tempo de uma psicoterapia, tendo em conta determinadas variáveis de mudança e como estas evoluem e se alteram, admitindo que esta variação possa ser diferente em pacientes com personalidades distintas.

Neste estudo verificou-se que a distribuição do número de incidentes de mudança foi distinta nos casos apresentados. A ocorrência de mudanças ao longo de todas as variáveis, desde o início da Psicoterapia, sem uma sequência cronológica no aparecimento de incidentes de mudanças, vão contrapor o *Modelo de Dosagem*. Na medida em que os autores propuseram que era necessário uma certa “dosagem” de sessões de terapia para puderem ocorrer mudanças, segundo um padrão, um *dose-effect*, o que não se verifica neste estudo (Draper et.al. 2000). Parece que a mudança está sempre a ocorrer ao longo da terapia mesmo que a maioria dos instrumentos só identifiquem mudança em períodos mais longos de tempo.

Nos dois casos apresentados (1ª paciente- “Raquel” e 2ª paciente- “Vanessa”), relativamente aos resultados da CHAP, pudemos observar que desde o início da terapia, estas apresentaram mudanças ao nível do Insight (I), contudo, mais expressivas na 2ª paciente. Neste sentido parece contradizer a literatura, segundo Gedo e Shaffer (1989, in Waldron, 1997) a capacidade de Insight (I) alcança-se ao fim de um maior número de sessões.

As mudanças ao nível da Capacidade Adaptativa (CA), acompanharam nos dois casos a variável Insight (I). Todavia, as mudanças na Capacidade Adaptativa (CA), foram mais reveladoras no caso da 1ª paciente, com mudanças contínuas ao longo do tempo, podendo significar um período de grande trabalho analítico, que segundo Blum (1979), períodos de grande trabalho analítico conduzem à resolução de conflitos inconscientes, à Mudança Adaptativa.

Os Conflitos Básicos (CB) exibem mudanças significativas ao longo do tempo, nos dois casos. No entanto, no caso da 1ª paciente (“Raquel”), a variável não apresenta qualquer incidente de mudança aos 12 meses, voltando a apresentar mudanças aos 18 meses. O mesmo acontece no caso da 2ª paciente, não apresentando incidentes aos 12 meses, sendo que aos 24 meses da Psicoterapia verifica-se um aumento da variável.

As mudanças na variável Mudança nos Sintomas (MS), verificam-se no caso da 1ª paciente, ao longo dos 18 meses, com a exceção de não existir mudança aos 6 meses. Contrariamente, no caso da 2ª paciente que a mudança sintomática a só se verifica aos 6 meses, o que parece contrariar a literatura, segundo Wilczek et al. (2004) as Mudanças nos Sintomas (MS) transportam a uma modificação ao nível da adaptação, ou revelam uma alteração nos conflitos intrapsíquicos. O que no caso ela não se verifica, visto apresentar mudanças tanto ao nível da Capacidade Adaptativa (CA) e Conflitos Básicos (CB).

Relativamente às avaliações dos processos de mudança, verificou-se a existência de um padrão de mudança diferente para cada paciente. Relacionando este facto com as características de personalidade, temos como hipótese que o facto da 1ª paciente apresentar traços de personalidade Obsessivos-Compulsivos, bem como traços depressivos, tenha conseguido mudar mais rapidamente ao nível sintomático, facto este que condiz com literatura. Segundo Kopta (1994), numa psicoterapia a ansiedade, a depressão e sintomas obsessivos-compulsivos, têm mudanças mais rápidas. Relativamente aos traços depressivos de personalidade, de acordo com o estudo de Barber and Muenz’s (1996 in Barber et.al. 1997) demonstrou-se uma maior melhoria sintomática quando os pacientes deprimidos eram mais obsessivos e menos esquivos.

Pensamos também que o facto da primeira paciente não apresentar severidade nos sintomas desde o início da terapia, possa ter influenciado na melhoria dos mesmos. De acordo com Keller et al. (1992 cit in Boswell 2012) pacientes que inicialmente apresentavam sintomas depressivos severos previa-se que a probabilidade da sua recuperação era mais longa, ao contrário de pacientes com baixos níveis de severidade nos sintomas tinham a probabilidade de recuperar mais rápido no tempo.

No caso da 2ª paciente, apresentando valores elevados nas categorias de personalidade Boderline, Histriónica e Dependente e as mudanças ao nível dos sintomas não se terem praticamente revelado ao longo do processo terapêutico, pomos a hipótese que devido à severidade dos seus sintomas, bem como às características de personalidade, a mudança sintomática não se tenha apresentado tão constante. Ainda segundo Kopta (1994), perturbações de personalidade mais severas como a personalidade borderline e sintomas correspondentes respondem de forma menos rica às primeiras 52 sessões de uma psicoterapia, o que parece confirmar as hipóteses deste estudo.

Em diversos estudos realizados (Kadera, Lambert & Andrews, 1996; Kopta, Howard, Lowry, & Beutler, 1994 cit in. Draper, 2000) pacientes com diagnósticos específicos e sintomas semelhantes respondem de modo diferente ao tratamento.

Em conclusão, os resultados da presente investigação sugerem que pacientes com características de personalidade diferentes, apresentem um padrão de mudança ao longo de uma psicoterapia, distinto. Contudo serão necessários mais estudos empíricos que possam relacionar as características de personalidade e a mudança ocorrida ao longo de uma psicoterapia, para poder validar estas conclusões que de certa forma podem contribuir para uma compreensão na forma como evolui a mudança e em como as características de personalidade a podem “condicionar”.

O presente estudo apresentou algumas limitações, em relação à cotação das sessões áudio, embora a autora tenha treinado a cotação e atingido um grau de fiabilidade inter-avaliador adequado no período de treino, as cotações finais foram realizadas só por uma avaliadora. O ideal seria ter pelo menos dois avaliadores.

Algumas questões ficam também por responder, será que o facto de nos 12 meses, da psicoterapia da 1ª paciente (“Raquel”) só termos avaliado duas sessões, não modificou a evolução das variáveis? Ao nível da severidade nos sintomas, será que, apresentando a 2ª paciente elevada sintomatologia não tenha contribuído para as Mudanças nos Sintomas (MS) não terem evoluído de forma mais uniforme?

Por fim, consideramos imprescindível a continuação de estudos tanto ao nível dos processos de mudança, como sua relação com as diferentes características de personalidade, bem como outras variáveis possível de investigar ao longo de uma Psicoterapia.

Referências

- 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).
- Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J., & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(2), 133-143. doi:10.1037/h0087774
- Boswell, J. F., McAleavey, A. A., Castonguay, L. G., Hayes, J. A., & Locke, B. D. (2012). Previous mental health service utilization and change in clients' depressive symptoms. *Journal Of Counseling Psychology*, 59(3), 368-378. doi:10.1037/a0028078
- Blum, P. (1979). The curative and creative aspects of insight. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27.
- Cunha, A. (2006). Tradução do artigo: Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP). Manual and Commentary.
- Draper M, Jennings J, Barón A, Erdur O, Shankar L(2000) ***Dose-effect relationships in brief therapy based on a nationwide college counseling center sample***. In *Book Dose-effect relationships in brief therapy based on a nationwide college counseling center sample (Editor ed.^eds.), vol. 1*. The Counseling & Mental Health Center, The University of Texas at Austin, City.
- Gelso, C., Kivlighan, D., Wine, B., Jones, A. & Friedman, S. (1997). Transference, insight, and the course of time-limited therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44 (2), 209-217.
- Grenyer, B. & Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 411-416.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Mailing, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 678-685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy – efficacy, effectiveness, and patient progress. *American psychological association*, 51 (10), 1059-1064.
- Kivlighan, D., Muton, K. & Patton, M. (2000). Insight and symptom reduction on time-limited psychoanalytic counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1), 50-58.

- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (5), 1009-1016.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R. & Staats, H. (2005). The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86 (2).
- Luborsky, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (4)
- Moreno, C. M., Schalayeff, C., Acosta, C., Vernengo, P., Roussos, A. & Lerner, B. (2005). Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 199-209
- Rudolf, G., Manz, R. & Ori, C. (1999). Outcomes of Psychoanalytic Therapies. *Int Forum Psychoanal*, 8, 125-134. Blatt, S. & Auerbach, J. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- Sandell, R. (1997). *Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP): Manual and commentary*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Sandell, R. (2001). Can Psychoanalysis become empirically supported? *Int Forum Psychoanal*, 10, 184-190.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Afinando el diagnóstico de trastorno de la personalidad: integración de la ciencia y la práctica clínica. *American Journal of Psychiatry* (Ed. Esp.), 7, 575-590.
- Steenbarger, B. N. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: An integrative review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 111-119
- Waldron, S. (1997). How can we study the efficacy of psychoanalysis? *Psychoanalytic Quarterly*, 66.
- Werman, D. (1989). The idealization of structural change. *Psychoanalytic Inquiry*, 9 (1)
- Sá, V. & Pires, A P. (2008) Tradução da escala *Change After Psychotherapy Scales (CHAP)*
- Westen, D. & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American journal of psychiatry*, 156, 258-272.
- Wilczek A, Barber JP, Gustavsson JP, Asberg M, Weinryb RM (2004) *Change after long-term psychoanalytic psychotherapy*. *J Am Psychoanal Assoc.*;52(4):1163-84.

ANEXOS

Anexo A

Lista de Exemplos de Mudança nas variáveis de mudança da escala *Change After Psychotherapy Scales (CHAP)*

Mudança nos Sintomas

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

Capacidade Adaptativa

1. O paciente já não evita ou foge das situações críticas;
2. O paciente já não fica ansioso antes ou nas situações críticas;
3. O paciente descreve situações concretas onde actuou mais adequadamente que antes, por exemplo, de forma mais assertiva, flexível, não agressiva;
4. O paciente exhibe surpresa óbvia, assombro/espanto, etc. enquanto conta como actuou em situações críticas;
5. O paciente conta sobre mudanças em hábitos, modo de vida, etc. indicando que está determinado a fazer algo em relação aos seus problemas;
6. O paciente está contente e orgulhoso de si mesmo pois pode agora lidar com coisas que antes não podia (sem surgirem os sintomas);
7. O paciente diz que decidiu ver-se livre dos seus sintomas e de outros problemas;
8. O paciente fala de si mesmo, em relação aos seus problemas e sintomas, como um agente activo, aquele que dita as regras e toma as decisões;
9. O paciente atreve-se a fazer coisas agora a que não se atrevia antes;
10. O paciente é capaz de fazer coisas que não conseguia fazer antes;
11. O paciente faz uma distinção entre antes da terapia e depois da terapia, acerca da forma como costumava ser antes da terapia e é agora;
12. O paciente tem novos interesses e passatempos;
13. O paciente tem novos amigos;
14. O paciente tem agora outro emprego, quer seja por ter sido promovido ou por ter mudado de funções, ou ainda por se ter iniciado numa profissão completamente nova a que podia já ter aspirado antes;
15. O paciente começou uma nova aprendizagem;
16. O paciente conta sobre sonhos antigos que realizou ou começou a realizar;
17. O paciente pode fazer agora coisas que antes podia apenas fantasiar;
18. O paciente libertou-se de situações que eram inibitórias, limitadoras, destrutivas, por exemplo, emprego, casamento ou outras relações;
19. O paciente sente-se mais autónomo, isto é, mais independente e deliberado, não à mercê das circunstâncias. Sente-se livre para tomar as suas próprias decisões independentemente dos pedidos ou desejos do seu meio envolvente, mas não independentemente ou negligenciando as suas (deles) necessidades;

20. O paciente sente/assume a devida responsabilidade por coisas que lhe aconteceram;
21. O paciente libertou-se da compulsão de repetir erros antigos, que o colocavam nas mesmas situações problemáticas, uma e outra vez.

Insight

1. O paciente diz que se apercebe e compreende o que está por trás dos seus problemas e qual o seu significado;
2. O paciente pode dar uma explicação razoável e com significado para o que está por trás/na origem dos problemas e seu significado;
3. O paciente fala sobre, e exhibe, sentimentos a que não tinha acedido antes;
4. O paciente é mais tolerante e compreensivo ao falar dos seus problemas;
5. O paciente desenvolveu uma divisão entre um ego compreensivo e observante e um ego que experiencia, sente, fantasia, e deseja (capacidade de observar-se e compreender-se);
6. O paciente está ciente de instâncias de *acting-out* e consegue descreve-las como tal;
7. O paciente está consciente do fenómeno de transferência e compulsão de repetição e consegue descreve-los como tal;
8. O paciente consegue ver e assumir a sua cota parte de responsabilidade em conflitos interpessoais;
9. O paciente põe, razoavelmente, em causa os seus sentimentos, pensamentos, actos, isto é, já não os toma como certos sem se questionar sobre o seu significado;
10. O paciente consegue aperceber-se e falar sobre as suas defesas e resistências;
11. O paciente descobriu sintomas e hábitos sintomáticos que eram ego-sintónicos ;
12. O paciente tomou consciência e começou a tolerar aspectos de si mesmo que não tinha consciência antes, por exemplo, desejos e fantasias;
13. O paciente sente-se mais ambivalente sobre situações e outras pessoas e consegue suportá-la sem começar a actuar (*acting-out*);
14. O paciente sente-se desiludido mas considera isto uma perda e um ganho simultaneamente (ex.: deixa de idealizar/fazer luto);
15. O paciente sente-se mais curioso a seu respeito, medita e reflecte mais sobre si mesmo;
16. O paciente não tende tanto a culpar os outros pelos seus próprios problemas, dificuldades e falhas;

17. O paciente pode criticar-se a si mesmo de uma forma mais objectiva e menos acusatória;
18. O paciente pode falar sobre os seus problemas e dificuldades com maior distância emocional, ironia e humor;
19. O paciente pondera sobre os seus sonhos e tenta compreendê-los;
20. O paciente pondera sobre actos falhados e tenta compreendê-los;
21. O paciente é mais capaz de prever os seus sentimentos, reacções, acções e os dos outros;
22. O paciente procurou outra terapia mais longa orientada para o insight ou psicanálise;
23. O paciente consegue ver ganhos primários e secundários nos seus sintomas;
24. O paciente fala menos sobre os seus sintomas e mais sobre os problemas subjacentes.

Conflitos Básicos

1. O paciente sabe “do que é que tudo se trata”;
2. O paciente consegue dar uma explicação razoável e com significado para o conflito básico;
3. A confrontação com o conflito básico provoca menos ansiedade ou resistência;
4. O paciente é mais flexível e tem abertura de espírito nas suas atitudes e hábitos;
5. O paciente é mais tolerante em relação aos outros;
6. O paciente tem mais empatia com os outros;
7. O paciente consegue ver as situações e os problemas pelo ponto de vista dos outros;
8. O paciente é um melhor ouvinte;
9. O paciente não é tão rígido, estereotipado ou extremo como costumava ser;
10. O paciente abandonou rotinas vitais e rituais que costumava ter;
11. O paciente abandonou caprichos e manias;
12. O hábito do paciente de abordar sempre o mesmo tema, muitas vezes nas mesmas palavras de sempre, enfraqueceu;
13. O carácter do paciente modificou ou mudou;
14. O paciente desistiu das suas defesas caracteriais;
15. Outras pessoas acham que o paciente mudou;
16. O paciente já não é tão defensivo, desconfiado etc.;

17. O paciente já não reage como se estivesse perante o estímulo desencadeador, automaticamente, de forma reflexa;
18. O paciente já não se sente facilmente provocado, já não perde o controle com tanta facilidade;
19. O paciente já não é tão propenso e tendente a julgamentos categóricos
20. O paciente parece estar em desenvolvimento, num estado de mudança contínua, sem ser instável e imprevisível;
21. O paciente não tem medo da mudança, quer seja nele próprio ou no seu meio circundante;
22. O paciente não tem medo de correr riscos razoáveis, já não é dependente de resultados garantidos;

Factores Extra-terapêuticos (FE)

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

14. O paciente ficou curado de uma doença física;
15. O paciente envolveu-se em movimentos religiosos, políticos ou outros tipos de movimentos ideológicos;
16. O paciente apaixonou-se;
17. O paciente esteve sobre a influência de alguma autoridade catártica;
18. O paciente mudou por estar numa relação que funcionou como uma terapia (pseudo-terapia);

Anexo B

Listagem e Avaliação dos Incidentes de Mudança

1ª Paciente – “Raquel”

Nº Sessão	Incidentes de Mudança	Variáveis	Cotação
1ª Sessão	00:14:05 - “Converso, converso (...) agora digo o que sinto”	CB	0,5
	00:19:48 - “Acho que tenho de mudar”	I	1
	00:21:39- “Nunca o fiz (...) tb teve uma vida muito sacrificada”	CB	0,5
	00:40:15- “Aquilo que eu dei aos (...) foi aquilo que eu não tive”	I	1
2ª Sessão	00:43- “ Tenho-me sentido bem”	MS	0,5
	40:42- “ Acho que é uma cor com muita vida(...) e nada me faltasse”	I	1
	50:54- “Aceitá-la e aprender a viver com ela”	CA	1
	55:49- “Afinal é mentira (...) tanto para dizer”	I	1
3ª Sessão	04:59- “Fui para essa função (...) sem dúvida gosto destas aventuras”	CA	1
	06:42- “Mais uma que eu não conhecia (...) esta faceta em mim”	I	1
	28:42- “Eu agora já digo, antigamente não dizia, agora digo logo”	CB	0,5
	32:00- “Eu não tive esse pai (...) tivessem um estatuto de pais”	I	1
		CA	1

	41:43- “Eu antes não virava costas ao meu marido para ir com a minha filha” 50:30- “ Eu começo a ficar melhor, até já durmo melhor”	MS	1
4ª Sessão	00:19- “Estou-me a sentir mais confiante”	CB	0,5
	00:38- “Falar da minha juventude sem ficar (...) como sempre me acontecia”	I	1
	36:22- “Eu dizia que não mas era mentira”	I	1
	38:52- “Eu dizia que não fazia as coisas como ela, por ser como ela”	I	1
5ª Sessão	31:52- “Parece que não tenho (...) de ser feliz”	I	1
6ª Sessão	08:11- “disse ao meu marido que não podia ficar a tomar conta da minha sogra”	CA CB	1 0,5
	12:23- “Nem posso dizer que seja teimosia, vai sendo o agravamento da doença (...)”	CB	0,5
	28:46- “ Consegui não ser eu a interferir (...) que fossem eles os dois a resolver”	CA CB	1 0,5
7ª Sessão	11:13 - “Fui tratar da minha vida (...) o problema é dele”	CA	1
	23:46 - “Talvez daí eu me sentir tão bem quando tenho a responsabilidade de ir trabalhar(...)”	I	1
	24:35- “Fui ao teatro, ver o Fado (...)”	CB	1
	26:18 - “Mesmo um bocado apertada já consigo tomar uma decisão (...) nunca faria isto em outra altura”	CA CB	1 0,5

8ª Sessão	00:30 - “Já dei mais um passo em frente (...) que me estão a dar”	CA	1
		CB	0,5
	08:23 - “Não me tenho arreliado com o Ricardo”	CB	1
	35:34- “Ela também não me pôde dar muito afecto porque também nunca o recebeu (...)”	CB	1
9ª Sessão	05:46- “Talvez este luto se vá fazendo (...) que ainda não estão”	I	0,5
	15:17- “Estas coisas ajudam-me muito (...) tenho sempre um ganho a seguir”	I	1
		CA	1
	20:32- “Não posso também continuar a protegê-lo”	I	0,5
10ª Sessão	34:57- “ Raramente estamos de acordo (...)graças à ajuda que tenho aqui”	MS	0,5
		CA	1
	46:00- “A maneira que eu aprendi (...) não levar as coisas ao ponto que as pessoas querem”	CA	0,5
	54:47- “O que já está (...) amanhã é outro dia”	CA	1
11ª Sessão	11:28- “Consegui aliar-me do que se passava lá fora e entregar-me ao convívio e bem-estar”	CA	1
		CB	1
	33:21- “Sou eu sempre que tenho de dar o passo em frente e andar”	I	0,5
	42:59- “Eu tento sempre dar um passo em frente assim que ele tenta arranjar uma desculpa”	CA	0,5
12ª Sessão	24:21- “ Por um lado não ajudo, porque não o ajudo a crescer”	I	0,5
	35:21- “Vou ter uma volta na vida que ao fim ao cabo eu sempre desejei”	I	1
		CA	1
	37:16- “Talvez também para me poupar mais a	I	0,5

	mim, para não entrarmos em choque”	CB	0,5
13ª Sessão	15:15- “ Talvez isto venha tudo de trás de nunca o poder ter feito (...) nunca ter aquela casa que pudesse dizer é a minha casa”	I	1
	16:20- “Esta separação do espaço (...) está-me a custar muito”	I	1
	45:13- “Por um lado, estou a pensar que vai ser uma nova etapa da minha vida (...) nova experiência”	CB CA	0,5 1
	49:03 – “Nem tudo é o que a gente diz, a gente (...) se vou ser capaz”	I	0,5
14ª Sessão	14:16 “ Estou a ficar mais aliviada e mais convencida da realidade”	MS I	1 1
	22:47 “Tento dar a volta para não entrar em confrontos”	CB	0,5

Legenda- Variáveis: Insight (I); Capacidade Adaptativa (CA); Conflito Básico (CB);

Mudança nos Sintomas (MS)

2ª Paciente- “Vanessa”

Nº Sessão	Incidentes de Mudança	Variáveis	Cotação
1ª Sessão	13:05- “Quando eu me vou a baixo exijo muito da pessoa que está comigo (...)	I	0,5
2ª Sessão	05:42- “Secalhar eu digo que ele era o amor da minha vida (...) não sei”	I	0,5
	08: 59- “Trabalhei bem, porque sabia que no final do dia ia ter com os meus amigos e ia ficar bem (...)”	CA	0,5
3ª Sessão	40:33- “ Discuto muito, como o meu pai, agora nem tanto porque me apercebi (...)”	CA	1
	52:00?- “Quando tenho sentimentos, tenho medo de perder a pessoa (...)”	I	1
4ª Sessão	20:16- “Agora que estou a pensar nisto, é que estou a dizer (...)”	I	1
5ª Sessão	07:22- “Portei-me muito bem, fui duas vezes ao ginásio”	CA	1
	20:20- “Não vou dizer aos meus pais a quem eles podem, ou não falar (...)”	CB	0,5
	47:11- “É só para fugir (...)”	I	1
6ª Sessão	34:49- “ Preciso de me acalmar e ver as coisas de outra perspectiva, mais optimista (...)”	I	0,5
	(Sessão incompleta, termina nos 59mn)	MS	0,5

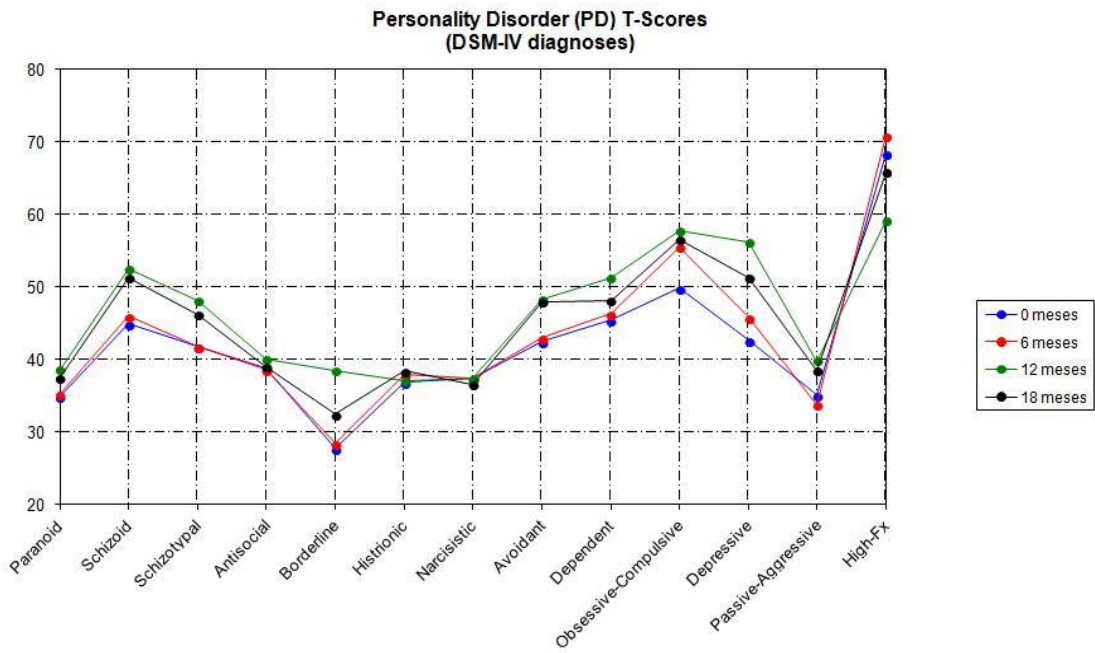
7ª Sessão	00:36- “A responsabilidade de a minha vida estar como está é minha (...)”	CA	1
	24:33- “Acho que me dou com eles pela companhia, do que me identificar com eles (...)”	I	1
	40:23- “Era o medo de ficar sozinha (...)”	I	0,5
8ª Sessão	08:20- “ O meu pai tentou-me sempre facilitar a vida e isso fez com que eu não consiga dar o 1º passo”	I	1
	50:04- “Como vou ter algo externo (...) porque só por mim não faço (...)”	I	1
9ª Sessão	20:34- “ Quando é que tu paras de comer (...) devo-me sentir culpada”	I	1
	33:52- “Não posso dizer que fui (...) secalhar é daí que vem”	I	1
	47:13- “Já que não tenho companhia, já que não tenho miminho, mimo-me com comida”	I	1
	55:22- “ao mesmo tempo que me dava conforto, punia-me”	I	0,5
10ª Sessão	46:52- “Foi o que eu senti com o (...), por mais que eu fosse (...) exactamente como o meu pai”	I	1
	54:15- “ Depois por isso é que eu me mostro muito segura que é para me defender, porque depois já sei (...)”	I	1
11ª Sessão	00:35- “A minha cunhada foi a desculpa que eu arranjei para comer como um animal”	I	1
	02:22- “Ando a evitar ir ao tango, já percebi que é por causa da (...)”	I	1
12ª Sessão	08:04- “Eu sou assim, não vale a pena contornar isso, mais vale aceitar a situação (...)”	CA	1
		I	1
	25:13- “Secalhar é isso que eu tento fazer com os homens”	I	1

	39:42- “Assim como me sinto desconfortável, ponho para trás das costas e faço o que tenho a fazer”	CA	0,5
13ª Sessão	41:12- “Por isso é que eu fiquei tanto tempo com o “D” (...)”	I	1
14ª Sessão	Sem incidentes	_____	_____

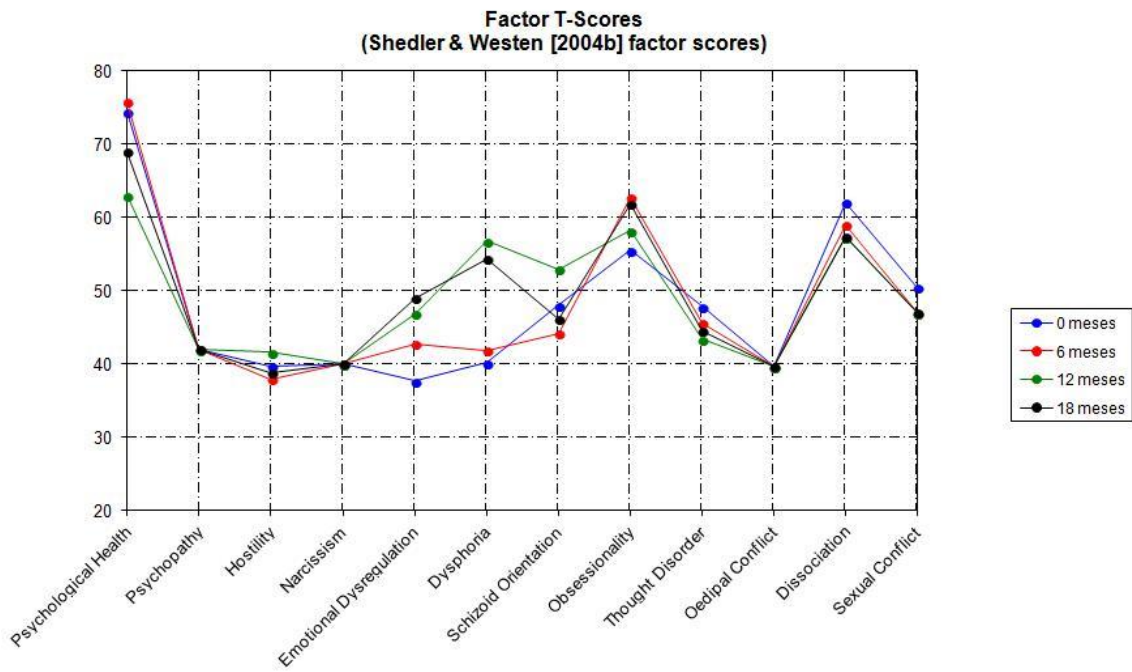
Anexo C

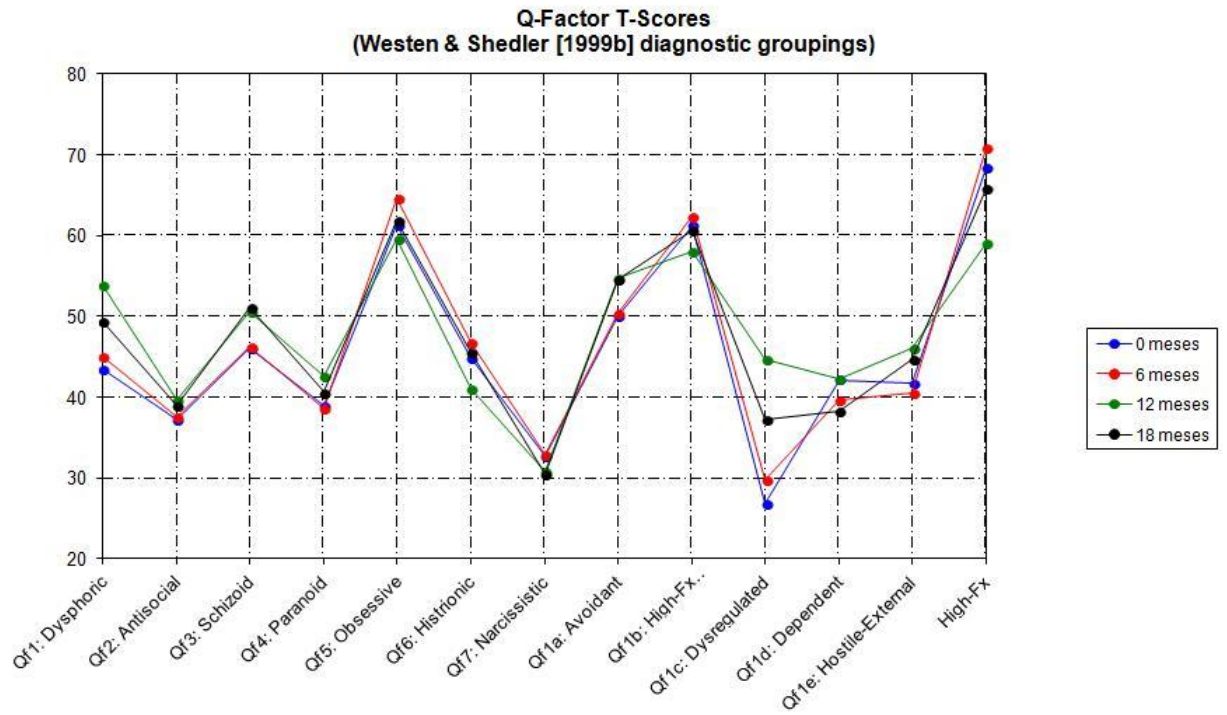
Gráficos do SWAP-200 Shelder- Westen Assessment Procedure

1ª Paciente- “Raquel”



T-scores relativos às perturbações da personalidade





Q-factor T-scores- Quantificação e avaliação da pontuação das frases mais características de cada patologia

Select case
More info

Factor T-Scores
(Shedler & Westen [2004b] factor scores)

Patients (5)	Psychological Health	Psychopathy	Hostility	Narcissism	Emotional Dysregulation	Dysphoria	Schizoid Orientation	Obsessionality	Thought Disorder	Oedipal Conflict	Dissociation	Sexual Conflict
Sample Patient	42,1	45,2	67,7	45,4	70,4	51,0	43,2	52,8	49,1	39,7	49,6	52,2
0 meses	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

Select case
More info

Personality Disorder (PD) T-Scores
(DSM-IV diagnoses)

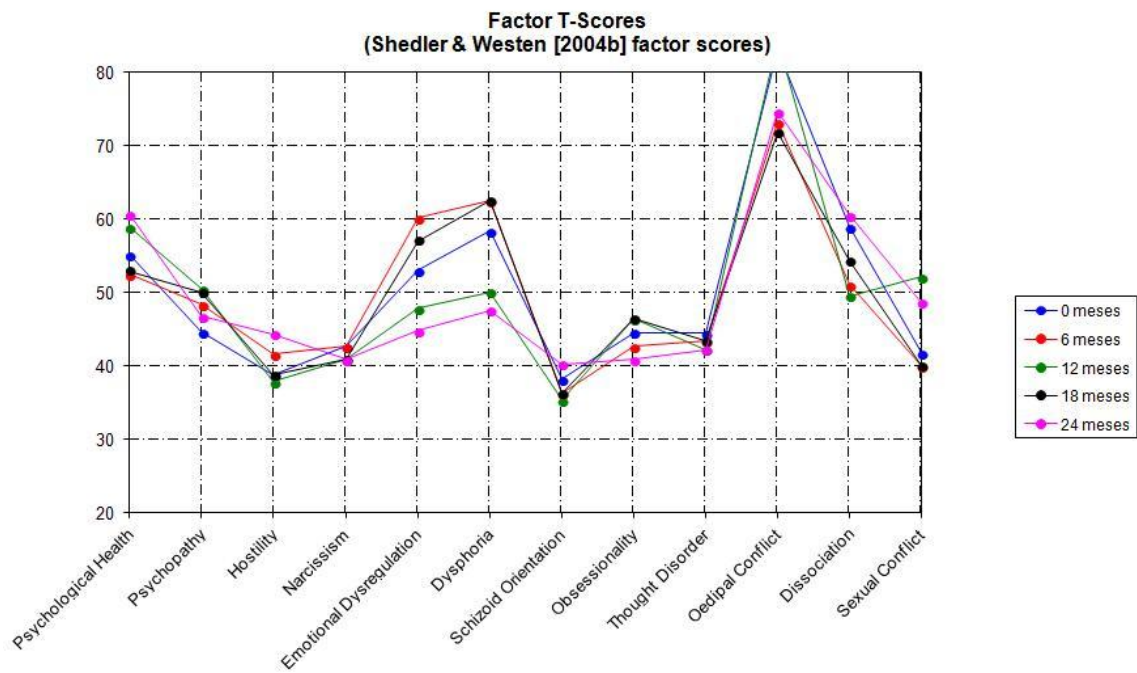
Patients (5)	Paranoid	Schizoid	Schizotypal	Antisocial	Borderline	Histrionic	Narcissistic	Avoidant	Dependent	Obsessive-Compulsive	Depressive	Passive-Aggressive	High-Fx
Sample Patient	54,1	46,6	46,7	48,0	65,9	58,5	49,6	50,2	52,8	52,7	55,4	55,0	42,9
0 meses	34,9	45,0	41,8	38,8	27,7	36,8	37,4	42,4	45,4	49,8	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

Select case
More info

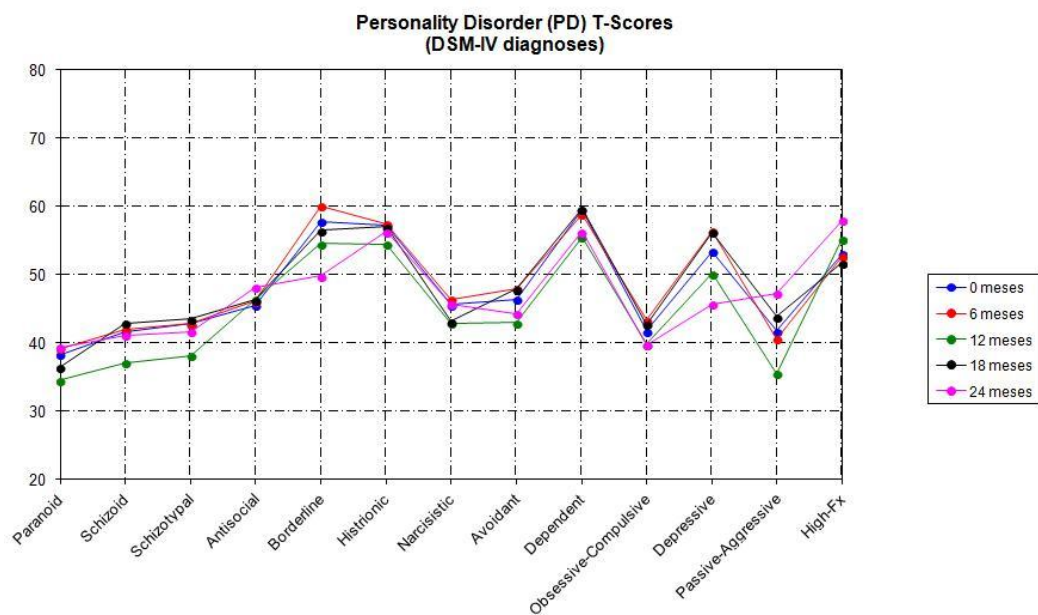
Q-Factor T-Scores
(Westen & Shedler [1999b] diagnostic groupings)

Patients (5)	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	High-Fx
Sample Patient	52,9	47,1	45,2	66,4	43,5	55,8	40,0	45,8	48,0	65,3	48,9	52,0	42,9
0 meses	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

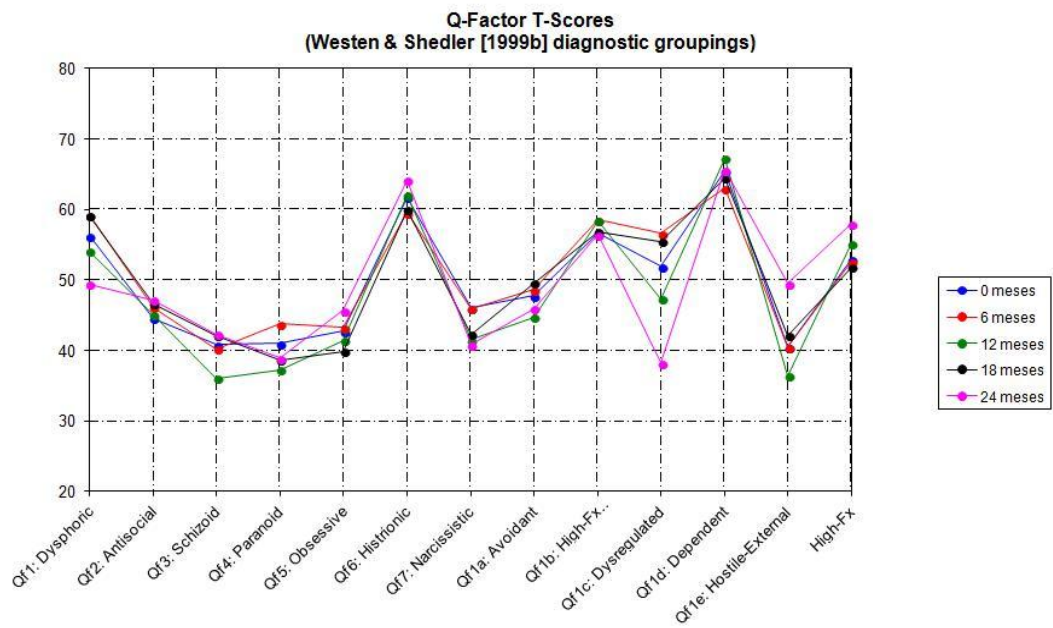
2ª Paciente- “Vanessa”



T-scores relativos às perturbações da personalidade



T-scores relativos às perturbações da personalidade



Q-factor T-scores- Quantificação e avaliação da pontuação das frases mais características de cada patologia

Select case

More info

Factor T-Scores
(Shedler & Westen [2004b] factor scores)

Patients (6)	Psychological Health	Psychopathy	Hostility	Narcissism	Emotional Dysregulation	Dysphoria	Schizoid Orientation	Obsessionality	Thought Disorder	Oedipal Conflict	Dissociation	Sexual Conflict
sample patient 2	72,2	50,5	47,2	75,9	39,8	35,2	36,4	44,6	49,1	64,9	40,3	45,3
0 meses	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

Select case

More info

Personality Disorder (PD) T-Scores
(DSM-IV diagnoses)

Patients (6)	Paranoid	Schizoid	Schizotypal	Antisocial	Borderline	Histrionic	Narcissistic	Avoidant	Dependent	Obsessive-Compulsive	Depressive	Passive-Aggressive	High-Fx
sample patient 2	44,1	32,6	32,9	56,4	40,0	54,3	63,2	33,8	35,2	39,8	32,7	41,9	65,3
0 meses	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	56,6	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

<input type="button" value="Select case"/> <input type="button" value="More info"/>		Q-Factor T-Scores <i>(Westen & Shedler [1999b] diagnostic groupings)</i>												
Patients (6)	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	High-Fx	
sample patient 2	34,2	54,1	34,7	41,7	59,5	59,7	71,2	35,7	59,5	30,0	45,9	48,0	65,3	
0 meses	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	

<input type="button" value="Select case"/> <input type="button" value="More info"/>		Q-Factor T-Scores <i>(Westen & Shedler [1999b] diagnostic groupings)</i>												
Patients (6)	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	High-Fx	
sample patient 2	34,2	54,1	34,7	41,7	59,5	59,7	71,2	35,7	59,5	30,0	45,9	48,0	65,3	
0 meses	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	