



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE MUDANÇA EM
PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA**

Cátia Marisa Duarte Anselmo

Orientador da Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

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

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Pires, orientador da presente tese, pelo tempo disponibilizado e pelos ensinamentos transmitidos que permitiram realizar o trabalho apresentado de seguida.

A todos os meus amigos que estiveram e estão comigo nesta caminhada pela dissertação (e não só). Obrigada pelo apoio incondicional.

Aos meus colegas de dissertação pelo apoio no decorrer dos seminários e nos momentos finais que antecederam a entrega.

Por fim, um carinhoso obrigado aos meus pais, pelo apoio incondicional e por permitirem que concretize o meu sonho, ser psicóloga.

Índice

| | |
|---|----|
| Revisão de Literatura | 1 |
| Resumo..... | 2 |
| Abstract | 3 |
| Introdução | 4 |
| Insight..... | 5 |
| Instrumentos | 8 |
| Conclusão..... | 13 |
| Referências | 15 |
| Tabela de instrumentos que medem o insight para mudança em psicoterapia | 19 |
| Artigo Empírico | 23 |
| Resumo..... | 24 |
| Abstract | 25 |
| Método | 28 |
| Participantes: | 28 |
| Terapeutas:..... | 30 |
| Terapia:..... | 30 |
| Instrumentos: | 30 |
| Procedimento | 32 |
| Resultados | 33 |
| Discussão | 40 |
| Referências | 44 |
| Anexos | 46 |
| Anexo A - Lista de Exemplos de Mudança nas Variáveis do CHAP | 47 |
| Anexo B - Hierarquia de defesas segundo o DMRS | 52 |

| | |
|--|----|
| Anexo C - Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores | 53 |
| Anexo D - Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores | 56 |
| Anexo E - Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores | 60 |
| Anexo F - Treino da CHAP Sessões Gravas - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores | 63 |
| Anexo G - Treino da CHAP Sessões Gravas - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores | 64 |
| Anexo H - Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 1) | 65 |
| Anexo I - Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 2) | 69 |
| Anexo J - Paciente 1: Percentagem de defesas utilizadas por momento | 74 |
| Anexo L - Paciente 2: Percentagem de defesas utilizadas por momento | 80 |

Revisão de Literatura

Revisão de instrumentos que avaliam o Insight para a mudança em psicoterapia

Resumo

A presente revisão de literatura procura explorar o conceito de Insight e os instrumentos que o avaliam. Insight é tido como fundamental em psicoterapia psicanalítica enquanto um pré-requisito para a mudança, um processo necessário em terapia para a ocorrência de mudança ou como um resultado da mudança. Após explorar sumariamente o conceito de Insight e explorar os estudos que têm sido realizados para o estudar, é apresentada a descrição de 8 instrumentos encontrados na literatura que estudam o Insight. Estes instrumentos podem ser agrupados em 3 grupos: 3 instrumentos procuram estudar o que ocorre durante uma sessão de psicoterapia (RQ; RPPS, SIS); 3 instrumentos procuram estudar a mudança (CHAP; PFS; HSCS) e os 2 que procuram estudar o Insight como processo (IRS; I). Concluímos que um dos principais impedimentos nas investigações sobre Insight refere-se à inexistência de uma definição clara e ampla para todas as investigações. Os instrumentos descritos apresentam definições de Insight semelhantes no que se refere ao tópicos em que o conceito é avaliado, mas não a mesma definição, podendo correr o risco de avaliarem diferentemente o conceito de Insight.

Palavras-Chave: Insight; Psicoterapia Psicanalítica; Instrumentos de medida

Abstract

This literature review explores the concept of Insight and the instruments that assess it. Insight is considered fundamental in psychoanalytic psychotherapy, viewed as a prerequisite for change, a necessary process in therapy for the occurrence of change or as a result of the change. After briefly exploring the concept of Insight and exploring the studies that have been conducted for its study, a description of 8 instruments in the literature studying the Insight will be discussed. These instruments can be grouped into 3 categories: 3 instruments seek to study what happens during a psychotherapy session (RQ; RPPS, SIS); 3 instruments seek to study the change (CHAP; PFS; HSCS) and 2 seek to study the Insight as a process (IRS; I). We conclude that one of the main impediments in the investigation into Insight refers to the absence of a clear and comprehensive definition of the term for all investigations. The instruments describe Insight having similar definitions, in relation to the concept, but not the same definition, and risk evaluating the concept of Insight differently.

Key-words: Insight; Psychoanalytic Psychotherapy; Measuring Instruments

Introdução

Quando os indivíduos procuram uma psicoterapia apresentam como objetivo máximo a mudança, seja nos sintomas, na adaptação a novas situações na vida, ou até mesmo uma mudança na compreensão de quem são. Com várias psicoterapias ao seu dispor, vários estudos (e.g. Lambert, 1992; 2013) foram conduzidos com o objetivo de perceber quais as diferenças e semelhanças entre as várias correntes disponíveis, quais os ingredientes que conduziam à mudança, quais os fatores comuns e os próprios de cada corrente e a sua eficácia. Após esta primeira linha de investigação, a questão descentrou-se dos resultados (*outcomes*), para se centrar nos processos. Surge assim a questão: Como é que se dá a mudança? E quais os processo envolvidos na mudança?

A linha de investigação sobre a mudança realiza-se em dois contextos, em simultâneo ou em separado: um clínico (estudos de caso) e um empírico (estudos com uma população e métodos maioritariamente quantitativos) para que se atinga uma maior compreensão do fenómeno mudança. Como resultado pode-se estudar a mudança num processo terapêutico analisando os resultados de diferentes métodos utilizados em diversas investigações. Surge assim, a necessidade de uma definição operacional do conceito de mudança. Moreno *et al* (2005) apresentam como características que permitem descrever e medir a mudança, em psicoterapia psicanalítica: a) diminuição de sintomas e inibições; b) aumento da flexibilidade e a maturação do repertório de defesas; c) maior qualidade nas relações interpessoais; d) maior autoestima, que corresponde a uma diminuição da tensão entre o ego e o ideal do ego; e) aumento da capacidade para a sublimação, fazendo uma melhor utilização dos recursos do *self*; e f) ampliação da consciência como o resultado do aumento da capacidade reflexiva e da elaboração e melhoria na expressão dos sentimentos.

Como este trabalho visa a mudança em psicoterapia psicanalítica, é de maior relevância perceber as suas especificidades. A psicoterapia psicanalítica contemporânea assume algumas diferenças relativas à psicanálise, não no nível teórico, mas sim no nível técnico onde se procura moldar a técnica em função do paciente. Para compreender a mudança que ocorre utilizando esta modalidade, torna-se importante perceber algumas das suas especificidades. Shedler (2010) apresenta um artigo com a definição das especificidades da psicoterapia psicanalítica, bem como apresenta vários resultados de estudos empíricos que procuram perceber qual a eficácia da psicoterapia psicanalítica. Sumariamente, o autor identifica sete tópicos, retirados da literatura, que caracterizam uma intervenção nesta psicoterapia: a) foco no afeto e na expressão da emoção;

b) exploração dos pensamentos e afetos que tendem a ser evitados; c) identificação do tema e padrões recorrentes; d) discussão da experiência passada; e) focos nas relações interpessoais; f) focos na relação terapêutica; e g) exploração das fantasias.

Quando se procura as palavras psicoterapia psicanalítica e mudança, inevitavelmente irá surgir o conceito de Insight como um pré-requisito para haver mudança, um processo necessário construído em terapia para haver mudança, ou por fim, como o resultado da mudança, sendo que muitas vezes, Insight é tido por alguns como o objetivo de uma psicoterapia psicanalítica. Como resumido por Blum (1979), o Insight é o catalisador, mediador e consequência do trabalho terapêutico. Alguns autores (Messer & McWilliams, 2007; Lacewing, 2014) nas suas publicações mencionam a dificuldade em posicionar temporalmente a importância dada ao Insight na investigação psicanalítica, bem como qual a sua definição.

O presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão dos instrumentos que avaliem/estudem o Insight, aplicados a psicoterapia psicanalítica. Efetuaram-se pesquisas eletrônicas sistemáticas pelos termos *Insight*, *psychodynamic psychotherapy* e *outcome studies*, nas bases eletrônicas: PsycInfo, PsycArticles, PEP, Academic Search Complete e Web of Science, sem limite temporal para a pesquisa resultasse no maior número de instrumentos possíveis. Em adição, fez-se uma pesquisa manual a partir da bibliografia dos artigos selecionados. No final, identificaram-se 8 instrumentos que avaliam o Insight em psicoterapia psicanalítica.

Insight

Historicamente é difícil posicionar a criação do termo Insight na corrente psicanalítica, mas pensa-se que terá sido apropriado da psiquiatria, onde o termo se refere à consciência que o indivíduo adquire de ter uma doença mental (Messer & McWilliams, 2007). Esta dificuldade também se manifesta na inexistência de uma definição unânime de Insight. Na teoria clássica, Insight era entendido como o reconhecimento que os pacientes adquiriam de experiências traumáticas reprimidas. Já nas orientações analíticas o conceito remete para um novo entendimento intelectual e emocional sobre um tópico. Para Gelso e Harbin (2007) Insight é descrito como a consciência e entendimento dos sentimentos, pensamentos e ações inconscientes, a ligação destes com eventos do passado e a sua relação com eventos internos (pensamentos e sentimentos) e com eventos externos (ações e comportamentos). Das diferentes definições encontradas, todas partilham uma ideia central, Insight é uma nova conexão (Gibbons, Crits-Christoph, Barber & Schamberger, 2007). Assim o conceito pode significar a generalidade

de aprendizagens que o indivíduo faz sobre si próprio ou sobre as relações interpessoais que mantém (Lacewing, 2014).

O Insight pode consistir em realizar conexões pela primeira vez, reconhecer a sua importância e força na economia psíquica ou reconhecer pela primeira vez, emoções de desvalorização e medo. Sugarman (2006, cit por Lacewing, 2014) identificou dois componentes do Insight, o entendimento da dinâmica (muitas vezes inconsciente) por detrás de um pensamento específico, sentimento, escolha ou comportamento agido que por vezes resultam de padrões mal adaptativos. A segunda componente refere-se à capacidade geral ou habilidade para o entendimento do próprio, denominada de *Insightfulness*.

É importante perceber que Insight sobre si próprio não é o reconhecimento intelectual de uma verdade psicológica, assim como *Insightfulness* não é puramente uma capacidade intelectual (Freud, 1914, cit pot Lacewing, 2014). Assim somos chamados à atenção para o reconhecimento da parte emocional do Insight, ou seja, reconhecer que é também uma experiência afetiva vivida pelo sujeito no momento. Wachtel (1997) foi dos primeiros autores que procurou diferenciar estas duas componentes, o intelectual e o emocional no Insight. Assim, Insight intelectual refere-se aos processos cognitivos em que o sujeito identifica a sequência de causa-efeito nos seus conflitos. O Insight emocional surge quando na identificação de uma ligação entre eventos o paciente experiencia emoção que até então não estava presente ou não tinha sido experienciada. O autor considera que é o Insight emocional o promotor da mudança comportamental.

Lacewing (2014) procurou construir uma definição de Insight abrangente tendo em conta o que era descrito pelos diferentes autores. Assim surge o conceito de *Insight psicodinâmico*. Descreve-o como a compreensão que a pessoa adquire das suas dinâmicas e processos mentais. Nesta compreensão são efetuadas conexões entre as emoções, motivações, pensamentos e comportamentos, o passado e o presente, e as interpretações sobre as relações com os outros. Assim, o Insight contribui para o aumento da segurança, domínio e eficácia da pessoa, pois facilita na criação de rótulos para as experiências que inicialmente eram sentidas como confusas, causais ou inexplicáveis (Frank & Frank, 1991, cit por Castomguay & Hill, 2007).

Relativamente a estudos empíricos sobre o Insight em psicoterapia psicanalítica, Gibbons, Crits-Christoph, Barber e Schamberger (2007) realizaram uma revisão de literatura onde procuraram perceber se a) o *Insightfulness* do paciente previa o resultado da psicoterapia, b) qual a

relação entre o ganho de Insight no decorrer da psicoterapia e o resultado final, c) a relação entre Insight e o processo terapêutico, d) se as intervenções do terapeuta facilitam o Insight, e por fim, e) quais os estudos metodológicos que existem sobre Insight. Concluíram que dado a relevância do conceito, pouco tem sido feito no sentido de operacionalizar o conceito e estudar a sua relevância em psicoterapia psicanalítica. Muitas das investigações realizadas falham no estabelecimento da validade dos instrumentos, bem como as definições de Insight utilizadas nos estudos não são congruentes, ou seja, muitos estudos que procuram estudar o Insight, estudam-no diferentemente. Os autores também encontram na literatura variabilidade e ambiguidade nas teorias sobre o Insight resultando numa diminuição de estudos que conseguem operacionalizar o conceito. Assim concluem que dadas as diferenças na definição do conceito é difícil realizar uma leitura conclusiva do papel do Insight em psicoterapia, sendo necessário trabalhar na operacionalização do constructo de Insight.

Mesmo com a dificuldade em estabelecer uma definição que permita a operacionalização de Insight, os autores concluem, face às várias questões de investigação acima nomeadas, que o *Insightfulness* não surge como particularmente relevante para o resultado da psicoterapia. No sentido oposto, o Insight ganho durante o decorrer da terapia encontra-se associado com resultados mais positivos logo após o término da terapia e no tempo posterior (Hoglund et al., 1994; Kivlighan et al., 2000; Vargas, 1954, cit por Gibbons, Crits-Christoph, Barber & Schamberger, 2007). Assim o Insight surge como um fator curativo, mas fica por perceber em que grau o Insight é o mecanismo principal na mudança terapêutica. É referido também os poucos estudos existentes com o objetivo de medir os diferentes tipos de Insight emocionais sobre o tema das relações interpessoais, e o estudo da relação entre o ganho de Insight e melhoras nos sintomas e nas funções psicológicas (Gibbons, Crits-Christoph, Barber & Schamberger, 2007).

Messer e McWilliams (2007) sugerem também que futuras investigações no Insight se devam focar em perceber a) qual o papel do afeto na potencialização do Insight intelectual e se difere consoante a personalidade; b) de que resulta o Insight? Será que é um produto natural da relação terapêutica; c) o Insight deve ser considerado como um resultado da terapia mais do que um processo para ser medido? d) é o Insight apenas um processo de tornar consciente o que antes era inconsciente ou é uma forma de descrever e dar sentido ao que acontece em sessão.

A literatura revela que existem muitas questões em aberto sobre o Insight e o seu papel na psicoterapia psicanalítica. Os estudos empíricos realizados não têm conseguido satisfatoriamente responder à questão, muito devido aos instrumentos utilizados (e.g. constructo pouco claro; validade dos instrumentos), sendo que na sua maioria apenas avaliam mudança nos sintomas (Lacewing, 2014), ficando por perceber quais os fatores específicos que influenciam o resultado da psicoterapia psicanalítica.

Instrumentos

Na segunda parte desta revisão iremos expor os instrumentos disponíveis na literatura que apresentam como objetivo direto (instrumento construído para avaliar apenas o Insight) ou indireto (instrumento que contempla o Insight) a avaliação do Insight e como contribui no processo e na mudança terapêutica em psicoterapia psicanalítica. A pertinência do estudo centra-se na necessidade de organizar informação e refletir sobre os vários instrumentos disponíveis para o estudo do Insight. Sendo o Insight realçado como um dos componentes principais para o sucesso da psicoterapia psicanalítica, saber como avaliar o seu impacto e de que forma este impacto se manifesta é essencial. Os instrumentos encontrados na presente revisão podem ser agrupados em 3 grupos: 3 instrumentos procuram estudar o que ocorre durante uma sessão de psicoterapia; 3 instrumentos procuram estudar a mudança; e por fim 2 instrumentos estudam o Insight como processo.

O Insight Rating Scale (IRS) construído por Morgan et al. (1982, cit por Kivlighan, Multon, Patton, 2000) é baseado na definição de Insight emocional proposto por Reid e Finesinger (1982, cit por Marková, 2005), que é descrito como o entendimento do paciente sobre a associação entre os antecedentes e os sintomas estando uma componente emocional presente no entendimento e na associação; ou quando uma emoção é vivida no resultado do novo entendimento. O instrumento é constituído por 9 itens: a) o paciente reconhece um fenómeno específico (ideação, afeto, comportamento); b) o paciente reconhece padrões habituais de comportamento; c) o paciente reconhece o seu papel ativo na produção dos seus sintomas e experiências; d) o paciente reconhece que um comportamento particular é um indicador do uso de defesas ou resistências; e) o paciente conecta dois problemas que não estavam ligados até então, ou percebe a sua importância; f) o paciente torna-se progressivamente consciente de pensamentos, sentimentos ou impulsos que eram previamente inconscientes; g) o paciente consegue relacionar eventos presentes com eventos do passado; h) o paciente é capaz de relacionar experiências presentes com experiências do passado; e i) a consciência do paciente

sobre a sua psicopatologia parece ser acumulativa. Os itens são cotados numa escala tipo Likert de 10 pontos (0= sem evidencia de presença; 9= presença clara), por um clínico, usando sessões transcritas. Morgan et al. (1982) identificou um grau de concordância entre avaliadores de 0.75 a 0.90, e validade interna da escala de 0.92. Para consulta de estudos com o instrumento poderá ver Kivlighan, Multon e Patton (2000).

Sandell (1987) procurou construir um instrumento que pretendia não só perceber se houve mudança, mas mudança em que dimensões baseando-se na ideia de que quando se muda é porque se faz algo de forma diferente e não porque se faz mais vezes. Assim construiu a escala CHange After Psychotherapy Scales (CHAP) com o objetivo de avaliar a mudança depois ou durante uma psicoterapia psicanalítica ou psicanálise, em comparação com o estado inicial do paciente. A escala foi criada com base na análise intensiva dos conteúdos que surgiam na recolha de várias entrevistas com pacientes após o término de uma análise em que se pedia ao sujeito para descrever como é que se sentia diferente e em que áreas. A escala mede em que forma o paciente se sente mudando em cinco dimensões: Sintomas (S), Capacidade Adaptativa (CA), Insight (I), Conflitos Básicos (CB) e Fatores Extra-terapêuticos (EF). A definição de cada variável é acompanhada por uma lista de exemplos, com um mínimo de doze exemplos, para ajudar o avaliador (clínico) a entender o significado de cada dimensão. Relativamente à dimensão Insight este é caracterizado com uma melhoria na compreensão do próprio, dos seus problemas e experiências passadas. Ou seja, o paciente pode falar de sentimentos que até então não tinha acedido, pode falar destes sentimentos com mais tolerância e maior compreensão do seu papel na sua história. Relativamente às propriedades psicométricas, o grau de concordância entre avaliadores no estudo original é de 0.74 a 0.81. Para consulta de estudos com o instrumento poderá ver Norte (2014); Tavares (2012); Sá (2008); Sandell (1997; 1997a).

Gelso, Hill e Kivlighan (1991) criaram o Relationship Questionnaire (RQ) com base na versão modificada do instrumento Therapy Session Check Sheet (Graff & Luborsky, 1977). O objetivo do instrumento é avaliar o que decorre numa sessão. O instrumento é preenchido pelo clínico e é constituído por um conjunto de 20 itens que se referem ao conteúdo da terapia (situação atual, história pessoal, sonhos, fantasias, relações interpessoais), ao processo (resistência, insight intelectual e emocional) e à relação cliente-terapeuta (transferência e aliança terapêutica). Os itens são cotados numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 =nenhum ou pouco a 5= muito). O Insight é descrito como o grau de entendimento alcançado pelo cliente sobre o material a ser explorado (relações, comportamento ou dinâmicas interiores). Este instrumento procura também

realizar uma avaliação do insight cognitivo e do emocional, onde o insight cognitivo é definido como o entendimento de uma relação causa-efeito, mas onde não é atingindo profundidade porque falta a conexão com os afetos. O insight emocional é descrito como a conexão entre os afetos e o intelecto, onde o cliente entra em contacto emocional com o seu entendimento. Para a subescala insight, Muran et al (1995 cit por Gelso, Kivlighan, Wine & Jones, 1997) reportam um coeficiente de 0.72 para o insight intelectual e 0.77 para o emocional. Para consulta de estudos com o instrumento poderá consultar Holmes, Lyons-Ruth (2006); Kivlighan, Multon e Patton (2000); Gelso, Kivlighan, Wine e Jones (1997).

Spillman (1991, cit por Messer & McWilliams, 2007) construiu a escala Rutgers Psychotherapy Progress Scale (RPPS, revista por Holland, 1994) com o objetivo de medir o progresso do paciente sessão a sessão numa psicoterapia psicanalítica. A escala consiste em 8 itens a) material significativo, b) desenvolvimento de Insight, c) focos na emoção, d) referências diretas ao terapeuta ou à terapia, e) comportamento novo na sessão, f) colaboração, g) colaboração, h) clareza e vivacidade da comunicação, e i) focos no self, avaliados pelo clínico numa escala tipo Likert de 5 pontos, (0= não está presente a 4= extremamente presente). Cada um dos itens foi construído com base na literatura psicanalítica e é descrito em pormenor no manual. O item *Desenvolvimento do Insight* é descrito como o desenvolvimento de um novo entendimento da parte do paciente sobre o assunto apresentado em terapia. Em pormenor, é considerado Insight quando a) existe um reconhecimento de padrões ou conexões nas relações passadas e presentes, b) existe a capacidade do sujeito se distanciar e observar os seus processos internos, personalidade ou psicopatologia, c) quando o paciente questiona as suas crenças patológicas, d) quando reconhece as suas motivações ou e) quando reconhece as motivações dos outros. Os momentos de Insight são ainda classificados segundo o seu grau de importância, por exemplo, Insight sobre padrões de relação relacionados com figuras importantes na infância obtém uma cotação maior do que Insight sobre relações atuais (Messer & McWilliams, 2007). O Coeficiente de Correlação *Intraclasse* apresentado por Spillman (1991) varia entre 0.58 a 0.86 (Tishby, Assa & Shefler, 2006). Para consulta de estudos com o instrumento poderá consultar Tishby, Assa e Shefler (2006); Holland, Roberts e Messer (1998).

Com o propósito de perceber o impacto da sessão terapêutica na perspetiva do cliente, Elliot e Wexler (1994) construíram o Session Impacts Scale (SIS) como medida de avaliação sessão-a-sessão preenchida pelo analisando. O questionário é composto por 17 itens, subdivididos em 3 subescalas que foram criadas utilizando a literatura existente sobre o impacto

de eventos significativos na sessão reportados pelo cliente. As subescalas *Tarefas* e *Impacto da Relação*, cada uma com 5 itens, correspondem ao impacto útil da sessão. A terceira subescala é composta por 6 itens que pretendem identificar o que prejudicou a sessão, e por fim um item de outros impactos. É pedido aos participantes que avaliem os itens numa escala tipo Likert de 5 pontos (1=não de todo; a 5=muito). Os itens que se dirigem à avaliação do Insight são 1) realizei algo novo sobre mim próprio; 2) realizei algo novo sobre outra pessoa; 3) maior clareza e consciência sobre sentimentos e experiências. Na descrição dos itens encontra-se expresso que os Insights ocorreram como resultado da sessão e implicam um novo conhecimento ou uma nova ligação entre temas. Para consulta de estudos com o instrumento poderá consultar McAleavey, e Castonguay (2014); Janzen, Fitzpatrick e Drapeau (2008); Stiles, Reynolds, Hardy, Ress, Barkham e Shapiro (1994).

Falk e Hill (1995) criaram um instrumento de um item com o objetivo de medir o Insight (I) nas interpretações dos sonhos de clientes. O conceito de Insight usado é definido por Hill et al (1992 cit. por Falk e Hill, 1995) como o entendimento expresso pelo cliente sobre ter aprendido algo novo sobre si, e relacionar este novo entendimento com padrões ou razões para os comportamentos, pensamentos ou sentimentos. É ainda descrito como uma experiência que pode envolver um momento de “ah” onde o cliente percebe-se a si ou o seu mundo de uma nova maneira. A definição do conceito inclui ainda o cliente assumir uma responsabilidade apropriada em vez de culpar o outro. Insight é cotado pelo clínico, numa escala tipo Likert de 9 pontos (1= sem insight; 5= insight moderado; 9= insight elevado). Falk e Hill (1995) identificaram um grau de concordância entre avaliadores de 0.93. Para consulta de estudos com o instrumento poderá consultar Diemer, Lobell, Vivivo e Hill (1996).

Høglend et al (2000) procuraram construir um instrumento que colmatasse as limitações dos instrumentos que procuravam avaliar as mudanças que ocorriam na terapia. Referiam que os instrumentos baseados na avaliação dos sintomas e do funcionamento global falhavam em dar informações mais específicas sobre o processo complexo de mudanças, por exemplo nas áreas das relações interpessoais, no Insight e na autoestima. Assim surge o Psychodynamic Functioning Scales (PFS) construído utilizando como base no modelo do Global Assessment Scale (GAS, Endicott et al 1976), que procura descrever as predisposições internas, os recursos psicológicos, capacidades ou aptidões que o indivíduo pode mobilizar para atingir funções adaptativas e melhor qualidade de vida. O instrumento é construído por 100 itens distribuídos em 6 subcategorias: a) qualidade das relações familiares, b) qualidade das amizades, c) qualidade das

relações românticas/sexuais, d) tolerância nos afetos, e) Insight e f) resolução de problemas. As descrições das categorias procuraram ser o mais aproximado de uma interpretação psicodinâmica dos fenômenos, e a escolha das mesmas foi assente na literatura e na experiência clínica. Os dados são recolhidos realizando entrevistas aos analisandos e depois efetuando a cotação de acordo com as informações recolhidas pelos itens das diferentes subcategorias. A categoria de Insight pretende abranger a área cognitiva e emocional no entendimento dos conflitos psíquicos principais, dos padrões recorrentes nas relações interpessoais, dos comportamentos repetitivos e a ligação com experiências passadas. Incluiu também a capacidade para compreender e descrever sentimentos de vulnerabilidade, reações ao *stress* e estratégias de *coping*. No estudo preliminar de Høglend et al (2000) o alfa de Cronbach atingido foi de 0.89. Para consulta de estudos com o instrumento poderá ver Dahl et al (2014); Johansson et al (2010); Bøgwald e Dahlbender (2004).

Heidelberg Structural Change Scale (HSCS) construída por Rudolf, Grande e Oberbrach (2000) (cit por Grande et al, 2003) é uma adaptação da escala Assimilation of Problematic Experiences Scale (Stiles et al, 1990; cit por Grande et al, 2003). A escala foi adaptada para que possuísse uma orientação psicanalítica. O objetivo da escala é de identificar quais são as abordagens que os pacientes usam nos seus problemas, ou seja, é identificado a área de foco na história pessoal do paciente para depois perceber como é que o paciente a aborda. No início da terapia é definido um foco, um problema central na história do paciente, sendo a escala aplicada no início do tratamento e no seu decorrer para avaliar as mudanças na abordagem do paciente sobre o foco definido. A escala é constituída por 7 níveis, onde cada um destes níveis representam mudanças na forma como o paciente aborda o problema. A escala é cotada pelo clínico através de sessões gravadas. O Insight surge representado no nível 4 da escala “aceitação e exploração do foco”, onde é caracterizado pelo surgimento de uma consciência e preocupação no paciente sobre o problema, sendo que este passa a ser o objeto do trabalho terapêutico. O grau de concordância entre avaliadores para a definição do foco é de 0.77. Para consulta de estudos com o instrumento poderá ver McCarthy, Mergenthaler, Scheider e Grenyer (2011); Grande et al (2009).

Conclusão

Dado que um dos objetivos máximos do recurso à psicoterapia centra-se na mudança, perceber como esta ocorre e quais os processos que lhe estão inerentes é uma das questões centrais nas investigações realizadas atualmente. Mas o foco também se centra nos processos que levam a uma mudança. Em psicoterapia psicanalítica, o insight é reconhecido com tendo um papel central para que a mudança ocorra.

No entanto, um dos principais impedimentos apontados às investigações que procuram estudar o papel do Insight na psicoterapia psicanalítica consiste na inexistência de uma definição clara e operacionalizável de Insight. Percebemos que as várias definições do conceito apresentam pontos em comum e que assentam na ideia que deve existir um novo entendimento, uma nova conexão por parte do sujeito.

Da revisão efetuada salienta-se o crescente reconhecimento da necessidade de uma definição ampla do conceito de Insight, dificuldade a que Lacewing (2014) procurou responder com a criação do termo *insight psicodinâmico*. Mesmo com esta dificuldade, o Insight surge associado a resultados positivos no decorrer da terapia e a longo prazo. No entanto, surgem mais questões em aberto do que questões com resposta no que toca ao papel do Insight na mudança como por exemplo, o papel do afeto na potencialização do Insight intelectual e se existem diferenças na sua potencialização consoante a personalidade; se o Insight é apenas um processo de tornar consciente o que antes era inconsciente ou é uma forma de descrever e dar sentido ao que acontece em sessão.

Como referido anteriormente, os instrumentos encontrados podem ser agrupados em 3 grupos: 3 instrumentos procuram estudar o que corre durante uma sessão de psicoterapia (RQ; RPPS; SIS); 3 instrumentos procuram estudar a mudança (CHAP; PFS; HSCS); e por fim 2 instrumentos estudam o Insight como processo (IRS; I). Esta divisão permite-nos perceber que o Insight é estudado em várias áreas, ou seja, no decorrer da sessão, na sua contribuição para a mudança e como processo, sendo esta variedade uma mais-valia para uma melhor compreensão do fenómeno (ou aproximada).

Nos quatro instrumentos descritos anteriormente percebemos que não é utilizada a mesma definição estática de Insight, mas que ambos apresentam vários tópicos em comum na definição do conceito, por exemplo, está presente nas definições a compreensão e

reconhecimento de algo novo sobre o próprio, sobre os padrões relacionais, e sobre os conflitos. Ao nível das diferenças no conceito temos, por exemplo, os instrumentos que valorizam uma distinção na avaliação do Insight em cognitivo e emocional. Podemos notar também valores positivos na validade dos instrumentos encontrados na literatura.

Assim concluímos que um dos maiores obstáculos que ainda se coloca no estudo da importância do Insight enquanto agente de mudança na psicoterapia psicanalítica é a operacionalização do seu conceito. Ao nível dos instrumentos, esforços muito positivos foram feitos no sentido de estudar o conceito e como ele surge no analisando quando frequenta uma terapia. Os instrumentos permitem uma análise fina do Insight, ou seja, analisando o conteúdo das sessões, podemos perceber sobre que dimensões o Insight decorre, e onde é que o analisando realizou uma nova conexão.

Referências

- Bøgwald, K., & Dahlbender, R. W. (2004). Procedures for testing some aspects of the content validity of the psychodynamic functioning scales and the global assessment of functioning scale. *Psychotherapy Research, 14* (4), 453-468
- Blum, H. (1989). Working through. *Contemporary Psychoanalysis, 25*
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2007). Examining Insight in Psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds), *Insight in psychotherapy* (pp. 3-6). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Dahl, H. J., Røssberg, J. I., Crits-Christoph, P., Gabbard, G. O., Hersoug, A. G., Perry, J. C., & ... Høglend, P. A. (2014). Long-term effects of analysis of the patient–therapist relationship in the context of patients’ personality pathology and therapists’ parental feelings. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 82* (3), 460-471.
- Diemer, R. A., Lobell, L. K., Vivino, B. L., & Hill, C. E. (1996). Comparison of dream interpretation, event, interpretation, and unstructured sessions in brief therapy. *Journal Of Counseling Psychology, 43* (1), 99-112.
- Elliott, R. & Wexler, M. (1994). Measuring the impact of sessions in process-experiential therapy of depression: the session impacts scale. *Journal of Counseling Psychology, 41* (2), 166-174
- Falk, D. & Hill, C. E. (1995). The effectiveness of dream interpretation groups for women undergoing a divorce transition. *Dreaming, 5* (1), 29-42
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them?. *Psychotherapy Research, 13* (1), 43-58.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., & ... Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research, 19* (3), 344-357.
- Gibbons, M., Crits-Christoph, P., Barber, J. & Schamberger, M. (2007). Insight in psychotherapy: a review of empirical literature. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds), *Insight in psychotherapy* (pp. 143-164). Washington, DC: American Psychiatric Association

- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Wine, B., Jones, A., & Friedman, S. C. (1997). Transference, insight, and the course of time-limited therapy. *Journal Of Counseling Psychology, 44*(2), 209-217.
- Gelso, C., Hill, C. & Kivlighan, D. (1991). Transference, insight, and the counselor's intentions during a counseling hour. *Journal of Counseling & Development, 69*, 428-433
- Gelso, C. & Harbin, J. (2007). Insight, action, and the therapeutic relationship. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds), *Insight in psychotherapy* (pp. 293-315). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Høglend, P., Bogwald, K., Amlo, S., Heyerdahl, O., Sorbye, O., Marble, A., ..., Bentsen, H. (2000). Assessment of change in dynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9* (4), 190-199
- Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2006). The relationship questionnaire-clinical version (RQ-CV): Introducing a profoundly-distrustful attachment style. *Infant Mental Health Journal, 27* (3), 310-325.
- Holland, S. J., Roberts, N. E., & Messer, S. B. (1998). Reliability and validity of the Rutgers Psychotherapy Progress Scale. *Psychotherapy Research, 8* (1), 104-110.
- Janzen, J., Fitzpatrick, M., & Drapeau, M. (2008). Processes involved in client-nominated relationship building incidents: Client attachment, attachment to therapist, and session impact. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(3), 377-390
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K., & ... Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 78*(3), 438-448.
- Kivlighan, D. J., Multon, K. D., & Patton, M. J. (2000). Insight and symptom reduction in time-limited psychoanalytic counseling. *Journal Of Counseling Psychology, 47* (1), 50-58.
- Lacewing, M. (2014). Psychodynamic Psychotherapy, Insight, and Therapeutic Action. *Clinical Psychology, Science and Practice, 21* (2), 154-171
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds). *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books

- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Eds), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.169-218). New York: John Wiley & Sons
- Marková, I, S. (2005). *Insight in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press, pp.51
- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2014). Insight as a common and specific impact of psychotherapy: Therapist-reported exploratory, directive, and common factor interventions. *Psychotherapy, 51*(2), 283-294.
- McCarthy, K. L., Mergenthaler, E., Schneider, S., & Grenyer, B. F. (2011). Psychodynamic change in psychotherapy: Cycles of patient–therapist linguistic interactions and interventions. *Psychotherapy Research, 21* (6), 722-731.
- Messer, S. B. & McWilliams, N. (2007). Insight in psychodynamic therapy: theory and assessment. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds), *Insight in psychotherapy* (pp. 9-30). Washington, DC: American Psychiatric Association
- 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*, pp.199-209
- Norte, P. (2014). *Avaliação de processos de mudança em psicoterapia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sá, V. (2008). *Avaliação de Mudança em Psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sandell, R. (1987). Assessing the effects of Psychotherapy: I. Analysis and Critique of Present Conventions of Estimating Change. *Psychotherapy & Psychosomatics, 47*, 29-36.
- 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. (1997a). *Psychotherapeutic change is predictable, spontaneous change is not*. Journal of Clinical Psychology, 53 (8), 925-933.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist Association, 65* (2), 98-109

- Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal Of Counseling Psychology, 41*(2), 175-185.
- Tavares, J. (2012). *Personalidade e padrões de mudança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Tishby, O., Assa, T. & Shefker, G. (2006). Patient progress during two time-limited psychotherapies as measured by rutgers psychotherapy progress scale. *Psychotherapy Research, 16* (1), 80-90
- Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association

Tabela de instrumentos que medem o insight para mudança em psicoterapia

| Autores, Data, Nome | Instrumento | O que mede | Insight | Informação Psicométrica |
|--|--|--|--|---|
| Morgan et al, 1982, Insight Rating Scale (IRS) | a) escala tipo Likert de 10 pontos cotados pelos clínicos; b) 9 itens; c) os itens são avaliados usando sessões transcritas | Procura avaliar o insight emocional | Definição proposta por Reid e Finesinger sobre insight emocional | Grau de concordância entre avaliadores: 0.75 a 0.90; Validade interna da escala: 0.92 |
| Sandel, R, 1987, Change After Psychotherapy Scales (CHAP) | a) Quantitativo; Qualitativo; b) Entrevista de follow-up após o término da terapia, ou utilização de sessões gravadas; c) Mudança avaliada em 5 dimensões: sintomas, capacidade adaptativa, insight, conflitos básicos e fatores extra-terapêuticos. | Procura avaliar a mudança depois ou durante uma psicoterapia, ou seja, em que medida o individuo se sente diferente do que era antes da terapia. | Dimensão sobre o insight | Grau de concordância entre avaliador: 0.74 a 0.81 |
| Gelso, Hill e Kivlighan, 1991, Relationship Questionnaire (RQ) | a) quantitativo; b) conjunto de 20 itens preenchidos pelo clínico; c) os itens referem-se ao conteúdo da terapia; ao processo e à relação cliente- | Procura avaliar o que decorre numa sessão psicoterapêutica | Sub-escala sobre o Insight cognitivo e emocional | Coefficiente de 0.72 para a sub-escala do Insight |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|-------------|
| | | terapeuta; d) Escala tipo Likert de 5 pontos | | | |
| Spilman, 1991, Rutgers Psychotherapy Progress Scale (RPPS) | a) quantitativo e qualitativo; escala tipo likert 5 pontos; c) 8 itens: material significativo; desenvolvimento de insight; focos na emoção; referencias diretas ao terapeuta ou à terapia; comportamento novo na sessão; colaboração; clareza e vivacidade da comunicação; focos no self | Avalia o progresso do paciente em cada sessão. Cada um dos itens foi desenvolvido para medir algum aspecto do progresso do paciente como é descrito na literatura psicanalítica | Sub-escala: Grau de concordância entre avaliador: | | 0.58 a 0.86 |
| Elliot & Wexler, 1994, Session Impacts Scale (SIS). | a) Qualitativo; Inventário composto por 17 itens; c) itens cotados numa escala de 5 pontos | Mede o impacto subjetivo de uma sessão de psicoterapia | Avaliado pela subescala de compreensão. Esta é composta por 3 itens: a) percebi algo novo sobre mim próprio; b) percebi algo novo sobre outra pessoa; c) sentimentos e experiencias estão mais conscientes ou estão mais | | |

| | | | claros | | |
|--|---|--|--|---|--|
| Falk e Hill, 1995, Insight nas interpretações dos sonhos (I) | a) Quantitativo; b) escala tipo Likert de 9 pontos cotada pelo clínico | Procuram medir o Insight nas interpretações dos sonhos dos clientes | Conceito de Insight definido pelas autoras | Grau de concordância entre avaliadores de 0.93 | |
| Hoglund et al, 2000, Psychodynamic Functioning Scales (PFS) | a) Quantitativo; b) 100 itens divididos em 6 sub-escalas: qualidade das relações familiares; qualidade das amizades; qualidade das relações românticas/sexuais; tolerância nos afetos; insight e resolução de problemas | Mede as predisposições internas, recursos psicológicos, capacidades ou aptidões, que podem ser mobilizados pelo indivíduo para alcançar uma função adaptativa e uma vida satisfatória. As funções psicológicas são medidas durante 3 meses | Sub-escala Insight | Grau de concordância entre avaliadores: 0.89 | |
| Rudolf, Grande e Oberbrach, 2000 Heidelberg Structural Change Scale (HSCS) | a) quantitativo e qualitativo; b) escala constituída por 7 níveis que representam mudanças na forma como os pacientes | Identificar quais são as abordagens que os pacientes usam nos seus problemas | Nível 4 “aceitação e exploração do foco” | Grau de concordância entre avaliadores para a identificação do foco de 0.77 | |

abordam o
problema; c) uso de
sessões gravadas

Artigo Empírico

Avaliação de Processos de Mudança em Psicoterapia Psicanalítica

Resumo

Poucos estudos foram realizados no sentido de perceber a relação entre a mudança a vários níveis (sintomas, capacidade adaptativa, insight, conflitos básicos) e o uso de determinados mecanismos de defesa ao longo de uma psicoterapia. O objetivo deste estudo consistiu em observar uma relação entre mudança a vários níveis e mecanismos de defesa. Para tal foram usadas como material de trabalho sessões áudio de duas pacientes em psicoterapia psicanalítica, durante dois anos. As sessões foram analisadas usando o *CHange After Psychotherapy Scales* (CHAP, Sandell 1987) e o *Defense Mechanisms Rating Scales* (DMRS, Perry 1990). Os resultados encontramos mostram evoluções diferentes no CHAP para as duas pacientes. A paciente 1 apresenta uma mudança inicial nas variáveis Sintomas e Capacidade Adaptativa, indo de encontro ao proposto pelo Modelo Trifásico. Na paciente 2, as variáveis iniciais que sofrem mudança são o Insight e Capacidade Adaptativa. Relativamente aos valores do DMRS, ambas as pacientes apresentam apenas ligeiras melhorias no nível de funcionamento defensivo que pode ser explicado com um diagnóstico de perturbação mais severo.

Palavras-chave: Psicoterapia; mudança; mecanismos de defesa; CHAP, DMRS

Abstract

Few studies have been made to understand the relationship between the change at various levels (symptoms, adaptive capacity, insight, basic conflicts) and the use of certain defense mechanisms along psychotherapy. The aim of this study was to observe a relationship between change at various levels and defense mechanisms. To this we used as working material audio sessions from two patients in psychoanalytical psychotherapy for two years. The sessions were analyzed using the *CHange After Psychotherapy Scales* (CHAP, Sandell 1987) and the *Defense Mechanisms Rating Scales* (DMRS, Perry 1990). The results found show different developments in the CHAP for the two patients. The patient 1 presents an initial change in the variables Symptoms and Adaptive Capacity, according with what is proposed in Phase Model. In patient 2, the initial variables to change are the Insight and Adaptive Capacity. As regards the DMRS values, both patients have only slight improvements in the level of defense mechanisms which can be explained with a more severe disturbance diagnosis.

Key-words: Psychotherapy; change; defense mechanisms; CHAP, DMRS.

Para além da importância de estudos sobre a eficácia das psicoterapias, existe um crescente foco na concretização de estudos que procuram compreender o processo pelo qual as mudanças ocorrem. Surge assim a necessidade de compreender a mudança psíquica e as fases pela qual esta se processa.

Para a compreensão das fases de mudança, encontramos na literatura dois modelos validados empiricamente, o modelo de Dosagem e o modelo Trifásico. O modelo de Dosagem desenvolvido por Howard et al (1986) utiliza a metodologia do efeito-dose, onde dose é o número de sessões e o efeito é a percentagem de pacientes que melhoraram ou normalizaram a probabilidade de melhoria (Kopta, 2003). Os autores procuravam com este modelo demonstrar a eficácia da psicoterapia e prever os seus resultados (Kopta, 2003). Na meta-análise realizada por Howard et al (1986, cit por Kopta, 2003) sobressaia que diferentes diagnósticos demonstram diferentes padrões de “dose-efeito”. Assim, pacientes com sintomatologia depressiva apresentam uma resposta mais rápida à psicoterapia, imediatamente a seguir surgem os pacientes com sintomas ansiosos. Por outro lado, nos pacientes com sintomatologia borderline-psicótica o efeito da psicoterapia é mais lento.

O Modelo Trifásico, desenvolvido por Howard et al (1993, cit por Joyce et al. 2002) é uma ampliação do Modelo de Dosagem. Este modelo procura identificar padrões multidimensionais de mudança em pacientes a usufruir de psicoterapia, bem como pretende prever a mudança com base nas características iniciais dos pacientes. Os autores consideram que a mudança ocorre em três fases ou níveis sequenciais: remoralização, remediação e reabilitação. A remoralização corresponde a uma diminuição na desesperança e aumento das expectativas sobre os efeitos positivos da terapia. A remediação consiste na redução dos sintomas quando é estabelecida uma aliança terapêutica positiva, e o paciente mobiliza ou aprende novas formas de *coping*. A reabilitação, última fase, envolve alterações de longa duração nos padrões mal adaptativos e na forma de lidar com os diferentes aspetos da vida e do *self*, ou seja, ocorre uma melhoria no funcionamento global do paciente (Stulz & Lutz, 2007). Stulz e Lutz (2007) no seu estudo com uma amostra naturalista reportam que em todos os grupos de estudo o bem-estar aumentou mais rapidamente, seguido da redução de sintomas. A melhoria no funcionamento global é a última dimensão a apresentar melhorias.

A procura de uma compreensão de como a mudança se processa levou ao crescimento de instrumentos de medida construídos com base na análise intensiva dos processos em psicoterapias. A escala desenvolvida por Rolf Sandell (1987) *CHange After Psychotherapy Scales* (CHAP) tem como objetivo avaliar mudanças durante ou no fim de uma psicoterapia ou psicanálise, comparando com o estado inicial do paciente em cinco dimensões (sintomas,

capacidade adaptativa, insight, conflitos básicos e fatores extra-terapêuticos). Sá (2008) procurou observar padrões de mudança, utilizando o CHAP num estudo de caso de 384 sessões de uma psicanálise (correspondentes a 3 anos e 8 meses de psicanálise). Os resultados apontaram para uma maior mobilização do insight do que as outras dimensões no primeiro ano com os sintomas a terem a sua máxima mobilização no fim do segundo ano, seguida de resultados elevados na capacidade adaptativa e conflitos básicos no terceiro e quarto ano de análise o que pode corresponder a uma melhoria no funcionamento global. Assim, uma das conclusões da autora é de que apesar das mudanças ocorrerem simultaneamente em todas as dimensões, podemos identificar fases da terapia.

As defesas psicológicas são conceptualizadas como uma operação mental inconsciente que protege os indivíduos contra ansiedade excessiva derivada de sentimentos inconsciente inaceitáveis ou de conflitos externos (Giuseppe et al. 2014). Desta forma, a mudança também pode ser analisada através dos mecanismos de defesa, ou seja, se um sujeito num registo inicial apresentava mecanismos de defesa de nível imaturo e no decorrer da análise consegue mobilizar mecanismos de defesa mais maduros podemos estar perante um indício da existência de mudanças no funcionamento global do paciente, ou seja, houve um aumento na qualidade das respostas adaptativas (Yoshida, 1998) ocorrendo mudança psíquica. Um dos instrumentos mais utilizados para aceder à avaliação das defesas é o DMRS (Perry, 1990). Norte (2014) procurou no seu estudo observar a relação entre a mudança nas várias dimensões do CHAP e o uso de determinados mecanismos de defesa (avaliados pelo DMRS) em duas pacientes em psicoterapia psicanalítica. Numa das pacientes a melhoria nos níveis globais de funcionamento defensivo surge associada à mobilização da capacidade adaptativa e dos conflitos básicos promovidos pelo aumento do insight. Na segunda paciente, o aumento dos valores do funcionamento defensivo pode estar relacionado com o aumento anterior na capacidade adaptativa. No entanto, o papel do Insight sobre o funcionamento defensivo surge pouco claro. Lacey (2014) defende que se poderá desenhar uma linha entre falta de insight e a psicopatologia, pois as defesas distorcerem o entendimento do sujeito em relação a si e aos outros enquanto o insight é um entendimento mais verdadeiro sobre si e sobre os outros. Assim, mais insight, indicado pela ausência de defesas imaturas e mais defesas maduras, surge correlacionado com melhorias na saúde mental e nas funções interpessoais, onde a desconstrução das defesas produz uma melhoria no insight e contribui para resultados positivos na terapia (pp.164).

O objetivo do presente estudo consiste em avaliar material áudio de sessões de psicoterapia, aplicando a escala *CHange After Psychotherapy Scales* (CHAP, Sandell, 1897) em conjunto com a *Defense Mechanisms Rating Scales* (DMRS, Perry, 1990), para observar a relação

entre mudança a vários níveis (sintomas, capacidade adaptativa, insight, conflitos básicos) e o uso de determinados mecanismos de defesa. Um segundo objetivo é o de procurar a relação apontada por Lacey (2014) entre Insight e mecanismos de defesa, avaliando os casos de duas pacientes em psicoterapia psicanalítica.

Método

Participantes:

Paciente 1

A paciente 1 tem 45 anos de idade e apresenta-se à consulta por sintomas depressivos, situando que desde os 13 anos de idade que se sente muito cansada, com momentos de desorganização espaço-temporal e falhas de memória recorrentes, “parecem sintomas de alzheimer”. Refere também muito sono, sendo que por vezes não consegue levantar-se da cama, surgindo também pensamentos sobre a morte (receio de morrer) que são muito recorrentes e várias vezes a imobilizam. A paciente reporta sofrer de ataques de pânico, evitando muitas vezes sair de casa com medo de desmaiar o que tem um impacto negativo na concretização das tarefas do dia-a-dia. Por fim, indica uma dificuldade em dizer “não às pessoas”, não impondo limites nas suas relações interpessoais, sentindo-se irritada com a forma como as pessoas a tratam. Relativamente aos seus sintomas conta que foi diagnosticada com hipotireoidismo aos 18 anos de idade, fator que associa como responsável pelos mesmos. Posiciona o começo dos sentimentos de medo da morte por volta dos 5 anos, altura em que um vizinho faleceu.

Sobre a sua história familiar, ambos os pais já faleceram de mortes repentinas, o pai em 1999 e a mãe há 2 anos atrás. Diz ter sido muito próxima dos pais, principalmente da mãe que a apoiava muito em relação aos seus sintomas. Conta que viveu até aos 7/8 anos no estrangeiro, sendo a filha mais nova de 3 irmãos. Descreve um pai deprimido que passava muitos dias deitado na cama. Em relação aos irmãos, descreve uma relação pautada pela autoridade destes face a ela, e que eram estes que faziam escolhas por ela (e.g. curso a seguir). Veio para Portugal (devido à guerra) sozinha viver com uma madrinha que também morreu repentinamente, tendo a paciente presenciado esta situação. Refere esta mudança de país muito difícil, descrevendo “estragou-se tudo, tudo a descambar”.

Tem 3 filhas, as duas mais velhas de um casamento anterior, e a mais nova do atual casamento. Encontra-se atualmente desempregada, mas é responsável pela manutenção de um

condómino de onde não recebe salário. Durante 15 anos trabalhou numa loja de onde se despediu por sentir que o salário que recebia não compensava as horas de trabalho. É acompanhada em psiquiatria e toma antidepressivos.

No decorrer da terapia são verbalizados os pensamentos recorrentes sobre a morte. Surge sintomatologia depressiva que é impeditiva da concretização de tarefas do quotidiano. As sessões eram pautadas por momentos de registo depressivo, mas também de algum ânimo quando se referia ao sonho que quer concretizar (abrir uma loja de gomas) e conquistas sobre os seus sintomas (e.g. conseguir conduzir, ir sozinha à consulta). Surge também um grande descontentamento por não possuir uma vida financeira estável que lhe permita sentir alguma tranquilidade. Refere sentir-se incompreendida pelos irmãos, marido e filhas em relação aos seus sintomas de cansaço.

Paciente 2

A paciente 2 tem 50 anos e refere como motivo de consulta a sua idade dizendo “os 50 estão a ser muito conturbados”, refere também que está muito sozinha, fazendo com que se sinta perdida. Procura com a terapia para “ficar menos confusa e delinear objetivos”. Encontra-se atualmente desempregada, vive sozinha, sendo divorciada e não tem filhos. Refere um período de 7 anos de trabalhos precários e temporários após 30 anos de trabalho na área comercial.

Conta que a sua infância, até aos 14 anos, foi vivida no estrangeiro, sendo que veio viver para Portugal devido à revolução. Descreve uma situação familiar complicada, caracterizando a família como disfuncional. Esta disfuncionalidade é relacionada com a toxicoddependência do seu único irmão (39 anos), que teve o seu início aos 11 anos deste. Conta que o irmão terminou recentemente um programa de metadona, mas não conseguiu cumprir a fase de desmame, tendo uma recaída fase em que lhe assaltou a casa. Descreve a sua mãe como uma mulher depressiva, associando a depressão ao início da problemática do irmão, e que tentou suicidar-se atirando-se de uma janela, quando a paciente tinha 26 anos. O pai faleceu há 7 anos, e é descrito como um homem passivo e que antes de falecer lhe disse “nunca abandones o teu irmão”. A sua mãe encontra-se a viver num lar de idosos e está diagnosticada com Alzheimer. Refere ser muito ligada à família (pais e irmãos). Surge no seu discurso uma relação fusional com o seu irmão, sentindo culpa em relação a este por achar que não lhe deu o que ele precisava. Refere ter “comportamentos obsessivos” com ele, exemplificando que está sempre preocupada, ocupando esta relação com o irmão muito do espaço da sua vida mental.

Casou aos 30 anos com um colega de trabalho, mas divorciou-se após um ano de casamento por uma situação de violência doméstica e pelo consumo abusivo de álcool por parte do ex-marido. Após o divórcio teve apenas uma relação amorosa à distância de quatro anos. Denota-se no seu discurso um preenchimento do espaço mental com trabalho e questões familiares. Nos últimos sete anos de situações precária de trabalho, a paciente fala de sentimentos de tristeza e vazio provocados por esta situação onde procura ocupar o seu tempo na administração de um prédio deixado de herança, bem como na realização de vários cursos pelo centro de emprego, fazendo vários estágios de curta duração o que faz com que mantenha relações interpessoais pouco satisfatórias.

Terapeutas:

As pacientes 1 e 2 usufruíram de psicoterapia com duas terapeutas distintas, ambas com formação em Psicologia Clínica com quatro anos de experiência clínica. Ambas realizaram a sua psicanálise pessoal. Apenas uma das terapeutas tem formação em psicoterapia.

Terapia:

As psicoterapias decorreram na Clínica Universitária do ISPA com frequência semanal e duração média das sessões de 50 minutos. A psicoterapia é de inspiração psicodinâmica não manualizada. A paciente 1 realizou 80 sessões psicoterapêuticas durante dois anos e seis meses. A paciente 2 realizou 76 sessões psicoterapêuticas durante aproximadamente dois anos seis meses.

Instrumentos:

CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)

O instrumento utilizado no presente estudo é a versão traduzida para o português (Sá, 2008, Anexo A), da escala criada por Rofl Sandell em 1987. A escala tem como propósito a medição de mudanças depois ou durante uma psicoterapia ou psicanálise, em comparação com o estado inicial do paciente. A escala foi criada com base na análise intensiva dos conteúdos que surgiam em várias entrevistas recolhidas após o término de uma análise em que se pedia aos participantes para descrever como é que se sentiam diferentes e em que áreas. A escala mede em que forma o paciente se sente mudando em cinco dimensões: Sintomas (S), Capacidade Adaptativa (CA), Insight (I), Conflitos Básicos (CB) e Fatores Extra-terapêuticos (EF). A

definição de cada variável é acompanhada por uma lista de exemplos, com um mínimo de doze exemplos, para ajudar o avaliador a entender o significado de cada dimensão.

Sintomas refere-se a todos os sinais específicos, manifestos e observáveis que causam sofrimento ao paciente. A capacidade adaptativa refere-se à crescente aptidão para lidar com situações em que antes ocorriam sintomas, levando o paciente a comportar-se de forma inadequada. O Insight é caracterizado com uma melhoria na compreensão do próprio, dos seus problemas e experiências passadas. Os conflitos básicos são caracterizados por serem o resultado de um conflito precoce mal resolvido, onde a pessoa se comporta em qualquer situação como se tivesse perante o conflito. Mudança nesta variável é visível, por exemplo, nas diferenças relacionais do paciente com os objetos primários. Os fatores extra-terapêuticos referem-se a acontecimentos independentes da terapia que possam explicar a mudança. É de realçar que o mesmo incidente pode indicar mudança em mais do que uma variável (incidentes mistos).

Relativamente às propriedades psicométricas do instrumento original, o grau de concordância entre avaliadores, no estudo original, é de 0.74 a 0.81 para as quatro variáveis de mudança, e 0.83 para a junção das quatro variáveis numa mudança composta.

Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)

O DMRS (Perry, 1990) apresenta como objetivo identificar mecanismos de defesa utilizados pelo paciente no decorrer de uma sessão de terapia. Na versão atual (5ª ed.) está presente a definição de 28 mecanismos de defesa, dois dos quais estão subdivididos de acordo com objeto da defesa, perfazendo um total de 30 mecanismos de defesa. As defesas encontram-se organizadas por 7 escalas que representam o grau de adaptabilidade (Anexo B), assim temos o nível defensivo adaptativo (7), obsessivo (6), neurótico (5), narcísico (4), de evitamento (3), *borderline* (2), e de ação (1). Vaillant (1992) organizou os 7 níveis em 3 categorias gerais de defesa: as defesas maduras (nível 7), as defesas neuróticas (nível 5-6) e as defesas imaturas (nível 1-4). A escala permite uma avaliação quantitativa e qualitativa. A avaliação qualitativa consiste na classificação das defesas predominantemente utilizadas pelo paciente tendo em conta a sua ausência na sessão (0), presença provável (1), e presença definitiva (2) com o objetivo de criar um diagnóstico defensivo. A avaliação quantitativa corresponde à identificação de cada mecanismo defensivo que ocorre na sessão. Após a identificação determina-se o número total de vezes em que a defesa foi utilizada, este valor é multiplicado pelo peso da sua categoria, de 7 (nível maduro/mais adaptado) a 1 (nível mais imaturo/menos adaptado), e de seguida é dividido pelo número total de defesas encontradas, de onde resulta uma percentagem individual para cada

defesa. Este procedimento permite a determinação do perfil defensivo, após se calcular a percentagem total de defesas em cada nível defensivo. Temos assim o valor do *Overral Defensive Functioning* – ODF. Este valor varia entre 1 e 7, onde pontuações abaixo de 5.0 encontram-se associadas a perturbações da personalidade ou depressões graves; pontuações entre 5.0 e 5.5 estão associados a personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas; pontuações entre 5.5 e 6.0 estão associadas a um funcionamento neurótico saudável; e por fim pontuações acima de 6.0 estão associadas a um funcionamento neurótico-saudável superior.

Relativamente às propriedades psicométricas, a fiabilidade entre avaliadores varia entre aceitável e boa, 0.80 para o número de defesas identificadas por sessão e para o ODF, e 0.79 para os níveis de defesa.

Procedimento

A primeira etapa consistiu no estudo aprofundado do manual da escala *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)* por forma a entender a sua aplicação, e a descrição de cada uma das variáveis de mudança. De seguida, realizou-se uma fase de treino na identificação dos incidentes de mudança nas 5 dimensões. Para tal foram utilizadas notas de sessões transcritas em discurso direto de uma psicanálise com a duração de 3 anos e 8 meses, perfazendo o total de 384 sessões. Foram cotadas 150 sessões. As primeiras 30 sessões foram analisadas na sua ordem cronológica, obtendo-se um grau de concordância interavaliador de 0.66 (Anexo C). Os graus de concordância foram realizados entre o primeiro autor deste estudo e Gonçalves (2014). De seguida analisou-se uma em cada 3 sessões com objetivo de romper com o esquema cronológico para uma identificação mais fina e rigorosa, obtendo-se os seguintes graus de concordância 0.73 e 0.76 (Anexo D e E) para os dois momentos seguintes (cada um composto por 30 sessões). A segunda fase de treino consistiu em identificar incidentes de mudança em sessões gravadas em áudio. Para tal foram ouvidas 8 sessões do caso M. e 7 do caso A. obtendo-se um grau de concordância entre avaliadores de 0.75 e 0.80 respetivamente (Anexos F e G). O rompimento com o esquema cronológico também esteve presente na avaliação das sessões áudio. Após a obtenção de um grau de concordância satisfatório entre avaliadores, procedeu-se à audição das sessões finais recolhidas para o presente artigo empírico. A ordem cronológica foi rompida, com a distribuição aleatória da totalidade das sessões dos dois casos pelas três avaliadoras do CHAP, a primeira autor do presente estudo, Gonçalves (2014) e Anacleto (2014). Foram cotadas 57 de sessões do caso da paciente 1 (Anexo H) e 56 do caso da paciente 2 (Anexo I).

Os dados do DMRS utilizados no presente estudo foram cotados por Patrão (2014), que numa primeira fase de treino cotou sessões transcritas de duas psicoterapias onde foi privilegiado o método qualitativo do instrumento. Na fase posterior, o DMRS foi aplicado a dois casos clínicos de material áudio. Durante este período foram realizadas reuniões entre os dois avaliadores (que cotavam de forma independente) para discussão dos mecanismos de defesa identificados, bem como se realizaram reuniões de supervisão com clínico experiente. A fase de treino terminou com a obtenção de um valor de concordância entre avaliadores para as defesas individuais de 0.78. Para a avaliação dos casos finais (pacientes 1 e 2) foram selecionadas 4 sessões que correspondem a 5 momentos distintos no processo terapêutico (início, 6 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses). Nas cotações das sessões estas não estavam identificadas com o número de sessão nem o momento a que pertencia por forma a evitar enviesamentos.

Resultados

Paciente 1

Quantidade total de incidentes por variável

Os resultados apresentados referem-se a 58 incidentes de mudança num total de 57 sessões cotadas, onde 27 (46,55%) são incidentes “puros” e 31 (53, 44%) correspondem a avaliações em mais do que uma variável (figura 1).

Para o total dos 58 incidentes identificados durante o decorrer da psicoterapia, a variável Capacidade Adaptativa apresenta um total de 24 incidentes, seguindo-se a variável Sintomas com 22 incidentes. Com valores significativamente inferiores encontram-se as variáveis Insight e Conflitos Básicos, com 8 e 4 respetivamente.

Relativamente aos incidentes cotados como mistos (avaliados em mais de uma variável), obteve-se 10 incidentes que correspondem simultaneamente aos Sintomas e Capacidade Adaptativa, 3 que dizem respeito à Capacidade Adaptativa e Conflitos Básicos, 2 nas variáveis Insight e Conflitos Básicos, e 1 nos Sintomas e Insight. É de referir que nenhuma das variáveis apresentam exclusivamente incidentes “puros”.

A mesma figura permite afirmar que as mudanças observadas se devem unicamente a fatores relacionados com a terapia, sendo que não ocorreram incidentes extra-terapêuticos.

Nº de Incidentes

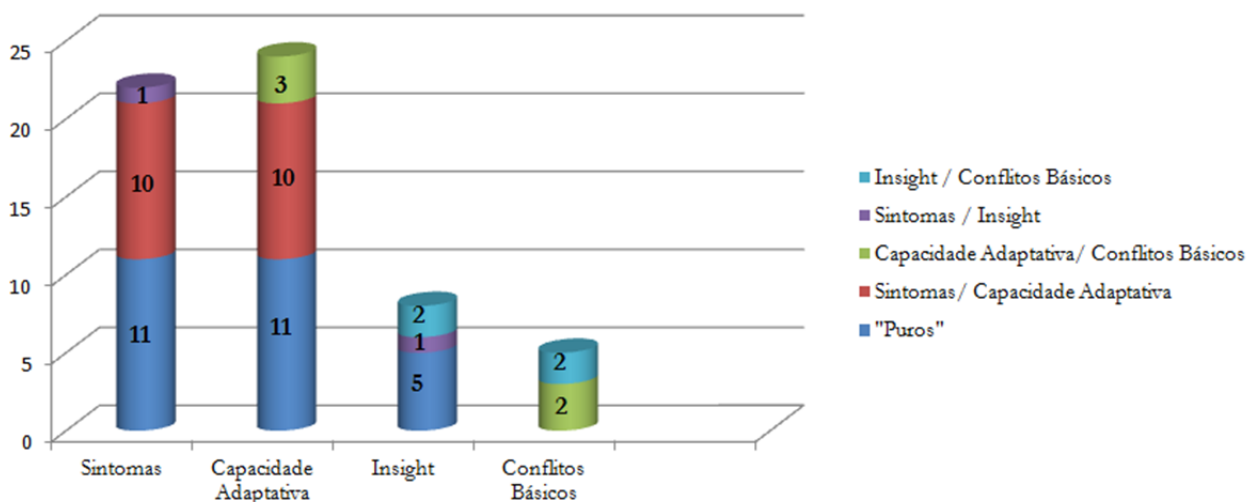


Figura 1 – Quantidade total de incidentes observados para cada variável de mudança na Paciente 1

Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo

A figura 2 representa a evolução da quantidade de incidentes ao longo dos 30 meses de psicoterapia. Neste gráfico, os valores apresentados correspondem ao rácio entre o número total de incidentes (puros e mistos) de cada variável, pelo número de sessões cotadas por trimestre (sendo o primeiro trimestre Junho a Agosto de 2011).

Os dados demonstram que foi no primeiro ano de terapia (Junho de 2011 a Junho de 2012) que ocorreram maior quantidade de incidentes de mudança para todas as variáveis. Revendo os resultados de forma mais detalhada, percebemos que as variáveis Sintomas e Capacidade Adaptativa são as que apresentam mais incidentes de mudança, em comparação com o Insight e Conflitos Básicos. Sendo que esta tendência se mantém ao longo de toda a psicoterapia, culminando num aumento exponencial de incidentes na variável Capacidade Adaptativa no final do acompanhamento. A variável Insight apresenta um pico entre o segundo e terceiro trimestre (Setembro a Dezembro 2011) e no final da psicoterapia. Conflitos Básicos foi a variável que registou menos incidentes de mudança ao longo do processo psicoterapêutico, sendo no final que se dá o seu aumento significativo.

É de salientar que no primeiro ano de acompanhamento foram cotadas 35 sessões, contrastando com apenas 22 cotadas no segundo ano. Nos primeiros meses de terapia, período entre Julho e Outubro de 2011, foi quando foram registadas mais sessões sem a ocorrência de incidentes de mudança.

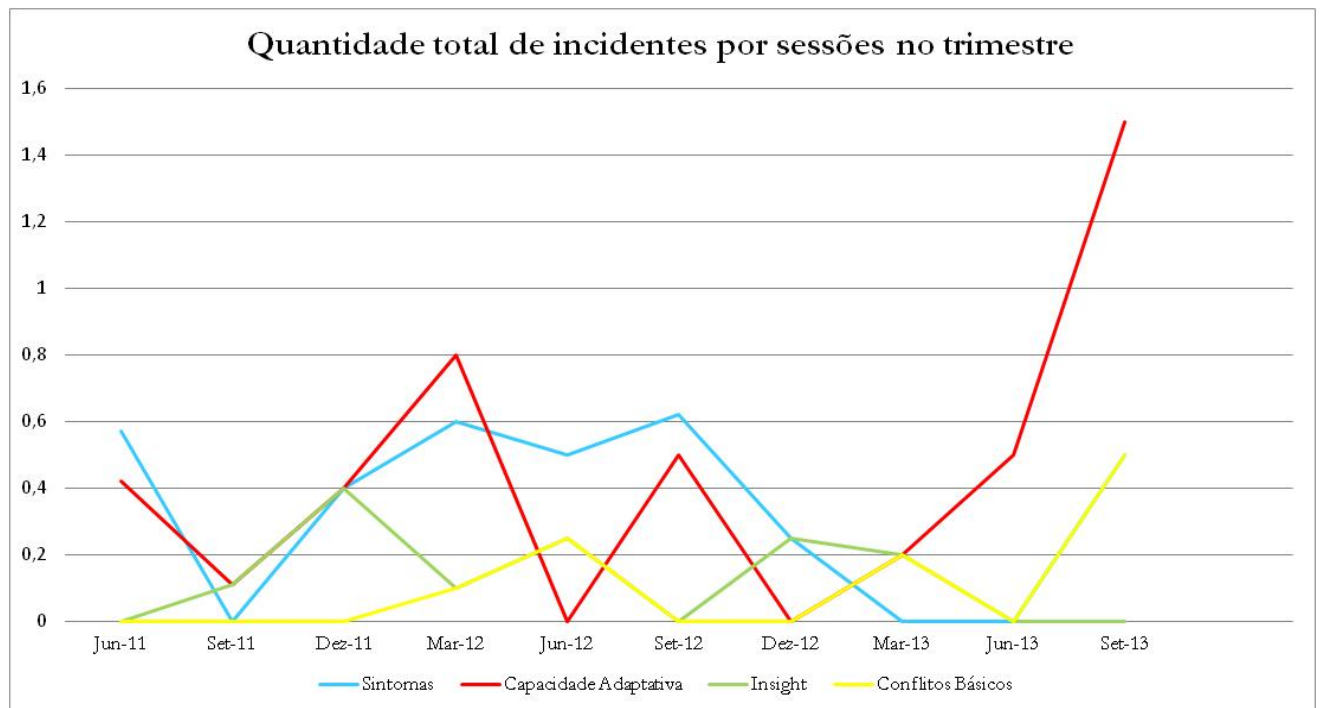


Figura 2 – Quantidade total de incidentes (Sintomas, Capacidade Adaptativa, Insight, Conflitos Básicos) por sessão no trimestre.

DMRS – Perfil Defensivo

A figura 3 representa a média de ODF (DMRS) da paciente 1. No começo da terapia regista-se um valor inicial de ODF de 3.95 que corresponde ao limite inferior do nível de defesas narcísicas. Aos seis meses o valor do ODF sobe para 4.20, atingindo o seu valor mais alto após um ano de psicoterapia, 4.50, sendo que este valor sofre uma descida de 0.75 aos dezoito meses. Assim, a paciente 1 apresenta um ODF de 3.76 após dois anos de terapia que representa um registo defensivo de nível de evitamento inferior ao inicial. Sendo que o valor se encontra abaixo de 5.0, podemos pensar numa perturbação da personalidade, depressão severa ou condição *borderline* (Lingiardi, 2010).

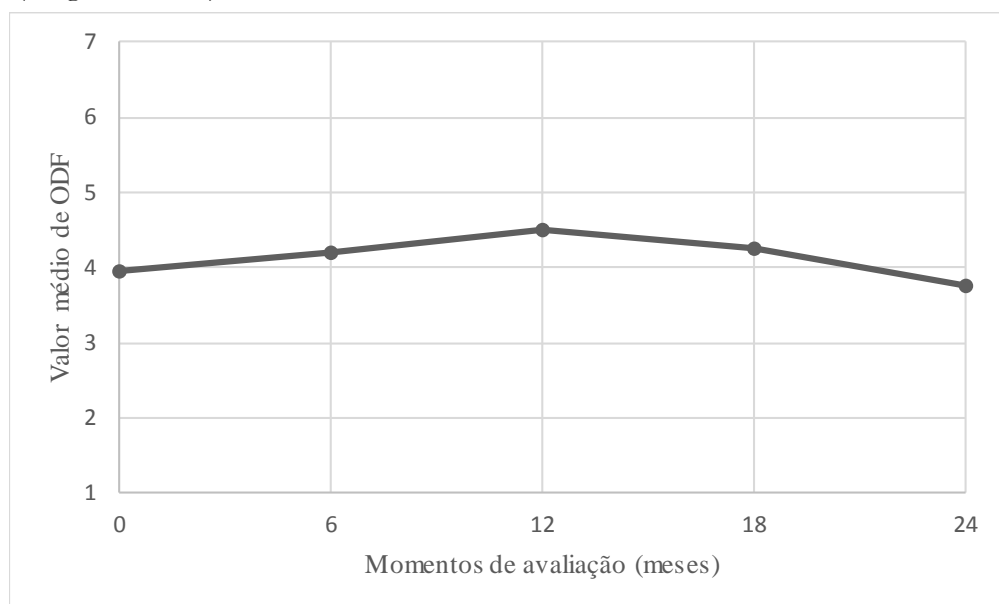


Figura 3 – Perfil de mudança de ODF da Paciente 1 ao longo da psicoterapia.

A figura 4 apresenta os perfis de mudança por nível defensivo utilizados pela paciente 1 no decorrer do processo terapêutico. Verifica-se que nos primeiros seis meses de psicoterapia ocorreu um aumento das defesas de nível neurótico e de evitamento, bem como uma descida das defesas de ação, narcísicas e *borderline*. No nível defensivo neurótico a defesa privilegiada é a do recalçamento, enquanto no nível defensivo de evitamento as defesas privilegiadas são as de projeção e racionalização. No último ano de psicoterapia é quando se verifica um decréscimo acentuado das defesas de nível neurótico e um aumento de defesas do nível de evitamento, principalmente pelo recurso da defesa de projeção. Assim, o perfil defensivo da paciente 1 é marcado por oscilações entre movimentos de falha no reconhecimento de afetos, impulsos e desejos e sua atribuição errônea ao outro que é visto como ameaçador.

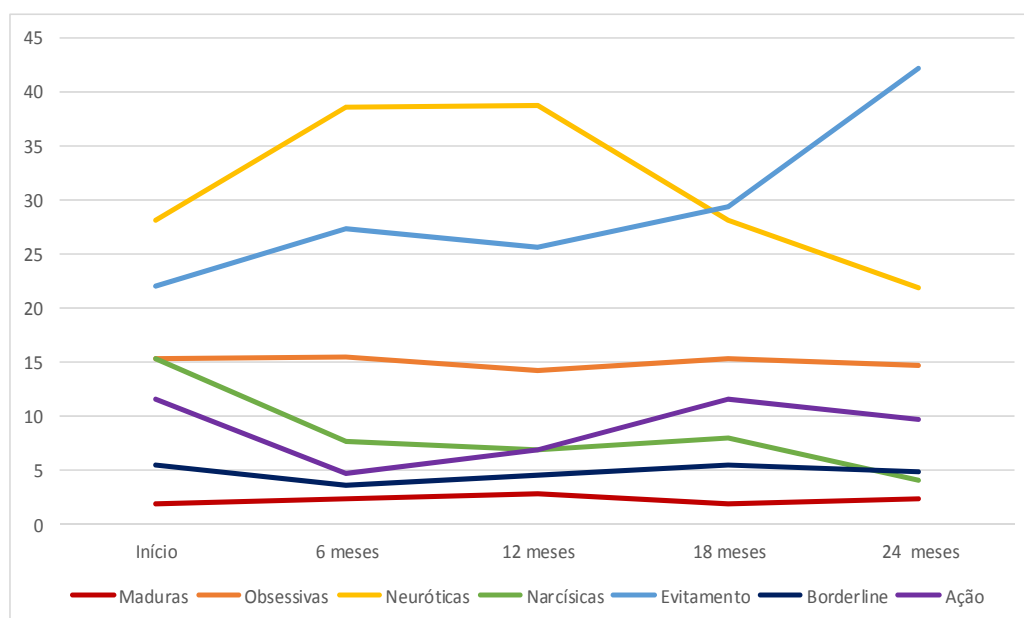


Figura 4 – Perfil de mudança dos níveis defensivos da paciente 1 ao longo da psicoterapia

Trajeto da Variável Insight (CHAP) e a sua relação com os valores do DMRS

Realizando uma leitura comparativa entre as figuras 2, 3 e 4 podemos perceber que a subida do ODF até aos 12 meses é acompanhada por períodos de maior registo de incidentes de Insight (6M, 9M) e sobretudo da Capacidade Adaptativa. Neste período de 6 e 12 meses, regista-se o uso maioritariamente de mecanismos de defesa como o recalçamento, a projeção e a racionalização (Anexo J). Constituindo assim um maior uso de defesas dos níveis neurótico, evitamento e obsessivo.

No período seguinte, os valores de ODF baixam, e existem momentos escassos registos de incidentes na variável Insight (15, 21, 24 e 30 M). Nestes períodos os mecanismos de defesa mais utilizados foram o recalçamento, a projeção, a anulação, a agressão passiva, onde

predominantemente os níveis defensivos que surgem são os de evitamento, neurótico e obsessivo.

Paciente 2

Quantidade de incidentes por variável

Os resultados apresentados na figura 5 referem-se a 59 incidentes de mudança, num total de 56 sessões cotadas, onde 49 (87,5%) são incidentes “puros” e 10 (16,94%) correspondem a avaliação em mais do que uma variável.

No processo terapêutico é a variável Insight que apresenta um maior número de incidentes, 27, seguindo-se a variável Capacidade Adaptativa com 17 e os Sintomas com 10. Conflitos Básicos é a variável em que se identificam menos incidentes de mudança.

No que diz respeito às formas mistas (incidentes de mudança cotadas em mais de uma variável), obteve-se 2 incidentes que revelam mudança simultaneamente na Capacidade Adaptativa e nos Conflitos Básicos, também 2 incidentes que avaliam tanto Insight como Conflitos Básicos, e 1 na Capacidade Adaptativa e Insight. Os sintomas são a única variável que apresenta na sua totalidade apenas incidentes “puros”.

A mesma figura permite afirmar que as mudanças observadas se devem unicamente a fatores relacionados com a terapia, sendo que não ocorreram incidentes extra-terapêuticos.

Nº de incidentes

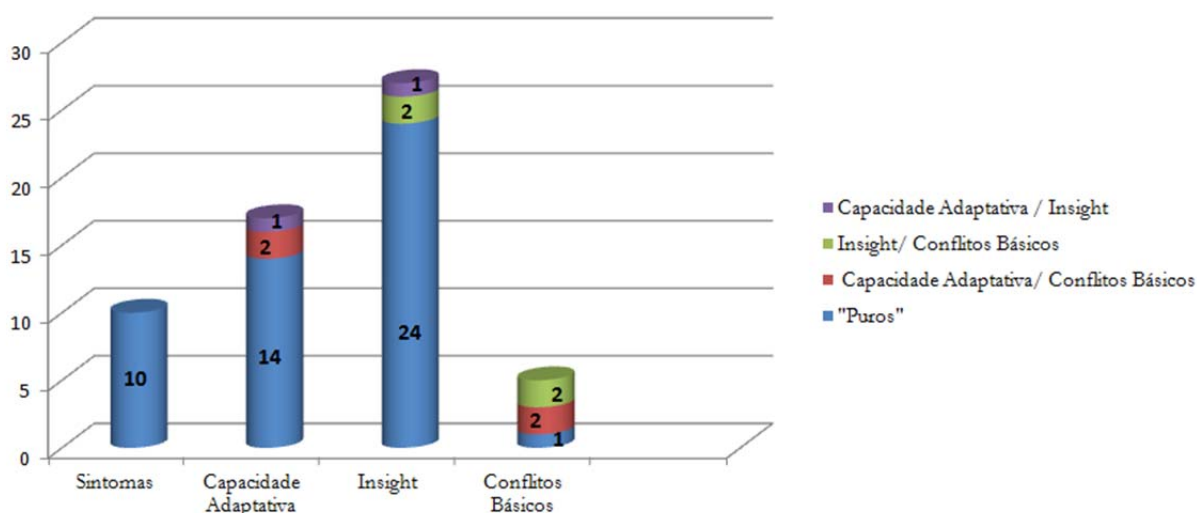


Figura 5 – Quantidade total de incidentes observados para cada variável de mudança

Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo

A figura 2 representa a evolução da quantidade de incidentes ao longo dos 30 meses de psicoterapia. Neste gráfico, os valores apresentados correspondem ao rácio entre o número total de incidentes (puros e mistos) de cada variável, pelo número de sessões cotadas por trimestre.

Na análise dos dados salienta-se que foi durante o primeiro ano de terapia (Janeiro de 2011 a Janeiro de 2012) que foram cotados mais incidentes de mudança em todas as variáveis. Numa análise mais detalhada, percebemos que no início da psicoterapia as variáveis que se destacam são o Insight, a Capacidade Adaptativa e os Conflitos Básicos, sendo que mudança na variável Sintomas só começa a surgir após 4 meses de terapia, apresentando o seu valor mais elevado entre os 21 e 34 meses. O Insight é a variável que apresenta mais incidentes de mudança, mantendo os seus valores altos, com a exceção no período dos 22 meses (8º trimestre). A variável Capacidade Adaptativa apresenta o seu valor mais elevado aos 12 meses (4º trimestre). A variável Conflitos Básicos apresenta valores mais elevados no início do acompanhamento e um ano depois (12 meses), permanecendo até ao final do acompanhamento sem incidentes.

É de salientar que no primeiro ano de acompanhamento foram cotadas 38 sessões, contrastando com apenas 18 cotadas no segundo ano. No período entre Fevereiro e Abril de 2013 foi quando foram registadas mais sessões sem a ocorrência de incidentes de mudança.

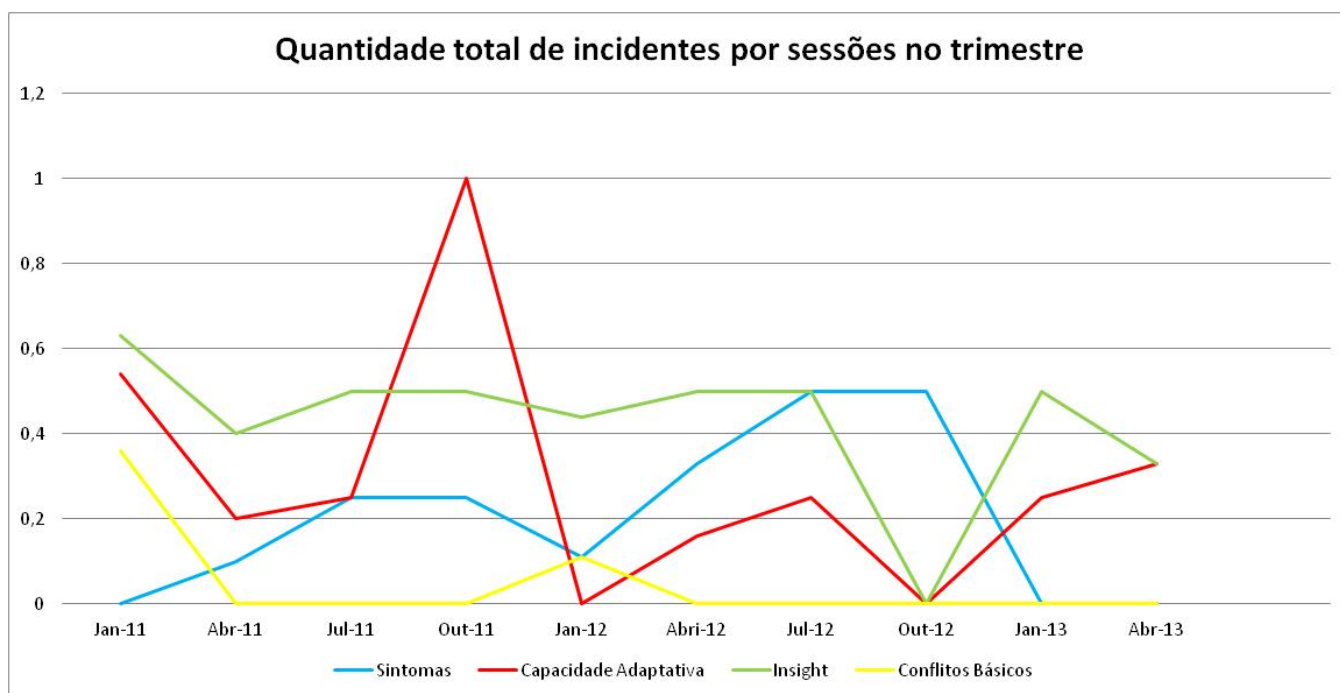


Figura 6 – Quantidade total de incidentes (Sintomas, Capacidade Adaptativa, Insight, Conflitos Básicos) por sessão no trimestre.

A paciente 2 inicia a psicoterapia com um valor média de ODF de 4.51, que corresponde a um funcionamento defensivo de nível narcísico. Na análise da figura 7 pode perceber-se que durante os 24 meses iniciais o valor do ODF manteve-se relativamente constante (nível narcísico). O valor médio de ODF mais baixo surge aos 12 meses (4.32). Assim, a paciente 2 no final da psicoterapia apresenta um valor médio de ODF de 4.59.

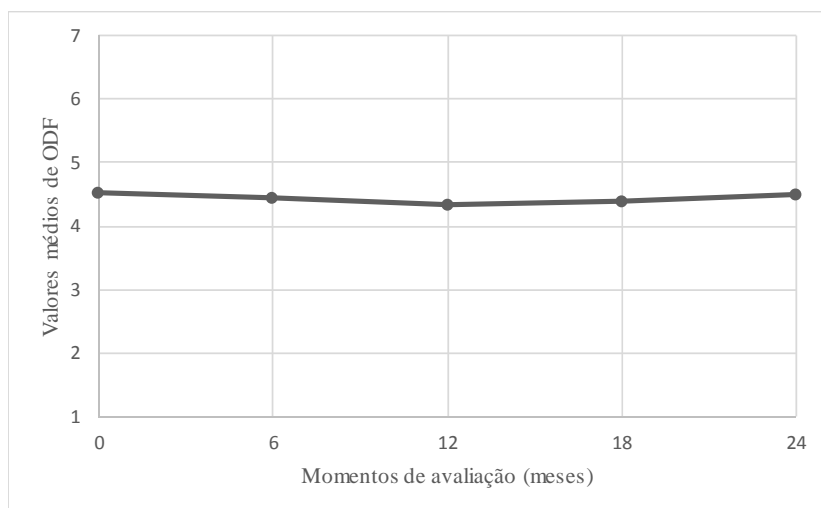


Figura 7 – Perfil de mudança de ODF da paciente 2 ao longo da psicoterapia

A figura 8 apresenta os mecanismos de defesa utilizados pela paciente 2 no decorrer do processo terapêutico. No início da psicoterapia a paciente 2 apresentava um registo defensivo com predominância de defesas do nível de evitamento, neuróticas, maduras e narcísicas, sendo os principais mecanismos de defesa utilizados neste período inicial a racionalização, o recalçamento e a negação. Verifica-se que nos vários momentos de avaliação, surge um aumento das defesas de nível de evitamento. As defesas neuróticas sofrem uma descida aos 24 meses, descida esta que é acompanhada por uma crescente utilização de defesas do nível obsessivo. As defesas de nível narcísico também registam um aumento no final da psicoterapia. As defesas de nível maduro estabilizam a partir dos 18 meses. É de notar que durante o processo terapêutico da paciente 2 existe um uso privilegiado de defesas de nível defensivo mais adaptativo (defesas neuróticas, obsessivas e maduras), no entanto o peso das defesas imaturas do nível do evitamento (racionalização) resulta num funcionamento defensivo comprometido (abaixo de 5.0) o que indica uma possível perturbação da personalidade, depressão severa ou condição *borderline*.

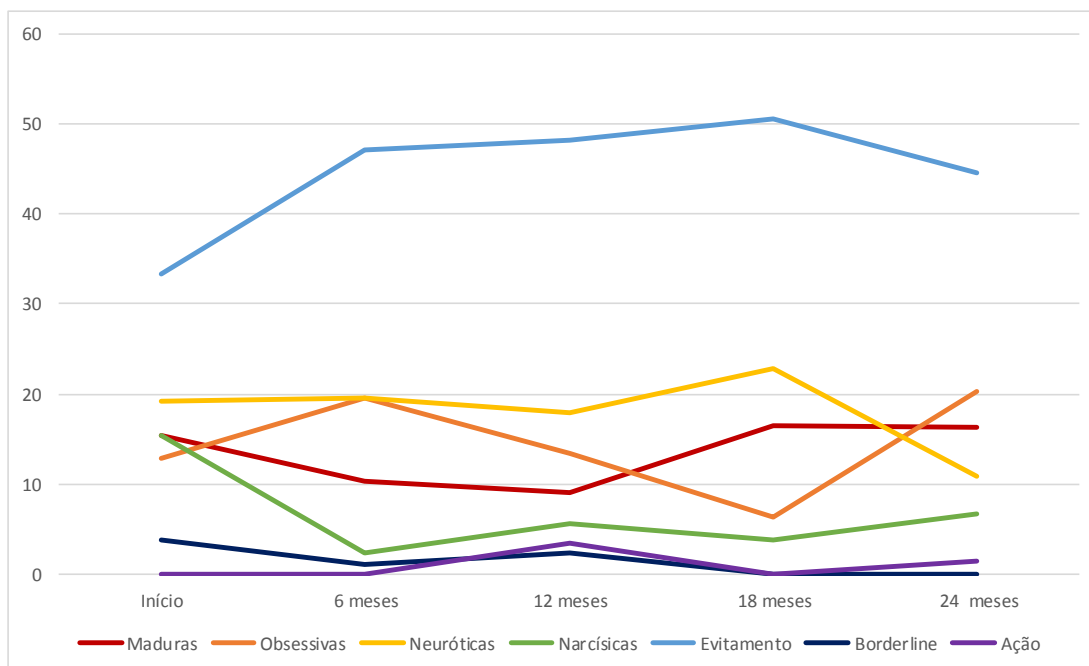


Figura 8 – Perfil de mudança dos níveis defensivos da paciente 2 ao longo da psicoterapia

Trajeto da Variável Insight (CHAP) e a sua relação com os valores do DMRS

Realizando uma leitura comparativa entre as figuras 6, 7 e 8 podemos perceber que os valores do nível médio do ODF se mantêm relativamente estáveis nos 6 e 12 meses, já nos valores relativos à variável Insight denota-se uma ligeira descida aos 6 meses. Neste período os mecanismos de defesa privilegiados são a racionalização, o recalçamento, a negação, auto-observação e projeção (Anexo L). Assim, os níveis defensivos são os de evitamento, neurótico e obsessivo.

No período seguinte, os valores de ODF estabilizam, assim como os incidentes identificados para a variável Insight. Nestes períodos (18 e 24 M) os mecanismos de defesa privilegiados são a racionalização, o recalçamento, auto-observação e intelectualização. Os níveis defensivos mantêm-se no de evitamento, neurótico, obsessivo e maduro.

Discussão

O objetivo do presente estudo prende-se com a observação da relação entre mudança a vários níveis (sintomas, capacidade adaptativa, insight, conflitos básicos) e o uso de determinados mecanismos de defesa em psicoterapia psicanalítica.

No caso da paciente 1 os resultados obtidos no CHAP apontam para uma mudança inicial nas variáveis Capacidade Adaptativa e Sintomas. Ligamos estes resultados ao pedido efetuado pela paciente, em que esta procurava a psicoterapia pelos seus sintomas depressivos, ataques de pânico, falhas na memória e desorganização espaço-temporal. Estas duas variáveis

partilham incidentes mistos o que nos leva a pensar que mudanças nestas variáveis torna-se, não raras vezes, indissociáveis. Wilczek et al (2004) explica esta ligação dizendo que mudança nos sintomas acarreta também uma mudança na adaptação. Quanto à variável Insight, esta vai surgindo gradualmente, apresentando o seu pico por volta dos sete meses, o que também vai ao encontro com da literatura, onde na psicoterapia psicanalítica vai existindo um aumento gradual da sensibilização que pode ser o reflexo de momentos de insight (Weiss, Sampson, e Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986, cit por Luborsky, 2001). Dois anos após o início da psicoterapia denota-se que ocorrem em menor proporção mudanças ao nível dos Sintomas e em contrapartida surgem mudanças nos Conflitos Básicos, e a Capacidade Adaptativa atinge o seu valor mais elevado. Estes resultados parecem ir ao encontro ao estipulado pelo Modelo Trifásico, onde primeiro ocorrem mudanças nos sintomas, e só na última fase surgem mudanças nos conflitos básicos. A evolução dos conflitos básicos vai ao encontro dos dados de Dewald (1972, cit por Meissner, 2000), pois a mudança estrutural é um processo mais lento que se realiza no decorrer da terapia dando pequenos passos.

Relativamente ao funcionamento defensivo da paciente 1, os resultados mostram um aumento dos valores de ODF após seis meses de terapia, seguindo-se uma regressão desses valores e o retorno ao nível defensivo inicial no final da psicoterapia. Assim, a paciente 1 apresenta uma patologia mais severa com um ODF mais baixo (.4) e ausência de defesas maduras. A regressão dos valores do ODF aos 12 meses parece indicar que a paciente “piorou”, pois ocorre uma diminuição das defesas neuróticas, aumentando as defesas de evitamento e *borderline*. Estes valores surgem em concordância com a literatura, pois vários estudos tem demonstrado uma relação entre a severidade do diagnóstico e o ritmo de mudança do funcionamento ao longo da terapia (Perry, Petraglia & Olson, 2012; Perry, 2001; Perry & Bond, 2012). Perry e Bond (2012) também salientam o impacto da experiências adversas infantis num ritmo mais lento de melhoria no funcionamento defensivo. A paciente 1 relata experiências de infância que podem ser sentidas como traumatizantes, como a vivência de períodos de guerra e separação da família nuclear. Relativamente aos mecanismos de defesa, a paciente 1 nos primeiros seis meses utiliza mais defesas neuróticas, mas no entanto quando entra em contacto com sentimentos dolorosos reage a esta situações de *stress* começando a utilizar defesas de projeção e recusa em aceder a estes aspetos dolorosos.

No caso da paciente 2 os resultados obtidos no CHAP apontam para uma maior mudança na variável Insight, seguindo-se a Capacidade Adaptativa. Ligamos estes resultados ao pedido da paciente, onde expressa que os “50 estão a ser muito conturbados” e procura com a

terapia “ficar menos confusa e delinear objetivos”, ou seja, surge um pedido de organização do espaço mental, no qual o Insight tem um papel fundamental. No caso da paciente 2 as distribuições dos incidentes de mudança não parecem de ir de encontro ao modelo trifásico, dado que existem logo nos primeiros tempos mudança nas variáveis Insight e Capacidade Adaptativa, sendo que só aos 4 meses é que começam a manifestar-se mudanças na variável dos Sintomas.

Relativamente ao funcionamento defensivo da paciente 2, este mantém-se estável no nível de defesas narcísicas, registando apenas pequenas flutuações. Como no caso da paciente 1, a severidade do diagnóstico e as experiências infantis adversas, influenciam um processo mais lento na melhoria do funcionamento defensivo. No entanto, nesta paciente a patologia é menos severa (ODF de 4.5) e existe mais o recurso a defesas maduras, principalmente após os 18 meses, onde ocorre uma descida no uso de defesas de evitamento e uma subida no uso de defesas obsessivas, mas dado o peso das defesas do nível de evitamento estas não permitem uma melhoria no funcionamento defensivo.

Um último objetivo do presente trabalho é perceber a relação entre Insight e os mecanismos de defesa. Para Lacey (2014) como as defesas distorcem o entendimento do sujeito em relação a si e aos outros, pacientes com defesas menos adaptadas iriam também apresentar pouco Insight pois este requer um entendimento mais verdadeiro sobre si e sobre os outros. Nos dois casos estudados, surge uma coexistência entre a identificação de incidentes de Insight e mecanismos de defesa de nível inferior, sugerindo que a existência de mecanismos de defesa imaturos não impede o surgimento de Insight. Percebemos pelos casos em estudo que melhorias nos valores do ODF surgem após ou em concordância com momentos de maior registo de incidentes de Insight. No entanto esta alteração dos valores do ODF não cristaliza. Podemos pensar que como as defesas são a resposta a um mal-estar interior, e que o Insight é um entendimento mais verdadeiro, nem sempre a realização de algo profundo nos pacientes é suportado pelo Ego, refugiando-se o paciente em defesas mais imaturas.

Concluindo, este estudo permitiu o estudo da relação entre mudança em diferentes variáveis (sintomas, capacidade adaptativa, insight e conflitos básicos) e os mecanismos de defesa, através do recurso a instrumentos que permitem avaliar a mudança no decorrer de um processo terapêutico. Por se tratarem apenas de dois casos, os dados não podem ser generalizados. No entanto, estudos que permitam uma análise dos processos em psicoterapia são de grande relevância para que se possa realizar alterações nas técnicas para que respondam cada vez melhor aos diferentes sujeitos que a elas recorrem, nos seus momentos de maior fragilidade e que com elas procuram alterações que possibilitam o aumento da qualidade de vida.

O presente estudo permite pensar na importância de colocar a tônica no indivíduo e na sua história pessoal e de como esta influência grandemente os processos de mudança, ou seja, procurar que nas investigações a tônica descentre-se das diferenças entre teorias/técnicas, quais aquelas que atingem melhores resultados, mas sim fazer uma avaliação mais rigorosa das características da pessoa que procura a psicoterapia por forma a oferecer o tratamento que permite à pessoa, no seu tempo, e com os seus recursos atingir as melhorias na qualidade de vida que deseja.

Referências

- Giuseppe, M., Perry, J., Petraglia, J., Janzen, J. & Lingardi, V. (2014). Development of a Q-sort version of the defense mechanism rating scales (DMRS-Q) for clinical use. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 70 (5), 452-485
- Howard, K., Kopta, S., Krause, M., & Orlinsky, D. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41 (2), 159-164
- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J., Piper, W. E., & McCallum, M. (2002). A test of the phase model of psychotherapy change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (8), 759-766
- Kopta, S. M. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: a defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (7), 727-733
- Lacewing, M. (2014). Psychodynamic Psychotherapy, Insight, and Therapeutic Action. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 21 (2), 154-171
- Luborsky, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (4).
- Meissner, W. W. (2000). The structural principle in psychoanalyses: II. Structure formation and structural change. *Psychoanalyses & Contemporary Thought*, 23 (3).
- Norte, P. (2014). *Avaliação de processos de mudança em psicoterapia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Patrão, C. (2014). *Intervenções dirigidas ao conflito e mudança no funcionamento defensivo em psicoterapia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Perry, J. (1990). *Defense Mechanism Rating Scales*. Boston: Cambridge Hospital – Harvard Medical School
- Perry, J., Petraglia, J., Olson, T., Presniak, M. & Metzger, A. (2012). Accuracy of defense interpretation in three character types. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kachele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 417–447). Totowa, NJ: Humana Press.

- Perry, J., & Bond, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, 169 (9), 916-925.
- Sá, V. (2008). *Avaliação de Mudança em Psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Sandell, R. (1987). *Rating the Outcomes of Psychoanalysis Using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP) – manual and commentary*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Stulz, N., & Lutz, W. (2007). Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: the phase model revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (9), 871-833
- Vaillant, G. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wilczek, A., Barber, J. P., Gustavsson, J. P., Åsberg, M. & Weinryb, R. M. (2004a). Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52 (4).
- Yoshida, E. (1998). *Avaliação de mudança em processo terapêuticos*. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127

Anexos

Anexo A - Lista de Exemplos de Mudança nas Variáveis do CHAP

Mudança nos Sintomas

1. Os sintomas diminuíram em número, frequência, duração, severidade e intensidade;
2. O paciente está menos perturbado com os seus sintomas, por exemplo com menos medo da sua ansiedade, ou consegue suportá-la melhor;
3. O paciente não se preocupa com os seus sintomas;
4. O paciente não fala, espontaneamente, sobre os seus sintomas, não os menciona;
5. O paciente fala dos seus sintomas usando o tempo verbal no passado;
6. O paciente considera os seus sintomas sem importância, nada que mereça ser mencionado;
7. O paciente faz dos seus sintomas uma frivolidade;
8. O paciente encara os seus sintomas de uma forma mais objetiva, com maior distância emocional, curiosidade, espanto/admiração, humor, procurando questioná-los e analisá-los, refletir 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 atuou 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 atuou 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 ativo, 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 antes não conseguia fazer;
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, atos, 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 aspetos 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 atuar (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 reflete 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 objetiva 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 atos falhados e tenta compreendê-los;
21. O paciente é mais capaz de prever os seus sentimentos, reações, ações 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 controlo 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;

Fatores 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 - Hierarquia de defesas segundo o DMRS

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

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

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

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

Anexo C - Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores

Avaliação de Incidentes de Mudança (1º momento)

| Sessão | Data | Incidente | Var. Cátia | Var. Raquel |
|--------|--------|--|------------|-------------|
| 30 | Jul-04 | E agora dou comigo com relativa frequência a sentir isso tao forte que me estraga o dia | I | I |
| | | Até há pouco tempo havia certos sentimentos (ou ausência deles) que eram apreciados | I | I |
| 31 | Jul-04 | Como se eu não quisesse ter a família que tinha, aperceber-me disso fez-me sentir muito mal | I | - |
| 32 | Jul-04 | Uma coisa que me dou conta ... a posição em que estou aqui ajuda-me a falar. Da mesma maneira de que quando falo da infância fecho os olhos e quando falo do presente tenho os olhos abertos | I | I |
| | | Porque me vai fazer falta e porque depois penso que disparate, já estou dependente | I | - |
| 33 | Set-04 | Ultimamente comovo-me mais facilmente | - | CA |
| 34 | Set-04 | Agora não me apetece fugir | CA | -- |
| 35 | Set-04 | Agora até gosto de estar do contra | CA | CA |
| | | Acho que tinha medo de ser excluída por não estar nas normas ... agora a mim é que me apetece sair do baralho | CB | CB |
| | | Mas agora tenho a sensação de que era uma forma de estar em oposição a pequenas coisas | I | |
| | | Agora até gosto de estar do contra | -- | I |
| | | Agora até gosto de estar do contra | CA | CA |
| | | Acho que tinha medo de ser excluída por não estar nas normas ... agora é a mim que me apetece sair do baralho | CB | CB |
| 36 | Set-04 | Isto é uma forma de me autoexcluir, observando, não me envolvendo verdadeiramente | I | CA |
| 37 | Set-04 | -- | -- | -- |
| 38 | Set-04 | Fiquei aliviada quando conclui que não tinha de gostar dela | I | I |
| 39 | Set-04 | -- | -- | -- |
| 40 | Out-04 | Se por um lado racionalizo e tenho dificuldade em expressar emoções, por outro lado dou por mim a ter comportamentos impulsivos e urgentes | I | I |

| | | | | |
|----|--------|---|----|----|
| 41 | Out-04 | O A. não pode brilhar que eu sinto-me logo insignificante | I | I |
| | | Isto tem a ver com o ter de ser melhor e achar que ficaria aquém, incomoda-me | -- | I |
| 42 | Out-04 | Descobri que tenho de dizer as coisas e digo e sinto-me agressiva e tenho um certo prazer nisso | I | I |
| | | É do que eu me apercebi é que existe uma espécie de medo, quase, com a relação, há algo que me assusta e me dá vontade de me defender. Por outro lado, é uma relação de confiança, exponho-me, ao mesmo tempo tenho a sensação de que é como se fosse uma confiança calculada | I | I |
| | | De repente parece que descobri que tenho de dizer as coisas e digo, e sinto-me agressiva e tenho um certo prazer nisso | -- | I |
| 43 | Out-04 | -- | -- | -- |
| 44 | Out-04 | -- | -- | -- |
| 45 | Out-04 | Começo a ver mais claro o que ontem falámos ... tem a ver com que reparem em mim ... ver o que está por trás acalma as minhas emoções | CA | CA |
| 46 | Out-04 | As vezes os acessos de mau humor no meu emprego se calhar resultam de me dizerem o que devo fazer | I | I |
| 47 | Out-04 | De repente ocorreu-me que tinha a ver com uma certa identificação, o desejo de ser reconhecida | I | I |
| 48 | Out-04 | Tudo o que tenha a ver com afetos, desejos, nunca tinha pensado nisso, mas há qualquer coisa de vergonha | I | I |
| | | Ontem quando sai ocorreu-me que a má vontade que tinha em relação a si já era uma forma de não correr riscos de gostar de si | I | -- |
| 49 | Out-04 | -- | -- | -- |
| 50 | Nov-04 | Vergonha é um incomodo ... desliguei porque era demais | I | I |
| | | Ocorreu-me agora que estava apaixonada pelo meu pai | I | I |
| | | Se olhar para trás, parece-me que este seria o meu estado mais comum por uma questão de sobrevivência | -- | I |
| 51 | Nov-04 | -- | -- | -- |
| 52 | Nov-04 | Não sei, é estranho a sensação de desligar ao mesmo tempo é quase confortável e tenho a sensação de ver mais claro | CA | CA |
| 53 | Nov-04 | -- | -- | -- |

| | | | | |
|----|--------|--|----|----|
| 54 | Nov-04 | Uma coisa que estou a tentar perceber. Uma pessoa que de quem ele iria gostar que não era um rival para ele | I | -- |
| | | E agora o que me está a ocorrer ... ou sabia que ele era a pessoa que o meu pai iria gostar, mas ao mesmo tempo não era o marido que desejava para mim | CB | CB |
| 55 | Nov-04 | Não teve nada a ver com o que eu senti falta, é não considerar o que a outra pessoa quer | I | I |
| | | O desconforto vem do aspeto sexual da paixão. O que é surpreendente é como se acabasse de descobrir isso agora, mas é tão óbvio | I | CB |
| 56 | Nov-04 | -- | -- | -- |
| 57 | Nov-04 | -- | -- | -- |
| 58 | Nov-04 | -- | -- | -- |
| | | -- | -- | -- |
| 59 | Nov-04 | -- | -- | -- |
| 60 | Nov-04 | Mas percebi-me que há coisas dentro de mim fortes e querem sair | -- | I |

Grau de concordância entre avaliadores: 0.66

| |
|--------------|
| Concordantes |
| I – 11 |
| CA – 4 |
| CB – 3 |

| |
|--------------|
| Discordantes |
| I – 2 |
| CA – 1 |
| CB – 1 |

Anexo D - Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores

Avaliação de Incidentes de Mudança (2º momento)

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

| | | | | |
|----|--------|--|-----|-----|
| 67 | Dez-04 | Agora apercebi-me que não é sempre assim, afinal a minha madrasta não é esse poço de perfeição | I | I |
| | | Agora apercebo-me que houve mais coisas que não vivi, olhando para as minhas sobrinhas | I | I |
| | | Agora sou eu. Antes era um pouco espectadora. Sim, sei lá não era eu, sou eu. E ao menos parece que fico com menos medo | -- | S |
| | | Acho que posso viver com isto, sem os voluntarismos para fugir das coisas | -- | CA |
| 68 | Dez-04 | Agora apercebi-me que não é sempre assim, afinal a minha madrasta não é esse poço de perfeição | I | I |
| 69 | Dez-04 | --- | --- | --- |
| 70 | Jan-05 | É como se fosse uma maneira de mostrar a mim própria que estou bem sozinha, mas ao mesmo tempo se calhar incomoda-me bastante ao ponto dar me dar ao trabalho de mostrar que não me incomoda | I | I |
| 71 | Jan-05 | --- | --- | --- |
| 72 | Jan-05 | --- | --- | --- |
| 73 | Jan-05 | --- | --- | --- |
| 74 | Jan-05 | --- | --- | --- |
| 75 | Jan-05 | Acho que percebi porque tenho esta necessidade de manter o controle. Sou capaz de ser dumas intolerância e agressividade que me assusta. Tem a ver com o sentir-me ameaçada | I | I |
| 76 | Fev-04 | --- | --- | --- |
| 77 | Fev-05 | E antes tinha vergonha e agora dei por | CA | CA |

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

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

Grau de concordância entre avaliadores: 0.73

| | |
|--------------|--------------|
| Concordantes | Discordantes |
| I – 13 | I – 5 |
| CA – 2 | CA – 1 |
| CB - 4 | CB - 1 |
| S - | S - 1 |

Anexo E - Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores

Avaliação de Incidentes de Mudança (3º momento)

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

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

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

Grau de concordância entre avaliadores: 0.76

| | |
|--------------|--------------|
| Concordantes | Discordantes |
| I – 11 | I – |
| CA – | CA – |
| CB - 1 | CB - |
| S - 1 | S - |

Anexo F - Treino da CHAP Sessões Gravas - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores
Avaliação de Incidentes de Mudança (1º momento)

| Mês | Sessão | Incidente | Var. Cátia | Var. Raquel |
|-----|--------|---|------------|-------------|
| 1º | 12 | A verdade é que não quero estar sozinha e quero arranjar outra pessoa que preencha este vazio. M:43 | I | I |
| | 20 | Eu falo muito bem com toda a gente, até falo de mais, com gente que não devia acho eu, por vezes caíu no disparate ... agora já estou mais controlada, já não falo com toda a gente como dantes, já escolho as pessoas com quem falo. M:04 | CA | CA |
| 6º | 1 | Já consigo, por exemplo, estava lá na esplanada no careca e estava bem, usufruí, depois fiquei muito bem disposta, estava super animada, já consigo tirar prazer. M:43 | I | I |
| | | Uma coisa que eu ganhei (disciplina). Eu não era assim. Eu ganhei há relativamente pouco tempo, porque eu não era nada assim, eu odeio rotinas. M: 01 | CA | CA |
| | 6 | --- | --- | --- |
| 12º | 11 | Eu fui a última a chegar, a última neta, a última filha ... eu tive de conquistar o meu espaço e quando o tenho, não o deixo ir. Eu faço isso nas relações e com as coisas. M:33 | I | --- |
| 18º | 13 | --- | --- | --- |
| 24º | 5 | Sinto-me bem, sinto-me aliviada, não me importo nada de ter dito e que ele saiba que estou interessada nele M:3 | CA | CA |
| | | Já não são aqueles apetites horrorosos em que saltava para a dispensa e comia tudo. M:17 | S | S |
| 30º | | Se fosse noutra altura eu tinha logo refilado e tinha dito "tá baza", mas não disse, então querida vá que eu também não vou demorar muito tempo que tenho de ir dar aulas e se ficar 5/10 minutos no café ..." com uma calma, uma tranquilidade nem me chateei com ela nem nada. M:18 | CA | CA |

Grau de concordância entre avaliadores: 0.75

| Concordantes | Discordantes |
|--------------|--------------|
| I – 2 | I – 1 |
| CA – 4 | CA – 0 |
| CB | CB |

Anexo G - Treino da CHAP Sessões Graves - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores
Avaliação de Incidentes de Mudança (2º momento)

| Mês | Sessão | Incidente | Var. Cátia | Var. Raquel |
|-----|--------|---|------------|-------------|
| 1º | 12 | Converso converso, já foi o tempo em que eu não conversava, agora digo-lhe as coisas que sinto e que ele tem de ouvir. M:7 | CA | CA |
| | 20 | Sim, mas agora também já lhe disse que é preciso ver que a altura já passou, já passaram 16 anos e não 2 ou 3. E nós já demos a mão à palmatória que não fomos corretos, que não agimos bem | I | I |
| 6º | 6 | É difícil cortar estes cordão umbilical ... está já muito agarrado à minha maneira de ser. M: 27 | I | -- |
| | | E já consegui não ser eu a interferir. M: 28 | CA | CA |
| | | Cá estou eu mais uma vez a facilitar a liberdade dos outros e a continuar a ser eu a fazer tudo, tomar conta de tudo e a equilibrar tudo. M:42 | I | I |
| | | Temos no colo que não me lembro de ter tido. Só me lembro de ter dado. Tenho sempre mais recordações de ser eu a dar, do que receber, com o meu irmão, o meu primo. M:49 | I | I |
| | 18 | Agora vou começar a organizar a Amália. Só o sentido de conseguir dormir à noite sem problemas, está-me a deixar mais sossegada e calma durante o dia. M:14 | CA | CA |
| 12º | 7 | Cá está a maneira que eu aprendi de não levar as coisas ao ponto que as pessoas querem – M | CA | CA |
| | | Esse vazio vem da falta de diálogo que temos um com o outro. M:34 | I | I |
| 18º | 9 | Estou me a capacitar, vou ter uma volta na vida que ao fim ao cabo sempre a desejei. M: 35 | I | I |
| | | Estou me a confrontar que vai ser real ... eu tenho de sair dali isso já me capacitei à muito. M: 36 | CA | CA |
| | 13 | ---- | --- | --- |

Grau de concordância entre avaliadores: 0.80

| Concordantes |
|--------------|
| I – 5 |
| CA – 5 |
| CB |

| Discordantes |
|--------------|
| I – 1 |
| CA – 0 |
| CB |

Anexo H - Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 1)

| Data | Código | Incidente | Variável |
|------------------|--------|--|----------|
| 1 – 09/06/11 | 12 | --- | --- |
| 2 – 16/06/11 | 20 | Já saio à rua sozinha, já peguei no carro uma vez e nunca mais tive aqueles sintomas da cabeça cansada, ainda não tive nenhum ataque de pânico, estou-me a controlar. M:00 | S |
| | | | CA |
| | | Ainda fico assim quando as pessoas morrem, mas já não é com aqueles pensamentos negativos, já saio de casa para o café, já venho. | S |
| | | | CA |
| | | Já não me tem acontecido de fechar-me em casa. M:3 | S |
| | | | CA |
| 3 – 30/06/11 | 3 | Não tive mais daqueles sintomas depressivos. Não sei se é por estar a fazer isto ou estar a fazer muita coisa ao mesmo tempo. M:36 | S |
| 4 – 07/07/11 | 8 | --- | --- |
| 5 – 14/07/11 | 35 | --- | --- |
| 6 – 21/07/11 | 70 | --- | --- |
| 7 – 28/07/11 | 79 | --- | --- |
| 8 – 15/09/11 | 64 | --- | --- |
| 9 – 22/09/11 | 71 | --- | --- |
| 10 – 29/09/11 | 68 | --- | --- |
| 12 – 13/10/11 | 55 | --- | --- |
| 13 – 20/10/11 | 34 | Eu ainda fui até ao quarto (para se deitar), mas voltei e disse “tu não me enerves, tu é que criaste esta confusão toda”. M:3 | CA |
| 14 – 27/10/11 | 67 | --- | --- |
| 15 – 03/11/11 | 49 | Custa-me dizer isto, mas parece que o meu marido é meu filho também. M:15 | I |
| 16 – 10/11/11 | 1 | --- | --- |
| 17 – 17/11/11 | 6 | --- | --- |
| 18- 06/12/11 | 15 | --- | --- |
| 19 – 15/12/11 | 23 | --- | --- |

| | | | |
|------------------|----|--|---|
| 22 – 10/01/12 | 74 | Desde ontem, sinto que parece que conseguia por ordem em casa. M:43 | CA |
| | | Estou a deixar um bocadinho a depressão de lado e estou a viver um bocadinho mais para mim. M:44 | S |
| | | | CA |
| 24 – 31/01/12 | 59 | A minha vida contínua normal, mas já não tenho tantos pensamentos. M:01 | S |
| | | A imagem que tenho do meu pai é a mesma imagem que tenho de mim todas as manhãs, é eu não me conseguir levantar. Só me levanto às últimas mesmo, e por isso, vejo-me como o meu pai. M: 40 | I |
| 26 – 14/02/12 | 47 | Por enquanto, já não tenho aquele pensamento de estar na cama com medo de acordar, já não é com aqueles receios horríveis, que não consigo explicar os sintomas. M:30 | S |
| | | Sim, se calhar também é uma maneira de fugir do meu marido, e sinto-me sozinha. M:42 | I |
| 29 – 6/03/12 | 44 | Não tenho pensado como da última vez, “ah se calhar até vou ter mais”, mas não, estou calma, não penso, só que, sei lá, já me começo a rir, a mandar piadas. M:22 | S |
| | | | CA |
| 31 – 20/03/12 | 58 | --- | --- |
| 32 – 27/03/12 | 40 | --- | --- |
| 33 – 10/04/12 | 62 | Não fiquei com aqueles nervos que costumava ficar, porque também já estava à espera uma coisa dessas. M:10 | CA |
| | | Agora já começo a ir sozinha ao pingo doce e a vir. M:27 | S |
| | | | CA |
| 34 – 17/04/12 | 38 | Eu vejo naquele aspeto de nunca mais ter tido aquelas semanas que eu tinha, já não tanto como antigamente. M:35 | S |
| 35 – 24/04/12 | 25 | Não tenho tido aquelas raivas interiores ... as pessoas falam comigo, mas não fico a remoer. M:00.28 | CA |
| | | Já consigo dizer o que eu sinto. M:7 | CB |
| | | | CA |
| | | | Eu na quinta e na sexta-feira consegui controlar 2 ataques de pânico... ia despejar o lixo quando comecei a sentir suores e o coração a bater ... mas comecei a controlar e disse “isto é um ataque de pânico”. Mas tive quase para deixar o lixo e pedir ao meu marido para me vier buscar ... foi agonizante ... mas consegui. M:37 |
| 36 – 2/05/12 | 2 | --- | --- |
| 37 – 16/05/12 | 7 | --- | --- |

| | | | |
|------------------|----|--|---------|
| 38 – 23/05/12 | 11 | Agora deixei de tomar os comprimidos para dormir. Experimentei tomar só um dia, só que custou-me muito mesmo a levantar e agora estou a habituar-me a não tomar. M:2 | CA |
| | | | S |
| | | Sim, agora estou mesmo mais calma, tenho andado entretida, mas com calma, não com aquela ânsia que tinha. M:3 | CA |
| 39 – 30/05/12 | 21 | Não tenho vontade de chorar. Não choro...não tenho aqueles pensamentos de querer fazer mal a mim...o meu problema é não poder fazer uma vida normal sem pensar nisto. Isto aflige-me. M:19 | S |
| | | | I |
| 40 – 6/06/12 | 76 | --- | --- |
| 42 – 20/06/12 | 65 | Estou bem, tenho andado bem, calma, sem pensamentos negativos. M:00 | S |
| | | A morte já não me assusta tanto nestes dias. Já aceito que uma pessoa até morre. Já não fico com aquele <i>stress</i> , com aqueles nervos, com aquele medo. M:42 | S |
| 44 – 4/07/12 | 43 | (sobre querer fazer sempre tudo bem), sempre fui muito protegida ... não me deram liberdade para ser quem sou, porque afinal de contas parecia que vivia numa redonda de vidro. M:21 | I |
| 45 – 18/07/12 | 61 | --- | --- |
| 46 – 12/09/12 | 56 | E continuo bem, não tenho tido assim aquelas crises. M:00 | S |
| | | Não é como agora, a minha cabeça não pensava como penso agora, agora deixo-me ir e antigamente não, isto (ataque de pânico) vai passar, isto vai passar, via as coisas de outra maneira. M:39 | S |
| | | Eu agora consigo (controlar ataques de pânico) se estiver com a cabeça conforme estou. Já consigo controlar, o medo de ir ao pingo doce sozinha, mas não vou. Volto, depois controlo um bocadinho, acalmo um bocado a cabeça e depois é que vou. Antigamente não, antigamente podia estar a pensar, mas ia. M:45 | S CA |
| 47 – 19/09/12 | 29 | --- | --- |
| 48 – 26/09/12 | 46 | --- | --- |
| 50 – 10/10/12 | 37 | Pelo menos consegui dizer o que sentia (na reunião dos condomínios). M: 17 | CA |
| 51 – 17/10/12 | 28 | Já me sinto melhor, já sou capaz de vir (sozinha à consulta). M:1 | CA |
| | | | S |
| 53 – 7/11/12 | 9 | Tenho andado estável, tenho andado bem. M:58 | S |
| 54 – 22/11/12 | 13 | --- | --- |
| 55 – 29/11/12 | 17 | Estou com muitas paranoias, mas ao menos levantei-me, vim até aqui. M:39 | CA |

| | | | |
|------------------|----|--|----------|
| 56 – 6/12/12 | 22 | Eu no fundo até preferia estar sozinha ... não é que eu não goste do meu marido, porque até gosto dele, mas ele não muda, tem muito <i>stress</i> e sei que me desorienta. M:22 | I |
| 58 – 20/12/12 | 52 | --- | --- |
| 60 – 10/01/13 | 80 | Sinto-me feliz por não me lembrar tanto na morte. É uma coisa que realmente eu já não penso há muito tempo. Já em passou, porque esse pensamento deixava-me muito em baixo. Consegui afastar esse pensamento, já não é aquela angústia. M:25 | S |
| 61 – 17/01/13 | 73 | --- | --- |
| 63 – 7/03/13 | 26 | Parece que me sinto culpada por não ter. M:26 | I |
| 64 – 14/03/13 | 77 | Sinto-me com mais confiança. Não a 100%, mas pelo mesmo a 60%. Sinto mais confiança em mim, em dizer as coisas às pessoas, em não guardar para dentro e não têm surgido situações más. M:36 | CA |
| 67 – 4/04/13 | 50 | --- | --- |
| 68 – 11/04/13 | 31 | Tem ajudado o facto de ter acordar cedo para passear (e estar com as amigas), a relação que tenho com elas é ótima, elas não invadem o meu espaço. M: | CA |
| 69 – 19/04/13 | 32 | --- | --- |
| 70 – 3/05/13 | 10 | --- | --- |
| 71 – 10/05/13 | 14 | Imagine um bebé, que precisa de ser acompanhado. Eu parece que me sinto assim, parece que preciso que alguém que cuide de mim, porque sou uma criança que não consegue sair à rua, não consegue ir a lado nenhum, não consigo fazer nada. M: | I |
| 72 – 17/05/13 | 19 | --- | --- |
| 73 – 24/05/13 | 5 | --- | --- |
| 75 – 6/06/13 | 41 | --- | --- |
| 76 – 20/06/13 | 53 | Já gosto de ter o meu cantinho, gosto de estar no meu cantinho. M:2 | CA |
| 78 – 12/09/13 | 4 | Agora estou a conseguir controlar a minha cabeça. M:12 | S |
| | | Agora estou mais calma, já tenho mais calma para as pessoas ... já consigo ouvir e já consigo esquecer. M:18 | CA CB |
| 80 – 10/10/13 | 16 | Eu já começo a dizer que não. M:17 | CA |
| | | Por acaso ontem consegui ... “mas sabes I.”, tive coragem, para dizer isto, mas calmamente, “tu sabes que fizeste uma coisa gravíssima, por mais que queiras culpar os outros tu és culpada”. M: 40 | CA |

Anexo I - Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 2)

| Data | Código | Incidente | Variável |
|-------------|---------------|---|-----------------|
| 11/01/11 | 1 | --- | --- |
| 19/01/11 | 2 | --- | --- |
| 27/01/11 | 3 | Da última vez não lhe dei dinheiro (ao irmão). Consegui fazer isso. M:1 | CA |
| 03/02/18 | 4 | --- | --- |
| 10/02/11 | 5 | E estou mais distante já. Já me consigo distanciar mais. M:07 | CA |
| 17/02/11 | 6 | Eu notei esta semana, ele ao fim ao cabo tem 40 anos, mas para mim continua um bebé. M:8 | I |
| | | Esta semana já fiz a minha vida normalíssima ... já não é obsessiva compulsiva como eu tinha (com o irmão). M:09 | CA |
| | | | CB |
| 24/02/11 | 7 | Não gosto de perder o controle, angustia-me! M:35 | I |
| 03/03/11 | 8 | --- | --- |
| 10/03/11 | 9 | <p>Agora sonho muito. Sonhei que estava a viver em casa dos meus pais ... e de repente o prédio inteiro desabou, depois olhei para cima e só tinha as vigas e os pedregulhos cá em baixo e depois vejo o meu pai a limpar os pedregulhos ... e entretanto a minha mãe vai embora e diz “isto já não vale nada” ... ainda tínhamos um pedaço da cozinha e da casa de banho ... venho à porta estava tudo cheio de lama e olho para a direita ... continuamos a trabalhar ... fomos viver para casa de um amigo que já tinha falecido e na casa havia pessoas doentes. (o que pensou sobre o sonho) Pensei que era semelhante ao que se está a passar (agora na vida). M:10</p> | I |
| | | Começo a saber dizer que não ... e começo a rir ... observar e rir às gargalhadas. M:26 | CA |
| | | Já não ando a telefonar para os hospitais (por causa do irmão) ... “não, não vais telefonar ... agora vais fazer o que tens a fazer” ... era o principal e agora já não é. M:28 | CB |
| | | (sobre deixar de viver a vida do irmão) Será que não estou muito agarrada porque estou com medo de começar a viver outra vida agora ... então é uma armadura que meto. M:31 | I |

| | | | |
|----------|----|--|-----|
| 24/03/11 | | Conscientemente, eu quero sentir isso e antigamente não, eu mesmo estando sozinha precisava de saber que há ruído ao lado, de barulho para não me sentir sozinha e agora já não, gosto de me sentir sozinha, não tenho medo, não tenho angustia, agora sinto-me bem comigo porque, sozinha, sem ninguém. Comecei a sentir isso agora. M:20 | I |
| | 11 | (sobre irmão) Só agora é que comecei a ver como é que as coisas são, é que quando há uma adição à família, todas as outras pessoas são aditivos. Têm a mesma doença e também devem ser curadas. Deixamos de ter uma vida própria, é muito condicionada. M:27 | I |
| | | (sobre o trabalho) Agora quero ser eu. Daí eu sentir-me mais distanciada, menos reativa. Agora sou eu que estou em primeiro lugar. M:29 | CA |
| | | Pensei muito, Agora já começo a pensar diferente (sobre ter de cuidador do irmão), a situação pode existir, mas cada um pode viver a sua vida. Antigamente havia logo a negação, e daí me virar muito para a parte profissional. Antes nem me interrogava, era assim e pronto. Agora não, quero viver a minha vida!. M:31 | CA |
| 31/03/11 | 12 | Dá a sensação eu preciso de um substituto do meu pai ... não sei até que ponto não fui procurar isso no meu irmão. M:15 | I |
| 14/04/11 | 14 | Antigamente fazia agendas, agora não, deixo mais fluir. Fui-me moldando mais às situações. M:31 | CA |
| 20/04/11 | 15 | --- | --- |
| 03/05/11 | 17 | --- | --- |
| 10/05/11 | | Olhe fiquei admirada com a minha decisão ... na hora ... antigamente era muito complicada. M:4 | CA |
| | 18 | Vinha a pensar pelo caminho ... esta semana uma coisa que ficou mais clara na minha cabeça é que este ciclo dos 50 de facto é diferente e o que me veio à cabeça foi, bem a nossa reforma é aos 68 anos ... não me vão querer no turismo até aos 68 anos e eu tenho mesmo que aos 50 definir, redirecionar a minha vida para outro campo. M:44 | I |
| 24/05/11 | 20 | --- | --- |
| 31/05/11 | 21 | É curioso que não consegui introduzir essa 5ª pessoa na mesa de 4 (quando se refere que não introduzi-o o marido na família). M:15 | I |
| 07/06/11 | 22 | (sobre não ter trabalho) Eu preciso de me relacionar com pessoas, isso para mim é essencial. M:15 | I |

| | | | |
|----------|----|---|-----|
| 14/06/11 | 23 | --- | --- |
| 21/06/11 | 24 | Mas agora está menos frequente do que era (o choro pelo irmão). M:44 | S |
| 28/06/11 | 25 | E agora não é um espaço (só meu), agora mais do que nunca eu todos os dias aprecio mais a minha casa...antigamente não era assim...eu tinha o meu irmão. Agora tenho consciência que este espaço é só meu! M:13 | I |
| 05/07/11 | 26 | --- | --- |
| 12/07/11 | 27 | Sinto-me muito bem, já inverti os sonos. M:10 | S |
| | | Sonha ... queria levantar-me da cama e não conseguia (no sonho) ... era um sonho mau. M:10 | I |
| 26/07/11 | 29 | Antigamente ainda íamos conversando (ela e irmão), mas agora cada um está no seu canto, cada um faz a sua vida. Começa a haver um distanciamento, porque eu sinto muito essa necessidade, e para além disso, eu quero mesmo é acabar com os comprimidos. M:27 | CA |
| 06/09/11 | 30 | A instabilidade a mim doí-me, é ali qualquer coisa. M:14 | I |
| 04/10/11 | 33 | Tentei preencher o vazio deixado pelos dois há minha maneira, então eles (irmão e mãe) agora não estão lá, paciência, faço a minha vida. M:22 | I |
| | | Não vou deixar de fazer as minhas coisas por causa dele. Antigamente isso acontecia, agora não. Era capaz de não ir a algum lado, para dar de jantar ao meu irmão. M:41 | CA |
| 11/10/11 | 34 | O autocontrolo agora é maior ... já não me imobiliza, já ... faz-me sentir triste, mas já não é aquele choro. M:9 | S |
| | | É uma rejeição ao tema (sobre não ler livros sobre toxicoddependência) ... e acho que cheguei à conclusão, todas as sextas-feiras que é para ir à reunião eu rejeito e não me apetece. M: 21 | I |
| 08/11/11 | 36 | --- | --- |
| 15/11/11 | 37 | Em relação ao meu irmão eu não posso ... ele tem de viver a vida dele e eu a minha ... digo não posso mesmo ... basta, acabou. M:44 | CA |
| | | Antigamente não havia tempo de ação. Agora começo a introduzir tempos de ação (ser assertiva; atuar nos problemas). M:46 | CA |
| | | Eu agora também apelo assim por um bocadinho de agitação, dá-me um certo gozo (no trabalho). M:50 | CA |
| 03/01/12 | 39 | --- | --- |
| 10/01/12 | 40 | A ausência causa-me sofrimento ... ausência de pai, de irmão também. M: 30 | I |
| 17/01/12 | 41 | --- | --- |

| | | | |
|----------|----|--|-----|
| 24/01/12 | 42 | Estou muito contente Finalmente comecei a deitar-me às 23/23h30, a ter mais horas de sono. M:00 | S |
| 31/01/12 | 43 | Eu acho que sentia culpa de ser abandonada (sobre os pais irem viver com o irmão para fora)... ainda sinto M:39 | I |
| 23/02/12 | 45 | --- | --- |
| 05/03/12 | 46 | Quando não estou no trabalho, tenho de arranjar uma obsessão compulsiva, por exemplo o meu irmão. M:29 | I |
| | | (o que associa ao comportamento obsessivo) Quando ando mais infeliz ... porque ao fim ao cabo isto acaba por ser sofrimento ... quando ando mais infeliz acabo por ... esta obsessão. M:34 | I |
| | | | CB |
| 19/03/12 | 48 | --- | --- |
| 26/03/12 | 49 | --- | --- |
| 23/04/12 | 51 | Eu não comia praticamente, agora tenho um apetite ótimo, como muito bem, sinto-me a engordar, porque emagreci muito nessa altura, sinto-me a recuperar. M:13 | S |
| | | Sim, o trabalho foi sempre a minha defesa. Mesmo a nível pessoal e emocional, quando a relação não ia para a frente, eu procurei sempre o refugio no trabalho e no estudo. Sempre. M: 13 | I |
| | | Ultimamente, gosto de estar com as minhas emoções e a observá-las. M:49 | I |
| 30/04/12 | 52 | (sobre viver na revolução) ai fiquei muito distante ... sempre a observar, e é engraçado talvez tenha sido ai que tenha ganhado mais distancia e maior calo ... veio-me assim ... tava a reviver determinados momentos e consegui reportar-me (às memórias) e senti distanciamento ... para não ter sofrimento. M:48 | I |
| 21/05/12 | 54 | --- | --- |
| 28/05/12 | 55 | Já não tomo os comprimidos (para dormir). M:49 | S |
| 04/06/12 | 56 | --- | --- |
| 18/06/12 | 57 | Mas neste momento, eu já preciso mais de diversificar. A minha rotina tem que mudar. M:50 | CA |
| 02/07/12 | 58 | Está a bater muito forte ... e agora não há nada que ocupe a solidão porque antigamente havia um livro ou um programa e agora nada disso ocupa a solidão. M:33 | I |
| 23/07/12 | 60 | --- | --- |
| 30/07/12 | 61 | Sinto-me sozinha. Eu até era uma pessoa que gostava de estar sozinha e agora detesto estar sozinha. M:1 | I |
| 17/09/12 | 63 | Por acaso tenho chegado à cama e adormeço logo. M:10 | S |

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

Anexo J - Paciente 1: Percentagem de defesas utilizadas por momento

Paciente 1 - Percentagem de defesas utilizadas no Início

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

Pacient 1 – Percentagem do nível defensivo no Início

| Nível Defensivo | Percentagem (%) |
|------------------------|------------------------|
| Defesas Maduras | 1.84 |
| Defesas Obsessivas | 15.33 |
| Defesas Neuróticas | 28.22 |
| Defesas Narcísicas | 15.33 |
| Defesas de Evitamento | 22.08 |
| Defesas Borderline | 5.52 |
| Defesas de Ação | 11.65 |
| Total | 100 |

Paciente 1 - Percentagem de defesas utilizadas aos 6 meses

| | | |
|--------------------------|------------|------------|
| Afiliação | 0 | 0 |
| Altruísmo | 0 | 0 |
| Antecipação | 0 | 0 |
| Humor | 0 | 0 |
| Assertividade | 1 | 0.59 |
| Auto-observação | 3 | 1.78 |
| Sublimação | 0 | 0 |
| Supressão | 0 | 0 |
| Intelectualização | 7 | 4.16 |
| Isolamento dos afetos | 8 | 4.76 |
| Anulação | 11 | 6.54 |
| Recalcamento | 53 | 31.54 |
| Dissociação | 2 | 1.190 |
| Formação reativa | 0 | 0 |
| Deslocamento | 10 | 5.95 |
| Desvalorização de si | 11 | 6.54 |
| Desvalorização do outro | 1 | 0.59 |
| Idealização de si | 0 | 0 |
| Idealização do outro | 1 | 0.59 |
| Omnipotência | 0 | 0 |
| Negação | 5 | 2.97 |
| Projecção | 28 | 16.6 |
| Racionalização | 13 | 7.73 |
| Fantasia autística | 0 | 0 |
| Clivagem | 0 | 0 |
| Identificação projectiva | 6 | 3.57 |
| Agir (acting out) | 0 | 0 |
| Hipocondria | 0 | 0 |
| Agressão passiva | 8 | 4.76 |
| Total | 168 | 100 |

Paciente 1 – Percentagem do nível defensivo aos 6 meses

| | |
|--------------|------------|
| Maduras | 2.38 |
| Obsessivas | 15.47 |
| Neuróticas | 38.69 |
| Narcísicas | 7.73 |
| Evitamento | 27.38 |
| Borderline | 3.57 |
| Ação | 4.76 |
| Total | 100 |

Paciente 1 - Percentagem de defesas utilizadas aos 12 meses

| | | |
|--------------------------|------------|------------|
| Afiliação | 0 | 0 |
| Altruísmo | 0 | 0 |
| Antecipação | 0 | 0 |
| Humor | 1 | 0.57 |
| Assertividade | 0 | 0 |
| Auto-observação | 3 | 1.71 |
| Sublimação | 1 | 0.57 |
| Supressão | 0 | 0 |
| Intelectualização | 3 | 1.71 |
| Isolamento dos afetos | 9 | 5.142 |
| Anulação | 13 | 7.42 |
| Recalcamento | 48 | 27.42 |
| Dissociação | 6 | 3.42 |
| Formação reativa | 4 | 2.28 |
| Deslocamento | 10 | 5.71 |
| Desvalorização do outro | 4 | 2.28 |
| Desvalorização de si | 4 | 2.28 |
| Idealização de si | 4 | 2.28 |
| Idealização do outro | 0 | 0 |
| Omnipotência | 0 | 0 |
| Negação | 9 | 5.14 |
| Projectão | 21 | 12 |
| Racionalização | 15 | 8.57 |
| Fantasia autística | 0 | 0 |
| Clivagem | 3 | 1.71 |
| Identificação projectiva | 5 | 2.85 |
| Agir (acting out) | 1 | 0.57 |
| Hipocondria | 3 | 1.71 |
| Agressão passiva | 8 | 4.57 |
| Total | 175 | 100 |

Pacient 1 – Percentagem do nível defensivo aos 12 meses

| | |
|--------------|------------|
| Maduras | 2.85 |
| Obsessivas | 14.28 |
| Neuróticas | 38.85 |
| Narcísicas | 6.85 |
| Evitamento | 25.71 |
| Borderline | 4.57 |
| Ação | 6.85 |
| Total | 100 |

Paciente 1 - Percentagem de defesas utilizadas aos 18 meses

| | | |
|--------------------------|------------|------------|
| Afiliação | 0 | 0 |
| Altruísmo | 0 | 0 |
| Antecipação | 0 | 0 |
| Humor | 0 | 0 |
| Assertividade | 0 | 0 |
| Auto-observação | 2 | 1.22 |
| Sublimação | 0 | 0 |
| Supressão | 1 | 0.61 |
| Intelectualização | 3 | 1.84 |
| Isolamento dos afetos | 3 | 1.84 |
| Anulação | 19 | 11.65 |
| Recalcamento | 28 | 17.17 |
| Dissociação | 2 | 1.22 |
| Formação reativa | 15 | 9.20 |
| Deslocamento | 1 | 0.61 |
| Desvalorização de si | 1 | 0.61 |
| Desvalorização do outro | 3 | 1.84 |
| Idealização do outro | 6 | 3.68 |
| Idealização de si | 1 | 0.61 |
| Omnipotência | 2 | 1.22 |
| Negação | 8 | 4.90 |
| Projectão | 33 | 20.24 |
| Racionalização | 7 | 4.29 |
| Fantasia autística | 0 | 0 |
| Clivagem | 0 | 0 |
| Identificação projectiva | 9 | 5.52 |
| Agir (acting out) | 0 | 0 |
| Hipocondria | 2 | 1.22 |
| Agressão passiva | 17 | 10.42 |
| Total | 163 | 100 |

Pacient 1 – Percentagem do nível defensivo aos 18 meses

| | |
|--------------|------------|
| Maduras | 1.84 |
| Obsessivas | 15.33 |
| Neuróticas | 28.22 |
| Narcísicas | 7.97 |
| Evitamento | 29.44 |
| Borderline | 5.52 |
| Ação | 11.65 |
| Total | 100 |

Palciente 1 - Percentagem de defesas utilizadas aos 24 meses

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

Paciente 1 – Percentagem do nível defensivo aos 24 meses

| | |
|--------------|------------|
| Maduras | 2.43 |
| Obsessivas | 14.63 |
| Neuróticas | 21.95 |
| Narcísicas | 4.06 |
| Evitamento | 42.27 |
| Borderline | 4.87 |
| Ação | 9.75 |
| Total | 100 |

Anexo L - Paciente 2: Percentagem de defesas utilizadas por momento

Paciente 2 - Percentagem de defesas utilizadas no Início

| | | |
|--------------------------|-----------|------------|
| Afiliação | 1 | 1.28 |
| Altruísmo | 1 | 1.28 |
| Antecipação | 0 | 0 |
| Humor | 0 | 0 |
| Assertividade | 0 | 0 |
| Auto-observação | 8 | 10.25 |
| Sublimação | 0 | 0 |
| Supressão | 2 | 2.56 |
| Intellectualização | 2 | 2.56 |
| Isolamento dos afetos | 1 | 1.28 |
| Anulação | 7 | 8.97 |
| Recalcamento | 11 | 14.10 |
| Dissociação | 0 | 0 |
| Formação reativa | 4 | 5.12 |
| Deslocamento | 0 | 0 |
| Desvalorização de si | 5 | 6.41 |
| Desvalorização do outro | 0 | 0 |
| Idealização de si | 1 | 1.28 |
| Idealização do outro | 6 | 7.69 |
| Omnipotência | 0 | 0 |
| Negação | 9 | 11.53 |
| Projectão | 1 | 1.28 |
| Racionalização | 16 | 20.51 |
| Fantasia autística | 0 | 0 |
| Clivagem do eu | 2 | 2.56 |
| Clivagem do objecto | 1 | 1.28 |
| Identificação projectiva | 0 | 0 |
| Agir (acting out) | 0 | 0 |
| Hipocondria | 0 | 0 |
| Agressão passiva | 0 | 0 |
| Total | 78 | 100 |

Paciente 2 – Percentagem do nível defensivo ao Início

| | |
|--------------|------------|
| Maduras | 15.38 |
| Obsessivas | 12.82 |
| Neuróticas | 19.23 |
| Narcísicas | 15.38 |
| Evitamento | 33.33 |
| Borderline | 3.84 |
| Ação | 0 |
| Total | 100 |

Paciente 2 - Percentagem de defesas utilizadas aos 6 meses

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

Paciente 2 – Percentagem do nível defensivo aos 6 meses

| | |
|------------|-------|
| Maduras | 10.34 |
| Obsessivas | 19.54 |
| Neuróticas | 19.54 |

| | |
|--------------|------------|
| Narcísicas | 2.29 |
| Evitamento | 47.12 |
| Borderline | 1.14 |
| Ação | 0 |
| Total | 100 |

| Paciente 2 - Percentagem de defesas utilizadas aos 12 meses | | |
|--|-----------|------------|
| Afiliação | 0 | 0 |
| Altruísmo | 1 | 1.12 |
| Antecipação | 0 | 0 |
| Humor | 1 | 1.12 |
| Assertividade | 0 | 0 |
| Auto-observação | 6 | 6.74 |
| Sublimação | 0 | 0 |
| Supressão | 0 | 0 |
| Intelectualização | 7 | 7.86 |
| Isolamento dos afetos | 0 | 0 |
| Anulação | 5 | 5.61 |
| Recalcamento | 10 | 11.23 |
| Dissociação | 0 | 0 |
| Formação reativa | 5 | 5.61 |
| Deslocamento | 1 | 1.12 |
| Desvalorização de si | 2 | 2.24 |
| Desvalorização do outro | 2 | 2.24 |
| Idealização de si | 1 | 1.12 |
| Idealização do outro | 0 | 0 |
| Omnipotência | 0 | 0 |
| Negação | 8 | 8.98 |
| Projectão | 10 | 11.23 |
| Racionalização | 25 | 28.08 |
| Fantasia autística | 0 | 0 |
| Clivagem do eu | 0 | 0 |
| Clivagem do objecto | 1 | 1.12 |
| Identificação projectiva | 1 | 1.12 |
| Agir (acting out) | 0 | 0 |
| Hipocondria | 0 | 0 |
| Agressão passiva | 3 | 3.37 |
| Total | 89 | 100 |

Paciente 2 – Percentagem do nível defensivo aos 12 meses

| | |
|--------------|-------|
| Maduras | 8.98 |
| Obsessivas | 13.48 |
| Neuróticas | 17.97 |
| Narcísicas | 5.61 |
| Evitamento | 48.31 |
| Borderline | 2.24 |
| Ação | 3.37 |
| Total | 100 |

Paciente 2 - Percentagem de defesas utilizadas aos 18 meses

| | | |
|--------------------------|-----------|------------|
| Afiliação | 1 | 1.26 |
| Altruísmo | 0 | 0 |
| Antecipação | 2 | 2.53 |
| Humor | 0 | 0 |
| Assertividade | 2 | 2.53 |
| Auto-observação | 7 | 8.86 |
| Sublimação | 0 | 0 |
| Supressão | 1 | 1.26 |
| Intelectualização | 2 | 2.53 |
| Isolamento dos afetos | 2 | 2.53 |
| Anulação | 1 | 1.26 |
| Recalcamento | 11 | 13.92 |
| Dissociação | 0 | 0 |
| Formação reativa | 5 | 6.32 |
| Deslocamento | 2 | 2.53 |
| Desvalorização de si | 1 | 1.26 |
| Desvalorização do outro | 0 | 0 |
| Idealização de si | 1 | 1.26 |
| Idealização do outro | 0 | 0 |
| Omnipotência | 1 | 1.26 |
| Negação | 6 | 7.59 |
| Projecção | 3 | 3.79 |
| Racionalização | 31 | 39.24 |
| Fantasia autística | 0 | 0 |
| Clivagem do eu | 0 | 0 |
| Clivagem do objecto | 0 | 0 |
| Identificação projectiva | 0 | 0 |
| Agir (acting out) | 0 | 0 |
| Hipocondria | 0 | 0 |
| Agressão passiva | 0 | 0 |
| Total | 79 | 100 |

Paciente 2– Percentagem do nível defensivo aos 18 meses

| | |
|--------------|------------|
| Maduras | 16.4557 |
| Obsessivas | 6.329114 |
| Neuróticas | 22.78481 |
| Narcísicas | 3.797468 |
| Evitamento | 50.63291 |
| Borderline | 0 |
| Ação | 0 |
| Total | 100 |

Paciente 2 - Percentagem de defesas utilizadas aos 24 meses

| | | |
|--------------------------|-----------|------------|
| Afiliação | 0 | 0 |
| Altruísmo | 0 | 0 |
| Antecipação | 4 | 5.40 |
| Humor | 2 | 2.70 |
| Assertividade | 1 | 1.35 |
| Auto-observação | 2 | 2.70 |
| Sublimação | 0 | 0 |
| Supressão | 3 | 4.05 |
| Intelectualização | 8 | 10.81 |
| Isolamento dos afetos | 1 | 1.35 |
| Anulação | 6 | 8.10 |
| Recalcamento | 5 | 6.75 |
| Dissociação | 0 | 0 |
| Formação reativa | 2 | 2.70 |
| Deslocamento | 1 | 1.35 |
| Desvalorização de si | 0 | 0 |
| Desvalorização do outro | 4 | 5.40 |
| Idealização de si | 1 | 1.35 |
| Idealização do outro | 0 | 0 |
| Omnipotência | 0 | 0 |
| Negação | 3 | 4.05 |
| Projecção | 5 | 6.75 |
| Racionalização | 25 | 33.78 |
| Fantasia autística | 0 | 0 |
| Clivagem do eu | 0 | 0 |
| Clivagem do objecto | 0 | 0 |
| Identificação projectiva | 0 | 0 |
| Agir (acting out) | 0 | 0 |
| Hipocondria | 0 | 0 |
| Agressão passiva | 1 | 1.35135 |
| Total | 74 | 100 |

Paciente 2 – Percentagem do nível defensivo aos 24 meses

| | |
|--------------|-------|
| Maduras | 16.21 |
| Obsessivas | 20.27 |
| Neuróticas | 10.81 |
| Narcísicas | 6.75 |
| Evitamento | 44.59 |
| Borderline | 0 |
| Ação | 1.35 |
| Total | 100 |