



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**MUDANÇAS EM PSICOTERAPIA:
PERSONALIDADE, MECANISMOS DE DEFESA
E SINTOMAS**

CAROLINA ALBERGARIA MALHEIRO

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2012

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 Prof. Doutor António Pires pelas horas dedicadas à orientação desta dissertação, pela partilha dos seus vastos conhecimentos e ainda por todo o apoio que me deu ao longo deste ano.

Aos meus colegas do seminário de dissertação, em especial à Diana e ao Ângelo por terem contribuído para este estudo e por todo o seu apoio.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram e incentivaram a seguir os meus sonhos e a nunca desistir. Obrigada pelas palavras amigas, pelo suporte e apoio incondicional, e ainda por todo o esforço que fizeram para que eu me tornasse no ser humano que sou hoje. Um obrigado muito especial à minha mãe.

Ao meu irmão, por ser desde sempre um exemplo de disciplina e dedicação e um ombro amigo com o qual sempre pude contar.

Aos meus amigos mais próximos, pelo companheirismo e amizade que me dedicam desde sempre.

Finalmente, agradeço a todos os professores e alunos do ISPA com quem convivi ao longo destes 5 anos, com os quais aprendi imensas coisas. Obrigado por tudo.

ÍNDICE

Revisão de Literatura	1
Resumo.....	2
Abstract	3
Introdução.....	4
Mudança: em que consiste e como se processa	5
Estudos comparativos da mudança nos sintomas e na estrutura	11
Conclusão	15
Referências	17
Estudo Empírico	19
Resumo.....	20
Abstract	21
Introdução teórica	22
Método	24
Participantes.....	24
Instrumentos	26
Procedimento	29
Resultados	30
Referências	48
ANEXOS.....	50
ANEXO A – Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)	51
ANEXO B – Defense Mechanism Rating Scales (DMRS) – Folha de cotação	57
ANEXO C – Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R).....	58
ANEXO D – Tabela dos estudos empíricos presentes no artigo de Revisão de Literatura	62

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (caso 1).....	31
Figura 2 – Q-factor T-scores (caso 1)	32
Figura 3 – Factor T-scores (caso 1)	33
Figura 4 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (caso 2).....	34
Figura 5 – Q-factor T-scores (caso 2)	35
Figura 6 – Factor T-scores (caso 2)	36
Figura 7 – Média de ODF para o caso 1	37
Figura 8 – Média de ODF para o caso 2	38
Figura 9 – Percentagem de mecanismos de defesa utilizados ao longo da psicoterapia – caso 1.....	39
Figura 10 – Percentagem de mecanismos de defesa utilizados ao longo da psicoterapia – caso 2.....	40
Figura 11 - Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia (caso 1).....	41
Figura 12 - Índices Globais (TSP; IGS; IDSP) – caso 1	42
Figura 13 - Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia – caso 2.....	43
Figura 14 - Índices Globais (TSP; IGS; IDSP) – caso 2	43

Revisão de Literatura

Mudanças em Psicoterapia: Personalidade, Mecanismos
de Defesa e Sintomas

Resumo

A presente revisão de literatura pretende dar uma visão do que de mais relevante se tem vindo a investigar e publicar no âmbito do estudo sobre mudanças dos sintomas *versus* mudanças na estrutura na sequência de um processo psicoterapêutico. Neste contexto apresentam-se algumas reflexões de vários autores, cuja contribuição foi fundamental para este tema. De seguida apresentam-se alguns estudos onde se utilizaram vários instrumentos com o objetivo de se avaliar a eficácia do tratamento e perceber quando e como mudam os parâmetros avaliados. Dos vários estudos apresentados, concluiu-se que a mudança sintomática começa a acontecer, com alguma evidência, desde o início da psicoterapia, enquanto as mudanças estruturais, nomeadamente ao nível dos traços característicos da personalidade e dos mecanismos de defesa, ocorrem de uma forma muito mais lenta e subtil, sendo pouco provável a sua constatação antes do primeiro ano de tratamento. Da análise destes estudos ficou também bem patente a importância da aplicação de instrumentos de avaliação, não só com vista a uma melhor compreensão do processo de mudança, mas, principalmente para um melhor planeamento e condução da psicoterapia.

Palavras-chave: psicoterapia, mudança, personalidade, mecanismos de defesa, sintomas.

Abstract

The aim of this literature review is to give an overview of the most relevant published research about changes in symptoms *versus* structural changes as a result of a psychotherapeutic process. In this context, some considerations and opinions of several authors are presented, whose contribution to this subject was fundamental. Then, some studies are described, where the authors used several assessment tools with the goal of evaluate treatment efficacy and to understand when and how did the evaluated parameters changed. Based on the presented studies, it's possible to conclude that symptomatic change begins to occur, with some evidence, from the beginning of the psychotherapy, while structural changes, particularly in what concerns characteristic personality traits and defense mechanisms, occur in a much more slow and subtle way, being unlikely to see those changes before the end of the first year of treatment. Analyzing these studies, it is also evident the importance of the application of assessment tools, not only in order to a better understanding of the change process, but mainly, for a better planning and conduction of the psychotherapy.

Keywords: psychotherapy, change, personality, defense mechanisms, symptoms.

Introdução

A mudança é o objetivo principal do processo psicoterapêutico, independentemente da orientação teórica do terapeuta. As explicações sobre a necessidade de haver uma mudança, e da forma como esta ocorre, diferem consoante os diversos quadros teóricos em psicoterapia. Mas há um aspeto comum a todos - a procura de mudança a um determinado nível. Contudo, não é fácil perceber todo o processo de mudança envolvido num contexto psicoterapêutico. Neste trabalho, pretende dar-se uma visão do que de mais relevante se tem vindo a investigar e publicar sobre o conceito de mudança no contexto de um processo psicoterapêutico.

É importante compreender como e porquê uma psicoterapia pode levar a mudanças positivas num paciente, e isto por várias razões. Por um lado, seria importante uma maior compreensão dos processos que estão na origem da mudança psicoterapêutica, com vista a encontrar as melhores estratégias para o desencadear deste processo. Por outro lado, a otimização dos efeitos gerais do tratamento permitiria elucidar quais os aspetos a ter em conta para que este dê certo, bem como as componentes que não devem ser excluídas (Kazdin, 2009).

A identificação dos fatores que contribuem para a mudança durante a psicoterapia continua a ser um desafio. A maioria das investigações feitas sobre os fatores de mudança em psicoterapia tem levado em consideração apenas os relatos do terapeuta, enquanto a visão do paciente e a sua avaliação do tratamento têm sido pouco abordadas. Deste modo, torna-se essencial avaliar os fatores de mudança segundo a visão do paciente, com o objetivo de uma maior compreensão dos benefícios obtidos com o auxílio da psicoterapia e um maior entendimento de todo o processo de mudança psíquica (Yoshida, 1998).

No entanto, constata-se a dificuldade em avaliar a mudança nas suas várias dimensões e assim compreender melhor como ela se processa. Ainda neste âmbito, constata-se também a escassez de estudos que comparem as mudanças a vários níveis: sintomático, estrutural, etc.

Por este motivo, a presente revisão de literatura, apresenta alguns estudos em que são aplicados instrumentos de avaliação de mudanças quer ao nível dos sintomas quer ao nível da estrutura visando uma comparação de como ocorre a mudança nessas duas perspetivas.

Finalmente, tecem-se algumas considerações sobre a importância deste tipo de estudos comparativos das várias dimensões das mudanças ao longo do processo psicoterapêutico.

Mudança: em que consiste e como se processa

Independentemente do tipo de psicoterapia considerada, a mudança é o objetivo principal a atingir. Embora a mudança psíquica benéfica seja o objetivo de todo o trabalho psicanalítico, as noções de cura psicanalítica foram abandonadas. Há um novo foco sobre como e porque a mudança ocorre, e os agentes inter-relacionados de mudança.

Os estudos feitos em psicoterapia têm investigado cada vez mais os diversos fenômenos e elementos relacionados com o processo psicoterapêutico, bem como os possíveis indicadores de eficácia e bons resultados. Através do conhecimento dos mecanismos inerentes à mudança é possível analisar as limitações, as indicações e as possibilidades das psicoterapias (Enéas, 2000). As explicações de como as mudanças ocorrem diferem nas diversas psicoterapias. Porém, esse conhecimento é fundamental para melhorar os métodos psicoterapêuticos.

Existe uma certa ambiguidade quando se procura definir mudança psíquica, uma vez que este termo é utilizado tanto para referir qualquer tipo de mudança no estado mental ou no funcionamento do paciente, quanto para indicar uma mudança a longo prazo. Neste sentido, parece mais adequado considerar a mudança como um fenômeno constante ao longo da psicoterapia e não como uma finalidade.

Atualmente, constata-se a existência de diversos conceitos de mudança. Por exemplo, Rogers (1957) define mudança de personalidade como uma mudança a nível estrutural, tanto superficial como em profundidade, com o objetivo da aquisição de uma estrutura mais madura que apresente uma maior integração do eu e menos conflito interno. Blum (1992) corrobora deste conceito, considerando que a mudança estrutural significa mudanças profundas, duradouras e estáveis nas estruturas tripartidas, e extensíveis a mudanças em subestruturas, *self* e representações de objetos. Este autor acrescenta ainda que, atualmente, os analistas não consideram suficiente o alívio dos sintomas, pois é necessária a evidência de que ocorreu uma profunda mudança clínica no decurso do trabalho analítico. No entanto, refere que nenhuma mudança psíquica é permanente, pois as tendências regressivas podem reaparecer. Ainda nesta linha, Josephs (2011) reforça que a vantagem, a longo prazo, do alívio sintomático com mudança estrutural (*versus* alívio sintomático sem alteração estrutural) é a reduzida vulnerabilidade à recaída em circunstâncias difíceis da vida. Por sua vez, Kohut (1984, *in* Cooper, 1992) descreveu a mudança de forma mais explícita, como sendo um processo de renovação do desenvolvimento normal que ocorre após a regressão até ao ponto onde se iniciaram os aspetos patológicos.

Ainda relacionado com a questão da mudança em psicoterapia, Josephs (2011) chama a atenção para a necessidade de a pesquisa sobre os resultados da psicoterapia de orientação psicanalítica ter ainda que diferenciar entre uma estrutura psicológica que está presente mas temporariamente inativa e uma mudança genuína nessa estrutura subjacente. Esta questão é pertinente porquanto um decréscimo na resposta mal-adaptativa após o tratamento pode, por vezes, refletir uma mudança estrutural ilusória, mantendo-se o paciente vulnerável a uma recaída em situações que vão ativar as estruturas patogénicas subjacentes. A mudança estrutural efetiva poderia ser avaliada por meio de uma investigação que procurasse encontrar evidências da presença duradoura de uma estrutura patogénica sob as condições que tipicamente ativam esta estrutura. Para tal, usar-se-iam medições de resultados tanto implícitas (por exemplo, livre resposta) como explícitas (por exemplo, autoavaliação). Devido ao facto de estas medições serem afetadas de forma diferente por diversas variáveis (por exemplo, humor), a pesquisa rigorosa em psicoterapia deve, na opinião daquele autor, usar técnicas experimentais e avaliações multimodais para avaliar os resultados nas condições mais suscetíveis de provocar uma reação patológica no indivíduo aparentemente recuperado. A estabilidade observada em medidas repetidas ao longo do tempo pode representar uma boa evidência de que a estrutura subjacente não é cronicamente ativada (Bargh & Morsella, 2008, *in* Josephs, 2011). Mas a falta de ativação crônica não constitui, por si só, evidência de uma mudança estrutural genuína. Da mesma forma, a redução de sintomas não constitui, em si, uma evidência convincente de mudança estrutural permanente.

Relativamente ao processo de mudança, existem também diversas correntes de opiniões sobre como ele ocorre. Assim, para Cooper (1992), existem duas ideias centrais sobre como a mudança ocorre. Num dos casos, o processo analítico vai permitir que o paciente retome um crescimento normal anteriormente interrompido. Este modelo assume que este crescimento será bastante semelhante ao que teria ocorrido naturalmente, caso o ambiente tivesse sido favorável. O modelo alternativo é o reparador, em que o analista funciona como um cirurgião que irá operar sobre estruturas com malformações, ajudando depois o paciente a aprender a usar as suas estruturas recém-reparadas. Neste caso, não se considera o crescimento mas, sim, a reparação, reconstrução e remodelação das estruturas de afeto e de relações de objeto distorcidas, o que implica uma intervenção mais ativa por parte do analista, ajudando o paciente a compreender os seus comportamentos desajustados e autodestrutivos, bem como a sua relutância em mudar. Em comum, ambos estes modelos interpretam representações inconscientes malignas de objetos anteriormente internalizados, bem como aspetos nefastos, odiados e projetados do *self*. Também ambos os modelos consideram necessária a existência

de um ambiente de segurança ou de apoio para que a mudança ocorra. Kohut e Wolf (1978, *in* Cabrita & Pires, 2008) também comungam desta linha considerando que, se a patologia é a condição defeituosa ou fraca do *self*, o objetivo da terapia é a reabilitação dessa estrutura. Aqueles autores defendem também que o objetivo terapêutico essencial é a cura da perturbação central e não a supressão dos sintomas por meio de persuasão ou educação. Na prática, constata-se que os analistas, intencional ou inadvertidamente, utilizam aspectos de ambos os modelos.

Segundo Wolitzky (1995, *in* Enéas, 2000), é possível falar atualmente em dois fatores cruciais para que ocorra uma mudança durante a psicanálise: *insight* e relacionamento. O autor salienta, portanto, os benefícios que podem advir tanto do relacionamento com o terapeuta como da maior auto-compreensão do paciente.

A aliança terapêutica é muitas vezes tida como a principal explicação para os resultados positivos de uma terapia. Esta concepção pode estar relacionada com as evidências de que quanto mais forte é a aliança terapêutica, maior é a mudança (Horvath & Bedi, 2002; Orlinsky *et al.*, 2004, *in* Kazdin, 2009). Os estudos feitos sobre a avaliação da aliança terapêutica durante a terapia têm mostrado, muitas vezes, que a aliança pode prever uma melhoria nos sintomas no final do tratamento. Esta evidência é crucial na medida em que a previsão de mudança, ou a ausência da mesma, pode orientar o terapeuta nas suas tomadas de decisão sobre as estratégias de intervenção a adotar. No entanto, a possibilidade de a aliança terapêutica prever a mudança dos sintomas mais tarde não indica, por si só, que ela tenha um papel causal ou de mediação na mudança terapêutica. Assim, a mudança nos sintomas e na aliança terapêutica deve ser avaliada, de preferência, em vários tempos ao longo do tratamento (Kazdin, 2009).

Messer e Warren (1995, *in* Yoshida, 1998), também referem a importância da aliança terapêutica positiva sobre a qualidade dos resultados obtidos. Para estes autores, outros aspectos que contribuem para a mudança são, por um lado, a capacidade demonstrada pelo paciente para lidar com situações difíceis, que pode ser entendida como uma maior capacidade de adaptação, e, por outro lado, a capacidade de o paciente reconhecer o carácter psicológico das suas dificuldades e a sua motivação para a mudança.

Também para Enéas (2000), a mudança psíquica passa por o doente aumentar a sua confiança de poder superar os padrões repetitivos de conduta autodestrutiva, e isso é possível através da aliança terapêutica, sendo o terapeuta é encarado como um aliado nesse processo. Além disso, há um aumento da compreensão dos sintomas, dos padrões de conduta e da internalização dos ganhos alcançados com o tratamento, o que possibilita um maior domínio

sobre os seus conflitos. Deste modo, podemos concluir que ocorrem interações importantes entre terapeuta - paciente em cada uma das fases deste processo, a fim de que os diversos e sucessivos aspetos da mudança psíquica possam ocorrer e levar a um melhor nível de desempenho do doente.

Na perspetiva de Rogers (1957), para que uma mudança construtiva de personalidade ocorra, é necessário que as seguintes condições existam e perdurem durante um certo período de tempo: duas pessoas estejam em contacto psicológico; a primeira, que se designa “cliente”, esteja num estado de incongruência, estando vulnerável ou ansiosa; a segunda, que se designa “terapeuta”, seja congruente ou íntegra na relação; o terapeuta experiencie uma atitude positiva incondicional para com o cliente; o terapeuta experiencie uma compreensão empática pela estrutura interna de referência do cliente e envide esforços para lhe comunicar esta experiência; a comunicação ao cliente da compreensão empática e da visão positiva incondicional por parte do terapeuta seja feita a um nível mínimo, uma vez que tal deverá estar implícito no comportamento, palavras e atitude do terapeuta, no caso de uma boa relação terapeuta-cliente.

Schilberschatz (2007, *in* Sá, 2010) considera que a mudança da personalidade em psicoterapia também vai depender das características próprias do paciente, quer de forma direta (por exemplo, motivação para a mudança), quer de forma indireta (por exemplo, processos de contratransferência).

Quando, na sequência de uma terapia analítica ocorrem mudanças nos sintomas e comportamentos, quando ocorrerá a mudança estrutural, e em que condições?

No Projeto de Pesquisa Psicoterapia da Menninger Foundation, Wallerstein (1998) concluiu que, em tratamentos psicanalíticos, se verificava sempre uma mudança estrutural, acompanhada por um certo grau de mudança comportamental e sintomática. Também se constatava uma mudança estrutural semelhante, acompanhada de mudanças sintomáticas e comportamentais, em quase metade dos doentes tratados com uma terapia mais dirigida ao reforço do ego e à supressão do conflito.

Com vista a desenvolver os objetivos do tratamento, encurtar a duração expectável do mesmo e, em ultima instância, para uma melhor compreensão do processo de mudança, Gunderson e Gabbard (1999) sugerem a seguinte sequência de mudanças: (1) estados subjetivos (semanas); (2) comportamentos (meses); (3) estilo interpessoal (6-18 meses); (4) organização intrapsíquica (> 2 anos). Estes autores consideram ainda que a mudança não deverá cingir-se apenas ao nível intrapsíquico, mas também refletir-se na “vida real”. O estudo de Howard e colaboradores (1986) incluindo 2431 doentes em regime de ambulatório,

forneceu também uma contribuição valiosa, ao mostrar uma relação positiva entre a duração da terapia psicodinâmica psicodinâmica e a probabilidade de melhora. Particularmente importante foi a constatação daqueles investigadores de que enquanto os estados subjetivos de queixa do paciente (por exemplo, hostilidade, diminuição da libido) podem mudar em poucas sessões, é expectável que os traços de carácter (por exemplo, austeridade, sarcasmo) e autoconceitos (por exemplo, “Eu sou um perdedor”) não comecem a mudar antes de um ano (Kopta *et al.*, 1994, *in* Gunderson & Gabbard, 1999). Já os diversos tipos de problemas interpessoais podem alterar a ritmos diferentes (Maling *et al.*, 1995, *in* Gunderson & Gabbard, 1999). A mudança nas questões de controlo (por exemplo, desafio da autoridade) pode começar por volta da 10ª sessão, enquanto as questões de deslocamento (por exemplo, sentimentos difíceis de partilhar) só vão mudar mais tarde, por volta da 17ª sessão; já as questões de autoanulação (por exemplo, colocar as necessidades dos outros em primeiro lugar) poderão não apresentar alterações mesmo após 37 sessões.

O estudo das psicoterapias tem sido marcado pelo uso de métodos de investigação intensiva do processo terapêutico voltados para a compreensão dos fatores que facilitam a mudança. Carey e colaboradores (2007) referem que foram identificados alguns problemas com a forma como a mudança tem sido investigada. Nesse contexto, alguns autores consideram ser preferível adotar uma metodologia em vez de uma manipulação experimental (Greenberg, 1999, *in* Carey, 2007). Para Duncan & Mille (2000, *in* Carey, 2007), o papel do paciente tem sido subestimado ou mesmo ignorado, enquanto Murray (2000, *in* Carey, 2007) refere que, apesar de o ser paciente o palco da mudança, é frequente as questões em torno dos processos de mudança focarem-se mais na constatação da utilidade da psicoterapia.

Atualmente, os trabalhos que visam avaliar a eficácia das psicoterapias a partir de medidas obtidas no início e fim das sessões de tratamento, têm vindo a dar lugar a estudos mais refinados dos processos que permitem a identificação dos mecanismos subjacentes em ação (Yoshida, 1998). Com vista a um melhor acompanhamento da relação terapeuta-paciente, têm sido desenvolvidos instrumentos de medida baseados em análises intensivas do processo terapêutico (Safran, Rice & Greenberg, 1988). Por meio do uso destas escalas e instrumentos de medida tem-se procurado explicar os mecanismos subjacentes às mudanças ocorridas e circunscrever os eventos bem definidos de mudança que tenham significado prático e teórico. Estas escalas têm ainda o objetivo de, num processo terapêutico específico, identificar momentos de mudanças que possam ser generalizados (Greenberg, 1994, *in* Yoshida, 1998). Estes instrumentos de medida devem ser utilizados por avaliadores independentes, adequadamente treinados no seu uso, garantindo-se com isto uma maior

fiabilidade nos resultados. Por outro lado, considera-se atualmente que os instrumentos de avaliação não se devem cingir apenas aos que são avaliados por avaliadores independentes, pois se, por um lado, as autoavaliações ficam limitadas pela capacidade do paciente descrever e identificar os seus padrões defensivos típicos, que, por definição, são inconscientes e, portanto, inacessíveis (Jacobson *et al.*, 1986), por outro, é também importante ter a perspectiva do paciente relativamente a essa mudança (Carey et al, 2007). Na realidade, nas atuais orientações metodológicas relacionadas com as pesquisas de mudança em processos terapêuticos, faz parte um procedimento designado de *triangulação* por Campbell e Fiske, (1959, *in* Yoshida, 1998). Este procedimento considera a inclusão, na investigação, de medidas obtidas quer pelo terapeuta, quer por avaliadores independentes, quer ainda pelo paciente, pois, é possível assim comparar informação proveniente de diversas fontes que se irá complementar, confirmar ou mesmo contrapor-se (Fonagy & Moran, 1993, *in* Yoshida, 1998). Pretende garantir-se deste modo a formulação de um modelo que identifique a ocorrência de padrões recorrentes no processo terapêutico, que possam conduzir à compreensão dos fatores subjacentes à mudança (Luborsky, 1993, *in* Yoshida, 1998).

O *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-IV) define os mecanismos de defesa como sendo processos psicológicos automáticos que protegem o indivíduo contra a ansiedade e a consciencialização quanto a perigos ou fatores de *stress* internos ou externos. Os indivíduos frequentemente não têm consciência desses processos enquanto eles operam. Os mecanismos de defesa intermediam a reação do indivíduo a conflitos emocionais e a fatores de *stress* internos e externos” (Kipper, 2003).

Como resultado da ação dos diversos mecanismos de defesa, o comportamento pode assumir configurações consideradas como mais ou menos patológicas, mais ou menos maduras, ou mais ou menos adaptativas. Há uma clara hierarquização das defesas em relação à sua capacidade de adaptação geral: as defesas de nível baixo são habitualmente menos adaptativas enquanto as de nível mais elevado são as mais adaptativas (Hersoug *et al.*, 2002).

Estudos publicados indicam fortes evidências de que a adaptabilidade do estilo defensivo se correlaciona com a saúde mental e que alguns diagnósticos estão relacionados com padrões específicos de defesa (Bond, 2004). Constata-se assim que um conceito importante e complexo como é o dos mecanismos de defesa abrange tanto a ideia de normalidade como de patologia, uma vez que uma pessoa não adoece por possuir defesas, mas sim pela ineficácia dessas defesas ou pelo uso inadequado que faz delas (Gomes, 2003).

Á medida que ocorre a mudança no processo psicoterapêutico, é então expectável que a configuração das defesas utilizadas pelo paciente também se modifique (Yoshida, 1998). Os

estilos defensivos tornam-se mais adaptados à medida que se verifica uma redução sintomática, contudo as defesas intermédias tendem a ser estáveis ao longo do tempo. Assim, uma melhoria na capacidade de adaptação das defesas é um sinal importante de que, para além de uma melhoria sintomática, está em curso uma mudança psicológica. Por vezes, as defesas podem refletir a qualidade da aliança terapêutica (Bond, 2004). No entanto, embora seja expectável a mudança das defesas num tratamento a longo prazo, um ano de psicoterapia pode ser considerado um prazo muito curto para que se observe tal mudança, pois presume-se que os padrões das defesas apresentam alguma resistência à mudança (Hersoug *et al*, 2002). Contudo, apesar de alterações pequenas ou moderadas nas defesas durante a psicoterapia, estas vão refletir uma maior capacidade de tolerância aos fatores internos e externos de *stress* e às vicissitudes da vida.

Estudos comparativos da mudança nos sintomas e na estrutura

Com vista a uma melhor compreensão do processo de mudança ao longo de uma psicoterapia, apresentam-se diversos estudos onde se utilizaram instrumentos de avaliação visando a comparação da mudança a nível sintomático e a nível estrutural decorrente de um tratamento psicoterapêutico. Em última análise, estes estudos permitem avaliar a eficácia do tratamento, permitindo melhorar a condução do processo psicoterapêutico.

Johansen e colaboradores (2011) realizaram um estudo com o objetivo de analisar se uma mudança no funcionamento defensivo geral durante o tratamento poderia prever mudanças no sintoma angústia durante o tratamento e acompanhamento, e se essa mudança seria maior na psicoterapia psicodinâmica de curto prazo do que em psicoterapia cognitiva. Para tal, usaram uma amostra de 50 pacientes com perturbações de personalidade do cluster C que foram sujeitos a 40 sessões (semanais) de psicoterapia psicodinâmica de curto prazo ou de psicoterapia cognitiva. Os autores avaliaram gravações de vídeo de uma entrevista de pré-tratamento e das sessões de psicoterapia, usando a escala de avaliação dos mecanismos de defesa *DMRS*. O sintoma angústia foi medido utilizando a versão revista do *Symptom Checklist-90*. Observou-se uma mudança no funcionamento defensivo geral durante o tratamento que preconizou uma mudança no sintoma angústia desde o período pré-tratamento até 2 anos após o tratamento. Ambos os grupos de tratamento apresentaram mudanças

significativas no funcionamento defensivo no sentido de uma maior adaptabilidade, mas sem diferenças significativas entre os grupos de psicoterapia psicodinâmica de curto prazo e os de psicoterapia cognitiva.

Hersoug e colaboradores (2002) também tinham feito um estudo idêntico, em que compararam a mudança das defesas e dos sintomas ao longo de uma psicoterapia. Neste estudo, os autores analisaram se as alterações observadas nos mecanismos de defesa durante uma psicoterapia psicodinâmica breve poderiam prever os resultados. A investigação envolveu uma amostra de 43 pacientes num máximo de 40 sessões, tendo as defesas sido avaliadas pela escala *DMRS* (avaliada por clínicos) e pelo Questionário de Estilo Defensivo *DSQ* (autoavaliação). Constataram que o funcionamento geral defensivo avaliado pelo *DMRS* mudou significativamente. No entanto, o funcionamento geral defensivo inicial não previu a qualidade da aliança terapêutica nem influenciou o resultado. Verificaram também que os sintomas melhoraram mais rapidamente no início da terapia, enquanto as defesas se alteraram na última metade da terapia, de acordo com o modelo proposto por Gunderson e Gabbard (1999). A melhoria nos sintomas começou logo no início da terapia, sendo mais acentuada até à 20ª sessão (a mudança principal ocorreu desde a pré terapia até à 3ª sessão), não se tendo observado mudanças significativas a partir daí. Já relativamente às defesas, a maior parte da melhoria no funcionamento geral defensivo ocorreu só a partir da 16ª sessão (até essa altura tinha-se mantido essencialmente inalterado).

Num estudo de caso realizado durante dois anos de psicoterapia psicodinâmica, Moreno e colaboradores (2005), apresentam os resultados obtidos através de uma combinação de métodos clínicos e empíricos de avaliação da mudança psíquica. Os autores utilizaram material de sessões de supervisão e reuniões clínicas para avaliar o diagnóstico psicodinâmico e sua evolução. Foram utilizadas as seguintes técnicas empíricas e instrumentos: o tema do núcleo do relacionamento conflituoso (*Core Conflictual Relationship Theme*) (Luborsky & Crits-Christoph, 1990), a *Symptom Checklist-90-Revised* (Derogatis, 1983), e *Elementos Diferenciais para um Diagnóstico Psicodinâmico* (Moreno *et al.*, 1998). Foram identificados vários indicadores de mudança psíquica ao longo do processo psicoterapêutico. Os instrumentos utilizados demonstraram sensibilidade às mudanças durante a psicoterapia, tendo-se constatado que, quando usados em conjunto, os instrumentos permitem uma avaliação integrada da evolução do paciente durante o tratamento.

Num estudo de caso, Lingardi e colaboradores (2010) descreveram a progressão de uma análise, tanto na perspectiva do terapeuta, como de uma equipe de avaliadores independentes, utilizando uma metodologia empírica que incluiu o *Shedler-Westen*

Assessment Procedure -200, SWAP-200 (Shedler & Westen, 2006), a *Defense Mechanism Rating Scale, DMRS* (Perry, 1990) e a *Analytic Process Scales, APS* (Waldron, Scharf, Crouse, Firestein, & Burton, de 2004, e Waldron, Scharf, Hurst, *et al.*, 2004) para estudar transcrições integrais de sessões. As transcrições foram avaliadas com a *DMRS* e a *APS* desde o início da análise e a cada seis meses durante dois anos, enquanto o *SWAP-200* foi aplicado a cada doze meses, dado não ser previsível a ocorrência de mudanças antes do primeiro ano de terapia. No início, a paciente evidenciava traços obsessivos, paranoides e hostis, e de externalização. A avaliação do funcionamento indicava um nível médio relativamente a uma amostra de pacientes com diagnóstico de perturbação de personalidade. Relativamente às defesas, a avaliação posicionou-a no nível neurótico, com prevalência nas defesas de intelectualização e deslocamento. Ao fim do primeiro ano, a avaliação com recurso ao *SWAP-200* evidenciou um aumento substancial na sua personalidade saudável em geral, não apresentando já critérios para um diagnóstico de perturbação de personalidade. Nessa fase, a avaliação com a *DMRS* demonstrou um aumento no funcionamento defensivo geral que, embora ainda no domínio neurótico, se aproximava mais de um nível mais maduro. Do ponto de vista analítico, a produtividade geral do contributo da paciente face à terapia melhorou em cerca de 12,5%. Ao fim do segundo ano, constatou-se um ganho adicional de 2,9 pontos na avaliação do funcionamento elevado pelo *SWAP-200*, resultando num aumento total de 49,34 para 60,81, o que corresponde a um quadro bastante diferente do inicial. Do ponto de vista das defesas, a paciente manteve o seu estilo defensivo no domínio neurótico, com a diminuição das defesas neurótica e obsessiva, e um acentuado aumento nas defesas maduras, apresentando um funcionamento defensivo geral ligeiramente superior ao obtido no fim do primeiro ano de psicoterapia. A produtividade geral da paciente continuou aproximadamente ao mesmo nível.

Sá (2010) aplicou também o *SWAP-200* a notas das sessões de um psicanalista em três momentos diferentes (início, meio e fim) de um processo psicoterapêutico que durou cerca de quatro anos. Com este estudo, o autor procurou apurar os traços patológicos mais proeminentes na personalidade da paciente, para poder delinear a sua evolução. Os traços coincidiram com o alívio sintomático e maior funcionalidade psicológica, frequentemente descrito por autores como uma mudança positiva em psicoterapia (Tengland, 2009, *in* Sá, 2010). Comprovou, assim, uma forte mudança da personalidade do sujeito após 4 anos de psicoterapia psicanalítica.

Num estudo que visava observar mudanças na personalidade de uma paciente seguida em psicanálise durante quatro anos, Cabrita (2008) aplicou o *SWAP-200* a notas de sessões,

transcritas em discurso direto. A aplicação do instrumento foi feita às sessões iniciais (primeiros seis meses), às sessões intermédias (final do segundo ano), e às sessões finais do quarto ano. Observou-se uma significativa redução de sintomas no decorrer da psicoterapia, e a conseqüente alteração psicológica e comportamental que daí adveio. Na generalidade das categorias, observou-se uma proximidade de valores entre o primeiro e o segundo tempo, em que os indicadores de mudança dos traços de personalidade tendiam, embora ainda de forma ténue, a decrescer no caso da categoria Depressiva, e a aumentar no caso da categoria de Funcionamento Mental elevado. Foi no terceiro momento de avaliação que se constatou a grande alteração destes traços, supostamente devido à consolidação das mudanças mais profundas ao nível dos traços depressivos da personalidade, a partir do segundo tempo, correspondente a dois anos de terapia. Na análise efetuada, a autora identificou vários indicadores de mudança nas dimensões que a escala mede. Os resultados obtidos levam a concluir que ocorreu mudança de forma efetiva, ao longo do acompanhamento psicanalítico, não só dos traços de personalidade mais característicos e patológicos, como também dos processos psíquicos subtis a eles associados.

Akkerman e colaboradores (1992, 1999) estudaram os mecanismos de defesa em doentes com depressão *major*, antes e após a remissão dos sintomas, e observaram que havia uma diminuição no uso de defesas imaturas após a remissão dos sintomas, mas nenhuma mudança nas defesas neuróticas e maduras a curto prazo (após sete a nove semanas do início do tratamento). A longo prazo, constataram um aumento no uso de defesas maduras e um declínio no uso de defesas imaturas, enquanto as defesas neuróticas permaneceram estáveis ao longo do tempo. Esses estudos sugerem que os mecanismos de defesa podem sofrer alterações ao longo do tratamento, indicando que continua a haver alterações benéficas no estilo defensivo para além do período de diminuição dos sintomas. Segundo estes autores, algumas defesas podem ser mais estáveis, enquanto outras podem estar mais sujeitas a alterações, caso das defesas imaturas, o que estaria de acordo com o conceito de regressão temporária que pode afetar os indivíduos num episódio de doença.

Sun (2000, *in* Bond, 2004) apresentou um estudo que envolveu 518 estudantes, a quem aplicou o *SCL-90* (para avaliar sintomas) e o *DSQ9* (para avaliar estilos defensivos) tendo concluído que os 111 estudantes com problemas mentais apresentavam o que aquele autor designou de “personalidade mal adaptativa” e “estilo defensivo maladaptativo”.

Conclusão

Na presente revisão de literatura pretendeu dar-se uma ideia do que se entende por mudança no contexto de uma psicoterapia, apresentando-se as opiniões de alguns investigadores sobre o tema.

Descreveram-se alguns estudos que envolveram a utilização de instrumentos visando a comparação da mudança a nível dos sintomas com a mudança observada a nível estrutural. Nestes estudos, foi notória a diferença do modo como se processa a mudança sintomática e a mudança em aspetos considerados estruturais como é o caso dos traços de personalidade e os mecanismos e defesa. No caso dos sintomas, são evidentes mudanças desde o início do tratamento, enquanto no caso da estrutura dificilmente serão observáveis alterações significativas antes do primeiro ano de psicoterapia uma vez que a mudança, neste caso, vai ser mais profunda e, por isso, mais lenta.

Ao longo desta revisão salienta-se ainda a importância de documentar a eficácia da psicoterapia, o que requer a seleção de instrumentos de medição apropriados de resultados (por exemplo, autoavaliação do paciente, avaliação do terapeuta), a determinação do momento de os administrar (por exemplo, repetidamente ao longo do tratamento, no fim e após o fim) e a decisão sobre a metodologia apropriada.

Através da apresentação de diversos estudos demonstrou-se a grande utilidade destes instrumentos de avaliação, não só para a prática clínica como, principalmente, no campo da investigação sobre a mudança em psicoterapia. Por outro lado, o uso destes instrumentos avaliados por clínicos (*SWAP-200*, *DMRS* e *APS*) durante o processo psicoterapêutico poderia ter grande valor didático para os alunos das faculdades ou outras instituições de ensino relacionadas com terapias no âmbito da Psicologia.

Finalmente, considera-se que ainda há muito a fazer no âmbito do estudo empírico da mudança, particularmente no que diz respeito à combinação de diversos tipos de instrumentos (por exemplo, autoavaliações, avaliações de clínicos, avaliações de avaliadores externos), para uma melhor compreensão de todo o processo de mudança. Haveria todo um potencial para comparações verdadeiramente interessantes, que explicassem os sucessos ou fracassos dos tratamentos psicoterapêuticos. O modo de apresentar os dados também pode ajudar o terapeuta a clarificar e articular o que acontece durante uma análise ou psicoterapia, quais as dimensões das suas intervenções verdadeiramente efetivas com um determinado paciente, e que mecanismo de defesa e capacidades de funcionamento saudáveis são prevaletentes num paciente num momento específico do tratamento.

Reforça-se ainda a necessidade de mais estudos em que sejam aplicados vários instrumentos para uma melhor compreensão de todo o processo de mudança.

Referências

- Akkerman, K., Lewin, T. & Carr, V. (1999). Long-Term Changes in Defense Style among Patients Recovering from Major Depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187, 80-87.
- Akkerman K, Carr V, & Lewin T. (1992). Changes in Ego Defenses with Recovery from Depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 180, 634-638.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Blum, H. (1992). Psychic Change: The Analytic Relationship and Agents of Change. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 255-265.
- Bond, M. (2004). Empirical Studies of Defense Style: Relationships with Psychopathology and Change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 263–278.
- Cabrita, A. & Pires, A. (2008). *Personalidade e Personalidade Perturbada: seus contextos de mudança em psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R., Murray, K. & Spratt, M. (2007). Psychological change from the inside looking out: a qualitative investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7 (3), 178-187.
- Cooper, A. (1992). Psychic Change: Development in the Theory of Psychoanalytic Techniques. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 245-250.
- Enéas, M. (2000). Fundamentos da mudança psíquica: recursos para o manejo técnico em psicoterapia breve. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2 (1), 75-94.
- Gomes, F. (2003). A relação entre os Mecanismos de Defesa e a qualidade da Aliança Terapêutica em psicoterapia de orientação analítica de adultos: um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Gunderson, J. & Gabbard, G. (1999). Making the case for the Psychoanalytic Therapies in the Current Psychiatric Environment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47 (3), 679-705.
- Hersoug, A., Sexton, H. & Hoglend, P. (2002). Contribution of Defensive Functioning to the Quality of Working Alliance and Psychotherapy Outcome. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (4), 539-554.
- Jacobson, A., Beardslee, W., Hauser, S., Noam, G., Powers, S., Houlihan, J. & Rider, E. (1986). Evaluating ego defense mechanisms using clinical interviews: an empirical

- study of adolescent diabetic and psychiatric patients. *Journal of Adolescence*, 9, 303-319.
- Johansen, P., Krebs, T., Svartberg, M. & Holen, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 199 (9), 712-5.
- Josephs, L. (2011). Beyond the illusion of Structural Change: a Process Priming Approach to Psychotherapy Outcome Research. *Psychoanalytic Psychology*, 28 (3), 420-434
- Kazdin, A. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 418-428.
- Kipper, L. (2003). *Avaliação de Mecanismos de Defesa em Pacientes com Transtorno do Pânico, sua Relação com Gravidade, Resposta ao Tratamento e Alteração Pós Tratamento*. Tese Mestrado em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F. & Waldron, S. (2010). An Empirically Supported Psychoanalysis. The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27 (2), 190-218.
- Moreno, C., Schalayeff, C., Acosta, S., Vernengo, P., Roussos, A.. & Lerner, B. (2005). Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 199-209.
- Presniak, M., Olson, T. & MacGregor, M. (2010). The Role of Defensive Mechanisms in Borderline and Antisocial Personalities. *Journal of Personality Assessment*, 92 (2), 137-145.
- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Sá, D. (2010). *A avaliação de mudanças na personalidade no processo psicoterapêutico: estudo de caso*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Safra, D., Rice, N. & Greenberg, S. (1988). Integrating psychotherapy research and practice: modeling the change process. *Psychotherapy*, 25, 1-17.
- Wallerstein, R. (1998). Assessment of Structural Change in Psychoanalytic Therapy and research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 241-262.
- Yoshida, E. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.

Estudo Empírico

Mudanças em Psicoterapia: Personalidade, Mecanismos
de Defesa e Sintomas

Resumo

Problema: Na literatura consultada, existem fortes indícios de que as mudanças sintomáticas ocorrem previamente às mudanças estruturais. Contudo, são muito poucos os estudos que relacionam estes aspectos. **Objetivo:** estudar as relações entre as mudanças na personalidade, o uso de determinados mecanismos de defesa e a redução da sintomatologia em duas pacientes, seguidas em psicoterapia pelo mesmo terapeuta por um período de 2 anos. **Método:** A personalidade e mecanismos de defesa foram avaliados através das gravações áudio de sessões a cada seis meses com *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*, e o *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)*. O *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* foi aplicado às pacientes em três momentos distintos, ao longo do processo psicoterapêutico. **Resultados:** Em ambos os casos analisados, constatou-se que a mudança sintomática ocorreu de uma forma mais rápida do que ao nível estrutural (personalidade e mecanismos de defesa).

Palavras-chave: Psicoterapia, *SWAP-200*, *DMRS*, *SCL-90-R*, mudança, estudo de caso.

Abstract

Problem: In the literature reviewed there are strong evidences that symptomatic changes occurs previously to structural changes. However, there aren't many studies that relate these aspects. **Main goal:** The study of relationship between changes in personality, the use of certain defense mechanisms and the reduction of symptoms in two patients followed in psychotherapy, with the same therapist, during two years. **Method:** The personality and defense mechanisms were evaluated based on sessions' audio records, every six months, with the *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)* and the *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)*. The *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* was applied in three different moments throughout the psychotherapeutic process. **Results:** In both cases it was found that change of symptoms occurred more quickly than structural changes (personality and defense mechanisms).

Keywords: Psychotherapy, *SWAP-200*, *DMRS*, *SCL-90-R*, change, case study.

Introdução teórica

Existem diversos estudos publicados que evidenciam que a adaptabilidade dos estilos defensivos está correlacionada com o bom funcionamento mental, assim como com o facto de alguns diagnósticos estarem relacionados com determinados padrões de mecanismos de defesa. Por exemplo, num tipo de funcionamento borderline parece haver uma maior utilização de defesas mal adaptadas e imagem distorcida, e um menor uso das defesas adaptativas (Bond, 2004). No caso das perturbações da personalidade em particular, verifica-se um nível geral de funcionamento defensivo mais baixo do que nos indivíduos com funcionamento neurótico ou “neurótico-saudável” (healthy-neurotic) (Perry et al, 2009). Num estudo efetuado por Sinha & Watson (1999, *in* Bond, 2004), utilizou-se o *DSQ-40* para avaliar em que medida os estilos defensivos poderiam prever um tipo de perturbação da personalidade numa amostra de 194 mulheres e 99 homens. Concluiu-se que os estilos defensivos mal adaptados (imaturos) estavam correlacionados com determinadas perturbações da personalidade. Também Cramer (1999) concluiu que é o uso de formas imaturas de defesa, mais do que as maduras, que caracterizam determinadas perturbações de personalidade. Nesse mesmo estudo, Cramer constatou um paralelismo entre a hierarquia das perturbações de personalidade, desde o mais baixo nível de funcionamento (Borderline) até ao mais alto (Histriónica) e a hierarquia das defesas: por exemplo: utilização de defesas de nível mais baixo e mais imaturas na personalidade Borderline, enquanto a personalidade Histriónica utiliza defesas de nível mais alto. Noutro estudo, realizado por Mulder e colaboradores (1999, *in* Bond, 2004), onde se avaliaram 256 indivíduos, verificou-se que os estilos defensivos ‘imaturos’ estavam correlacionados com a presença e número de perturbações da personalidade. Estes resultados reforçam a evidência de que os pacientes com perturbações da personalidade utilizam com maior frequência estilos defensivos mal adaptados.

A teoria psicodinâmica conceptualiza os mecanismos de defesa, não apenas em termos de características individuais do sujeito, mas também como parte da estrutura da sua personalidade (Weinberger, 1998). Segundo McWilliams (2005), a estrutura essencial do carácter de qualquer ser humano não pode ser compreendida sem a consideração de duas dimensões distintas e de influência recíproca: o nível desenvolvimentista de organização da personalidade e o estilo defensivo utilizado no âmbito desse nível. A familiaridade com o conceito de defesa e a diversidade de mecanismos de defesa a que os seres humanos podem recorrer é decisiva para a compreensão do diagnóstico psicanalítico. As principais categorias de diagnóstico utilizadas pelos terapeutas analíticos para indicar tipos de personalidade

referem-se, implicitamente, ao funcionamento persistente de uma defesa específica, ou constelação de defesas, num indivíduo.

Segundo Gunderson & Gabbard (2000), existe uma sequência de mudanças que pode ser esperada durante o processo de psicoterapia: (1) estados subjetivos e sentimentos disfóricos (após algumas semanas); (2) comportamento (após alguns meses); (3) estilo interpessoal (6-18 meses) e (4) organização intrapsíquica (> 2 anos).

Existe alguma evidência de que a mudança sintomática ocorre previamente à mudança nos mecanismos de defesa. Keller e colaboradores (2002, *in* Cogan & Porcerelli, 2005) efetuaram um estudo com 111 pacientes que haviam completado, no mínimo, 100 sessões de psicanálise. Os resultados demonstraram uma diminuição na severidade dos sintomas, relatados pelos pacientes no *SCL-90*. Ainda neste contexto, Hersoug e colaboradores (2002), realizaram um estudo com 43 pacientes, que tinha como objetivo verificar em que medida os mecanismos de defesa prediziam determinados resultados durante uma psicoterapia dinâmica breve (máximo 40 sessões). As avaliações foram feitas em três momentos distintos: antes, durante e depois da terapia. Os resultados demonstraram que o funcionamento defensivo global, avaliado pelo *DMRS*, mudou significativamente. Verificou-se ainda uma melhoria sintomática (avaliada pelo *SCL-90*) mais rápida no início do tratamento (até à 20ª sessão), enquanto as mudanças ao nível defensivo apenas se observaram a partir da segunda metade do processo psicoterapêutico (20ª sessão). Deste modo, concluiu-se que o uso de defesas mais adaptativas levou a uma mudança dinâmica, que ocorreu de um modo mais lento em relação à melhoria sintomática.

Na bibliografia consultada, constatou-se a existência de indícios de que as mudanças de personalidade, resultantes da psicoterapia, estão relacionadas com o uso de determinados mecanismos de defesa e que esta mudança ocorre mais lentamente do que a mudança nos sintomas. Contudo, torna-se necessário aprofundar o estudo desta relação recorrendo a estudos de caso. O objetivo do presente trabalho consiste, então, em estudar as relações entre as mudanças na personalidade ao longo da psicoterapia e o uso dos mecanismos de defesa, e a redução de sintomatologia em dois estudos de caso.

Método

Participantes

Caso 1

Maria (nome fictício) é uma mulher de 36 anos, solteira e desempregada. Refere que nunca havia procurado apoio psicológico, mas que o facto de ter terminado uma relação amorosa e de estar desempregada há mais de um ano a “deitou muito a baixo”. Nas primeiras sessões Maria apresentava, maioritariamente, um humor depressivo, marcado por uma grande tristeza, falta de motivação e interesse nas atividades diárias, dificuldades em dormir e uma baixa autoestima (complexos com o seu corpo).

É a mais nova de três irmãos. Denota alguns sentimentos de inferioridade e ciúmes em relação aos irmãos. A relação com os pais é descrita como “ausente de mimos e carinho”. Segundo Maria, quem a criou e acarinhou ao longo de toda a infância foi a sua ama. No entanto, mantém, atualmente, uma relação relativamente próxima com os pais, considerando-os uma fonte de apoio e suporte.

O seu percurso profissional foi sempre um pouco instável. Maria formou-se em Portugal mas logo de seguida foi trabalhar para o estrangeiro. Voltou a Portugal algum tempo depois para tentar montar um negócio próprio mas não teve muito sucesso. Mais tarde, surgiram novas oportunidades de emprego, contudo nunca ficou efetiva. Ao descrever o seu percurso profissional, Maria refere que “foi apenas tempo perdido”.

As relações amorosas que estabeleceu durante a sua vida também foram sempre um pouco atribuladas. Ao longo das sessões, Maria faz referência, essencialmente, às suas duas últimas relações, tendo em conta que foram as mais duradouras. Apesar de reconhecer que estas não eram as relações ideais para si, Maria afirma que estaria disposta a continuar com os companheiros tendo em conta que não “suporta estar sozinha”, denotando uma elevada dependência em relação aos outros. Durante o processo psicoterapêutico, Maria demonstrou interesse por alguns homens; contudo, escolhia sempre parceiros emocionalmente indisponíveis.

A preocupação com a alimentação e com as dietas foi um tema constante ao longo das sessões. Apesar dos complexos com a imagem corporal, Maria sentia imensa dificuldade em controlar a compulsão alimentar, o que, posteriormente, dava origem a sentimentos de culpa e inferioridade.

Caso 2

Ana (nome fictício) é uma mulher de 58 anos, casada e com dois filhos. Faz referência ao facto de ter perdido um filho há 16 anos mas não explica como. Toda a vida trabalhou como costureira mas atualmente encontra-se aposentada, apesar de ainda fazer alguns trabalhos dentro da área. Desde o início da psicoterapia denota um humor depressivo, sentimentos de culpa, desânimo e dificuldades em dormir. O seu discurso é muito factual, demonstrando alguma dificuldade em nomear/associar os afetos às experiências passadas.

Deslocou-se para Lisboa à procura de emprego quando tinha apenas 17 anos. Ao referir-se à sua infância, salienta o facto de ter tido um pai muito ausente e que, por isso, sempre fez de tudo para que os seus filhos não passassem pelo mesmo, tendo suportado assim muitas das dificuldades que foram surgindo a nível conjugal.

Descreve o seu percurso de vida como “uma vida de sacrifícios, muito dura”. Viveu sempre em função dos outros, prestando sempre o seu auxílio e encarregando-se da resolução da maioria dos problemas familiares, denotando assim uma certa necessidade de controlar o meio à sua volta. Isto é visível também no espaço terapêutico, onde Ana sente necessidade de ocupar o seu tempo a falar dos outros.

No momento em que procura apoio psicológico, Ana encontrava-se a cuidar da sogra em casa. Uns meses depois, a sua sogra foi transferida para um lar de idosos, onde veio a falecer pouco tempo depois. Esta situação despertou imensos sentimentos de culpa em Ana, uma vez que durante toda a vida a sogra afirmou que não gostaria de acabar a sua vida num lar de idosos.

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

Aos 18 meses de terapia, Ana interrompe a análise devido à sua mudança para outra cidade.

Instrumentos

Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)

O *SWAP-200* é um instrumento de avaliação utilizado para fazer o diagnóstico da psicopatologia da personalidade, criado por autores de orientação psicanalítica que procuravam uma alternativa ao DSM. O conjunto inicial de itens do *SWAP-200* foi elaborado a partir de escritos contemporâneos sobre a personalidade e suas patologias, tendo este documento sido revisto e refinado através de um processo integrativo ao longo de 7 anos (Shedler & Westen, 1998).

Não sendo aplicado diretamente ao paciente, o *SWAP-200* presta-se a diferentes utilizações, consoante a necessidade de diagnóstico. Deste modo, tanto pode ser usado pelo próprio terapeuta como pode ser usado por terceiros, com base em informações fornecidas pelo terapeuta original (Lingiardi, Shedler & Gazzillo, 2006).

Este instrumento de avaliação utiliza o método *Q-sort*. O método, no contexto dos transtornos de personalidade, consiste num conjunto de afirmações que descrevem diferentes aspetos do funcionamento psicológico e da personalidade. Cada afirmação pode descrever um determinado paciente totalmente, um pouco, ou nada (Shedler & Westen, 1999).

O *SWAP-200* inclui itens que refletem os critérios de diagnóstico no Eixo II, mas também um número substancial de descritores de personalidade derivados da literatura sobre a personalidade e sobre as perturbações de personalidade, bem como observações clínicas de centenas de clínicos, e de estudos piloto desenhados para maximizar a sua compreensão. Os itens diferem dos critérios do Eixo II em dois aspetos principais. Por um lado, operacionalizam construções psicológicas subtis, tais como os processos de defesa, que os autores do Eixo II excluíram devido à sua preocupação de que tais processos não pudessem ser medidos de uma forma confiável. Por outro lado, expandem, consideravelmente, uma série de itens para capturar os aspetos de funcionamento de maior importância clínica a que o eixo II não faz referência (Shedler & Westen, 1999).

No total, o *SWAP-200* contém 200 afirmações descritivas da personalidade, as quais o clínico deve classificar em 8 categorias. A primeira categoria, a que é atribuído o valor 0 para dados analíticos, contém afirmações que são irrelevantes ou inaplicáveis ao paciente. A última categoria, a que é atribuído um valor de 7, contém afirmações muito descritivas do paciente. As categorias intermédias contêm afirmações que se aplicam em diferentes graus. Assim, o *SWAP-200* fornece uma pontuação numérica que varia entre 0 e 7 para cada uma das 200 afirmações ou itens. Todas as afirmações têm um vocabulário padrão, através do qual os

clínicos podem expressar as suas observações e inferências. O uso deste vocabulário padrão permite aos clínicos fornecer descrições psicológicas dos pacientes de uma forma passível de ser quantificada, em comparação às descrições fornecidas por outros clínicos, e também analisadas estatisticamente. Escrever os itens desta forma minimiza as interpretações idiossincráticas e irreais.

Por fim, é de salientar que este instrumento apresenta uma distribuição fixa dos itens. Deste modo, na categoria 0 o número de itens tem de ser 100; na categoria 1 devem estar 22 itens; na categoria 2, 18 itens; na categoria 3 devem ser colocados 16 itens; na categoria 4, o número de itens deve ser 14; na categoria 5, 12 itens; na categoria 6, 10 itens; e na categoria 7 devem constar 8 itens.

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

O *SCL-90-R* é um questionário de autorrelato, originalmente orientado para sintomas comportamentais de pacientes psiquiátricos em ambulatorios. Inicialmente, este foi desenvolvido para testes de medicação com o intuito de avaliar a “eficácia dos agentes psicoterapêuticos” (Derogatis *et al.*, 1973, *in* Holi, 2003). Desde então, tem sido aplicado como instrumento de detecção da gravidade dos casos psiquiátricos e como medida descritiva de psicopatologia em diferentes populações. Têm sido feitos estudos tanto com pacientes em ambulatório como em internamento psiquiátrico, bem como com pacientes apresentando uma grande variedade de diagnósticos psiquiátricos, tais como: disfunções sexuais, distímia, ansiedade, depressão, perturbações da personalidade e esquizofrenias (Bjorkly, 2002).

Este questionário multidimensional é constituído por 90 itens que medem uma vasta gama de problemas psicológicos, os quais se subdividem em 9 dimensões específicas: Somatização, Obsessivo-Compulsivo, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Cada sintoma é cotado em 5 graus, segundo a sua gravidade, numa escala de Likert, variando de 0 (“nunca”) a 4 (“extremamente”), consoante a opção de resposta que melhor traduz a frequência do seu acontecimento. O *SCL-90-R* é ainda constituído por 3 índices: o Índice Global de Sintomas (*Global Severity Index – GSI*), que combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade; o Total de Sintomas Positivos (*Positive Symptom Total - PST*), que reflete somente o número de sintomas presentes; e o Índice de Sintomas Positivos de Angústia

(*Positive Symptom Distress Index* - PSDI), que é uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes (Holi, 2003).

Defense Mechanism Rating Scale (DMRS)

A escala *DMRS*, criada em 1990 por John Christopher Perry, mede a utilização de mecanismos de defesa durante uma terapia, baseando-se em entrevistas clínicas, transcrições ou gravações (áudio e vídeo).

O manual do *DMRS* descreve como é possível identificar os 28 mecanismos de defesa individuais. A introdução inclui instruções gerais para a identificação qualitativa e quantitativa das defesas, juntamente com sugestões de como lidar com os problemas apresentados pelas diferentes fontes de dados. O manual inclui a definição de cada defesa, como a defesa funciona, como discriminar cada defesa das “quase defesas” e ainda uma escala de 3 pontos. Cada escala é claramente identificada com exemplos de: “0” não há uso das defesas, “1” é provável o uso de defesas, e “2” uso de defesas.

No sistema do *DMRS* há 7 níveis de defesas organizadas hierarquicamente, onde cada defesa é atribuída a um nível particular. Os níveis de defesa são (por ordem decrescente a nível psicopatológico): Alto nível de adaptabilidade (ou maduras); Obsessivo; Outro tipo de defesas neuróticas; Menor distorção da imagem (ou narcísico); Recusa; Maior distorção da imagem (ou borderline); Ação.

Após a conclusão das avaliações, o número de vezes que cada defesa é identificada no texto é dividido pelo total de instâncias de todas as defesas, atribuindo uma pontuação, em percentagem, para cada defesa. A percentagem total das defesas a cada nível constitui a base que permite efetuar um “perfil defensivo”, representativo da natureza do funcionamento do paciente e que pode ser comparado com o funcionamento revelado durante a terapia. Todas as pontuações são resumidas pelo *Overall Defensive Functioning* (ODF). Nas amostras clínicas baseadas em entrevistas, as pontuações geralmente variam entre 2,5 e 6,5.

A confiabilidade psicométrica do *DMRS* e a sua capacidade para discriminar diversas perturbações e níveis de funcionamento faz dele um excelente instrumento de avaliação de pacientes em psicoterapia psicodinâmica (Lingiardi *et al.*, 2010).

Procedimento

Começou-se por fazer um estudo aprofundado dos instrumentos com o intuito de proporcionar um maior entendimento sobre o seu funcionamento, a sua aplicação, análise e interpretação dos dados.

De seguida, procedeu-se a uma fase de treino destes instrumentos, como forma de familiarização com os mesmos e preparação/ensaio para as futuras aplicações utilizadas no estudo empírico final. Este treino consistiu na aplicação de dois destes instrumentos (o *SWAP-200* e o *DMRS*) a notas de sessões de dois pacientes, distintos dos apresentados neste estudo. O *SWAP-200* foi aplicado em três momentos distintos (início, meio e fim da terapia) para cada um dos casos, pela primeira autora deste estudo. O treino do *DMRS* ficou a cargo de dois avaliadores externos (terceiro e quarto autores deste estudo), sendo a aplicação deste instrumento feita a um conjunto de 6 sessões, para cada paciente. A concordância inter-avaliadores relativamente aos resultados obtidos com o *DMRS* foi de $R=0.78$.

Após a fase de treino, foram analisadas as sessões áudio das duas pacientes referidas no presente estudo, seguidas em psicoterapia por um período de dois anos. O *SCL-90-R* foi aplicado às pacientes em três momentos distintos, ao longo do processo psicoterapêutico. O *SWAP-200* e o *DMRS* foram aplicados a cada seis meses, de modo a permitir uma comparação mais minuciosa com o *SCL-90-R*. Para cada um dos momentos de avaliação foram analisadas quatro sessões, à exceção de um dos momentos onde apenas constavam duas sessões. De referir que os avaliadores desconheciam a fase da terapia a que cada grupo de 4 sessões dizia respeito. A escolha do número de sessões a analisar em cada momento de avaliação foi feita com base numa pesquisa bibliográfica. Segundo Lingiardi e colaboradores (2010), “para que se possa fazer uma avaliação válida destes instrumentos não é possível considerar menos do que 3 a 5 sessões contínuas”.

A análise dos dados relativos ao *SWAP-200* e ao *SCL-90-R* foi feita com recurso a dois programas disponíveis em formato Excel, enquanto os dados do *DMRS* foram trabalhados segundo as fórmulas disponíveis no manual do instrumento.

Resultados

Resultados do SWAP-200

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

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

Caso 1

No gráfico da figura 1 podemos observar que no início da psicoterapia (0 meses) a paciente apresenta os valores mais elevados nas categorias Dependente (T=59,6), Borderline (T=57,8) e Histriónica (T=57,3), ainda que não superiores a 60. Aos 6 meses, verifica-se um valor mais significativo na categoria Borderline (T=60,1), remetendo-nos para uma possível perturbação da personalidade. No entanto, também se verificam valores elevados nas categorias Dependente (T=58,9), Histriónica (T=57,4) e Depressiva (T=56,4). Quanto aos 12 meses, não são notórios valores muito significativos apesar de as pontuações mais altas continuarem a ser as das já referidas categorias, sendo a mais elevada a Dependente (T=55,5). Aos 18 meses verifica-se, novamente, um aumento nos valores das categorias Dependente

(T=59,6), Histriónica (T=57,0), Borderline (T=56,5) e Depressiva (T=56,3). Apesar de nenhum dos valores exceder os 60, destaca-se a categoria Dependente, com a pontuação mais próxima deste valor. Os dados relativos ao fim da psicoterapia (24 meses) mostram-nos uma descida nas pontuações das categorias anteriormente referidas, com exceção das categorias Histriónica e Dependente, que apresentaram ambas um valor de T=56,3.

Os valores do Nível de Funcionamento Mental (*High-Fx*) desta paciente ao longo da psicoterapia encontram-se sempre acima do valor médio de 50, verificando-se o valor mais elevado aos 24 meses (T=58,0), o que nos remete para um progresso positivo a nível do seu bom funcionamento mental.

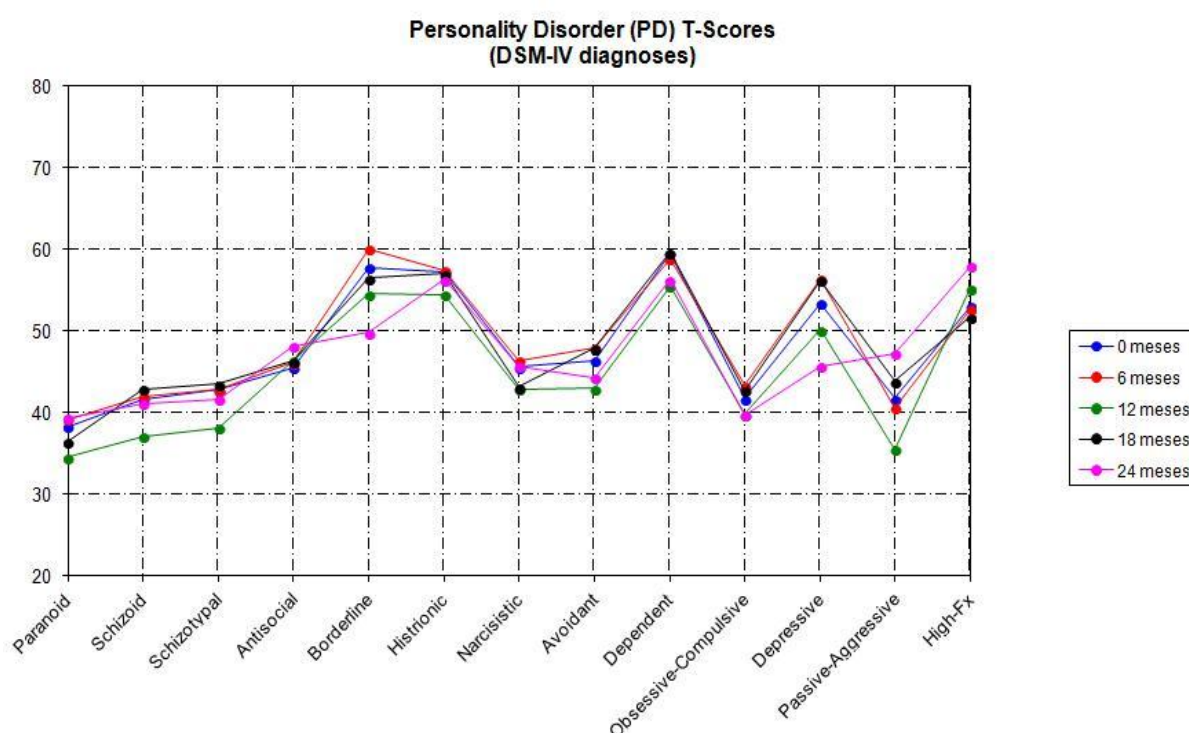


Figura 1 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (caso 1)

O gráfico Q-factor T-scores (figura 2) está dividido em 7 categorias: Disfórica, Anti-social, Esquizóide, Paranóide, Obsessiva, Histriónica e Narcisista. Contudo, a categoria Disfórica divide-se em cinco subfatores: Evitante, Funcionamento Adequado Depressivo, Desregulado, Dependente, e Hostil-Externo.

Relativamente aos dados do início da terapia (0 meses), destacam-se os valores das categorias Histriónica (61,8) e Dependente (65,5) como sendo os mais significativos. No entanto, também se verificam pontuações relativamente elevadas nas categorias Disfórica

(56,3) e Funcionamento Adequado Depressivo (56,7). Aos 6 meses, a única categoria que apresenta um valor significativo é a Dependente (63,1), apesar de serem notórios valores elevados nas categorias Histriónica (59,6), Disfórica (59,3) e Funcionamento Adequado Depressivo (58,6). Aos 12 meses, observam-se novamente pontuações significativas nas categorias Dependente (67,3) e Histriónica (62,1). As categorias Funcionamento Adequado Depressivo e Disfórica, apesar de não apresentarem valores acima dos 60, denotam novamente uma pontuação relativamente alta, 58,4 e 54,1 respetivamente. Quanto aos 18 meses, a categoria que apresenta o valor mais significativo é a Dependente (64,5). Verifica-se no entanto, valores elevados também nas categorias Histriónica (59,9), Disfórica (59,1) e Funcionamento Adequado Depressivo (56,8). Por fim, os dados relativos ao 24º mês (fim da psicoterapia), denotam uma pontuação mais elevada nas categorias Dependente (66,6) e Histriónica (64,2). É nesta fase da terapia que se verificam também os valores mais elevados na categoria *High Fx* (58,0), denotando assim uma melhoria no funcionamento mental da paciente.

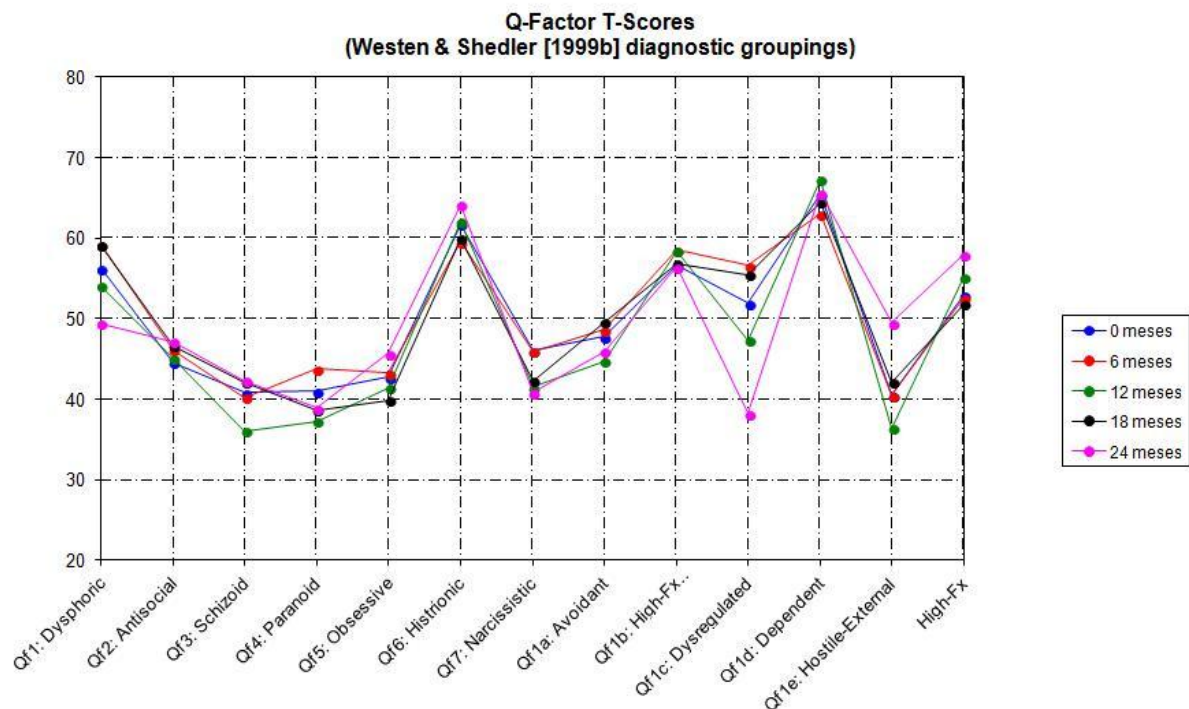


Figura 2 – Q-factor T-scores (caso 1)

O último gráfico (Fig. 3 - *Factor T-scores*) completa o diagnóstico, destacando doze parâmetros específicos do funcionamento psicológico: Saúde Psicológica, Anti-social

(psicopatia), Hostilidade, Narcisismo, Desregulação Emocional, Disforia, Orientação Esquizóide, Obsessão, Perturbação do Pensamento (esquizotipia), Conflito Edipiano, Dissociação e Conflito Sexual (Shedler & Westen, 2004).

Neste gráfico podemos observar que os valores mais altos (em todos os momentos avaliados) dizem respeito à categoria Conflito Edipiano. No entanto, em alguns desses momentos também se verificam valores elevados noutras categorias. Aos 6 meses, para além da categoria Conflito Edipiano, denota-se uma elevada pontuação nas categorias Disforia (62,6) e Desregulação Emocional (60,2). Aos 18 meses a categoria Disforia apresenta novamente um valor elevado (62,5). Por fim, aos 24 meses, verifica-se um aumento na pontuação da categoria Dissociação (60,5). Os valores da categoria Saúde Psicológica mantêm-se sempre dentro da média; contudo, o valor mais elevado corresponde aos 24 meses, confirmando, uma vez mais, uma evolução positiva ao nível do funcionamento mental da paciente.

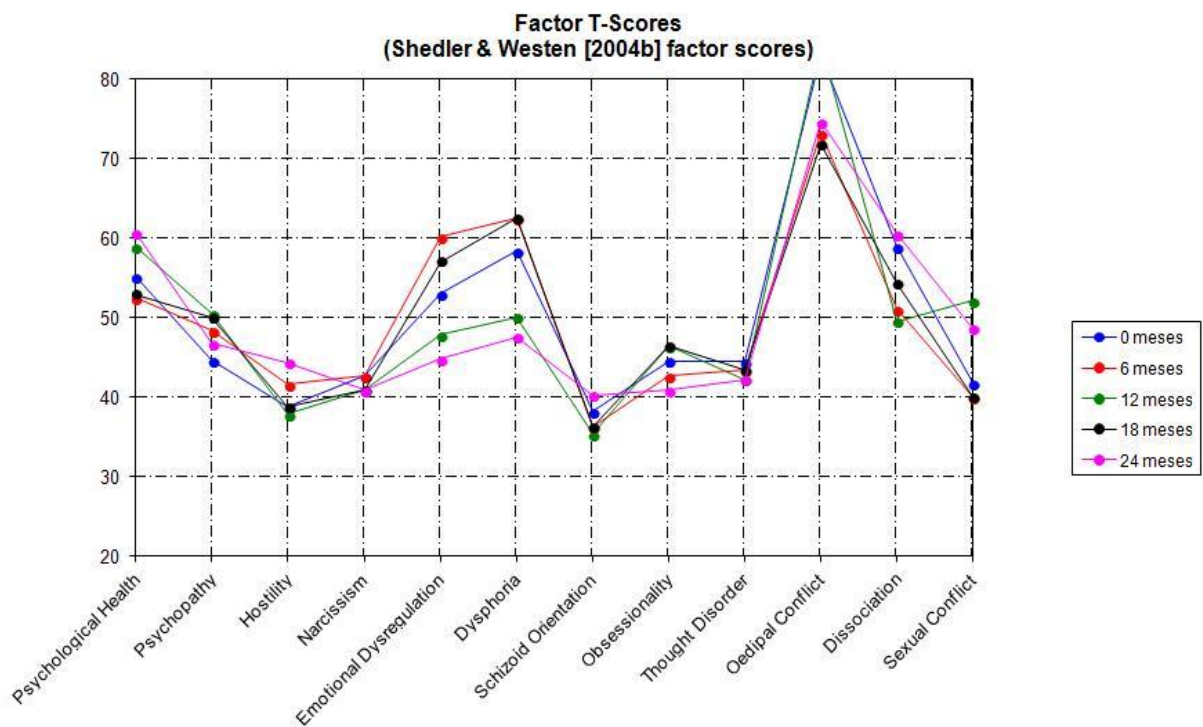


Figura 3 – Factor T-scores (caso 1)

Caso 2

Através da análise da figura 4 podemos constatar que, no início da psicoterapia (0 meses), os valores mais elevados dizem respeito à categoria *High Fx* (T=68,4), não se

verificando, portanto, indícios de uma perturbação da personalidade. Aos 6 meses verifica-se, novamente, um valor significativo na categoria *High Fx* (T=70,9). Contudo, também é visível um valor relativamente elevado na categoria Obsessivo-Compulsivo (T=55,6). Aos 12 meses, a pontuação mais alta surge novamente na categoria *High Fx* (T=59,2), verificando-se, no entanto, valores elevados nas categorias Obsessivo-Compulsivo (T=57,8) e Depressiva (T=56,2). Por fim, aos 18 meses, observou-se, mais uma vez, que o valor mais alto encontra-se na categoria *High Fx* (T=65,9), seguindo-se as categorias Obsessivo-Compulsivo (T=56,6) e Depressiva (T=51,3).

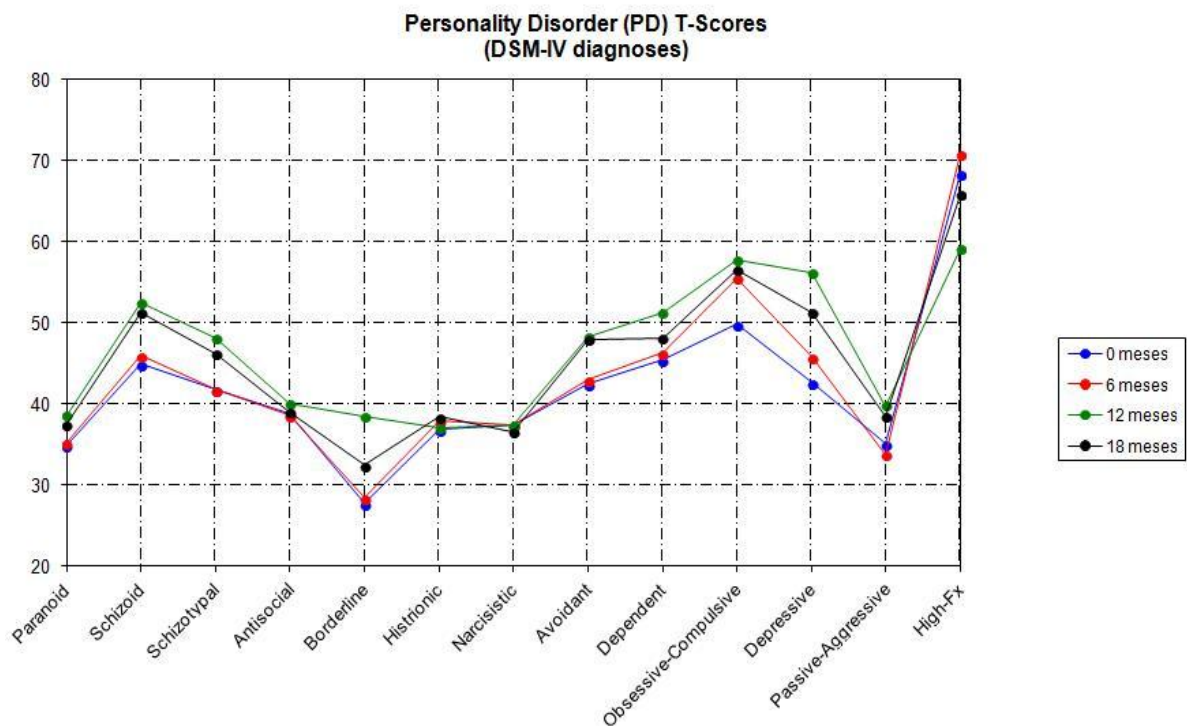


Figura 4 – T-scores relativos às perturbações da personalidade (caso 2)

No gráfico da figura 5 podemos observar que, no início da psicoterapia (0 meses), as categorias que apresentam valores mais significativos, para além do *High Fx* (68,4), são a Obsessiva e o Funcionamento Adequado Depressivo, ambas com 61,3. Aos 6 meses, verifica-se a mesma tendência mas com valores um pouco mais elevados: *High Fx* (70,9), Obsessiva (64,7) e Funcionamento Adequado Depressivo (62,3). Aos 12 meses não se observam valores acima dos 60; contudo, as categorias Obsessiva (59,6), *High Fx* (59,2) e Funcionamento Adequado Depressivo (58,0), mantêm-se com valores relativamente elevados. Por fim, aos 18

meses constata-se valores significativos nas categorias *High Fx* (65,9), Obsessiva (61,9) e Funcionamento Adequado Depressivo (60,6).

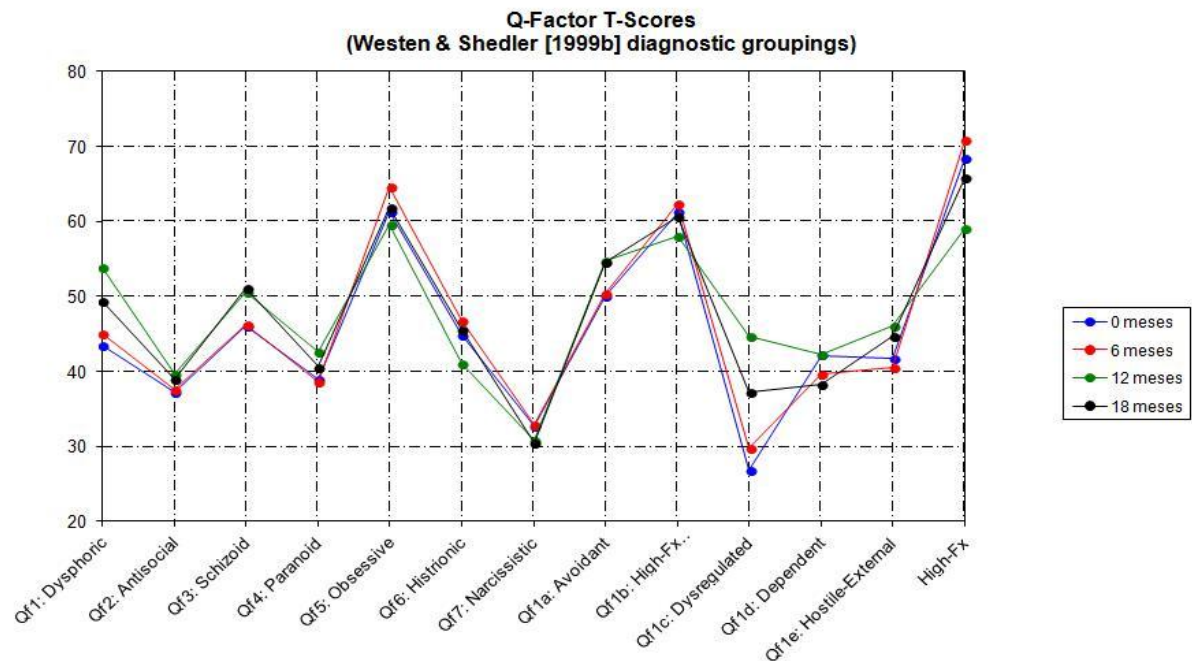


Figura 5 – Q-factor T-scores (caso 2)

No gráfico da figura 6 podemos constatar resultados idênticos ao do gráfico apresentado anteriormente para este caso. Assim, na fase inicial da psicoterapia (0 meses) as categorias onde se verificam os valores mais elevados são Saúde Psicológica (74,5), Dissociação (62,1) e Obsessiva (55,6). Aos 6 meses, observam-se, novamente, valores elevados nas categorias Saúde Psicológica (75,9), Obsessiva (62,9), verificando-se uma pequena descida na categoria Dissociação (59,0), em relação ao início. Aos 12 meses, denota-se uma descida nos valores das categorias Dissociação (57,4) e Obsessiva (58,3) e Saúde Psicológica (63,1), ainda que esta última continue a corresponder a um valor significativo. Por fim, no 18º mês, as categorias onde se observam os valores mais altos são a Saúde Psicológica (69,0), a Obsessiva (61,9) e a Dissociação (57,4).

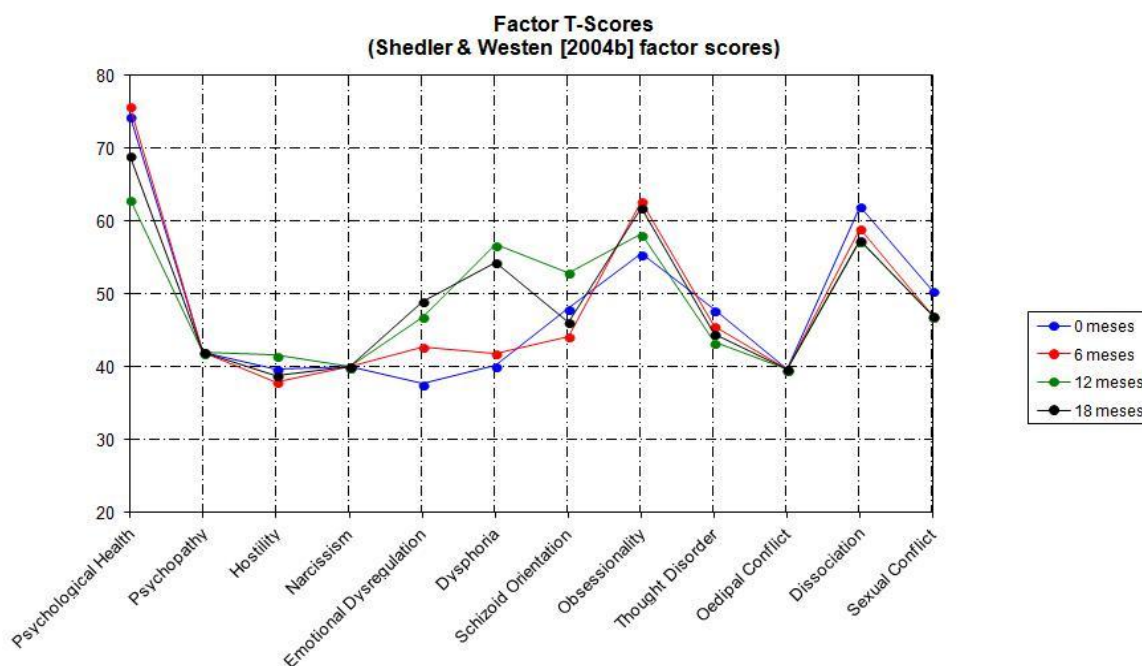


Figura 6 – Factor T-scores (caso 2)

Resultados do DMRS

Os gráficos que se seguem (figuras 7, 8, 9 e 10) dizem respeito aos resultados obtidos com o *DMRS*. Estes dados foram obtidos através do método quantitativo. Segundo Perry (1990), o método quantitativo é preferível ao qualitativo, uma vez que as pontuações obtidas geram um intervalo de aproximadamente 0 a 15 pontos para cada defesa, por cada 50 minutos de entrevista. Desta forma é possível obter um perfil que demonstra a evidência de cada defesa. Por sua vez, o método qualitativo, apresenta maiores dificuldades quando se pretende medir a mudança em entrevistas repetidas, porque mesmo que a defesa seja utilizada com menos frequência após o follow-up, a pontuação não mudará se esta ainda estiver definitivamente presente. O método quantitativo é então preferível tendo em conta que reflete prontamente as diferenças na frequência do uso de uma defesa, tornando-se mais adequado para os estudos longitudinais que visem detetar a mudança.

De acordo com Lingardi (2010), em várias amostras clínicas, de sessões completas, as pontuações obtidas através do método quantitativo situam-se, normalmente, entre 2,5 e 6,5. Assim, as pontuações aproximadas do Funcionamento Defensivo Geral (*Overall Defensive Functioning* - ODF) podem ser categorizadas da seguinte forma: pontuações abaixo de 5,0 são associadas a perturbações da personalidade, depressões severas, e a condições borderline; pontuações situadas entre 5,0 e 5,5 são associadas a personalidades neuróticas e perturbações

sintomáticas; pontuações de 5,5 até 6,0 remetem para funcionamentos neuróticos saudáveis; e pontuações acima de 6,0 são associadas a funcionamentos superiores.

Caso 1

Pela análise da figura 7, podemos constatar que os valores se mantêm relativamente sem alteração até aos 12 meses; contudo, dos 12º para os 18º meses é notório um decréscimo acentuado e o valor médio volta a aumentar consideravelmente dos 18 para os 24º meses de psicoterapia.

É de salientar ainda que todos os valores apresentados neste gráfico encontram-se abaixo de 5,0, remetendo-nos para o facto de se estar perante uma perturbação da personalidade, depressão severa ou condição *borderline* (Lingiardi, 2010).

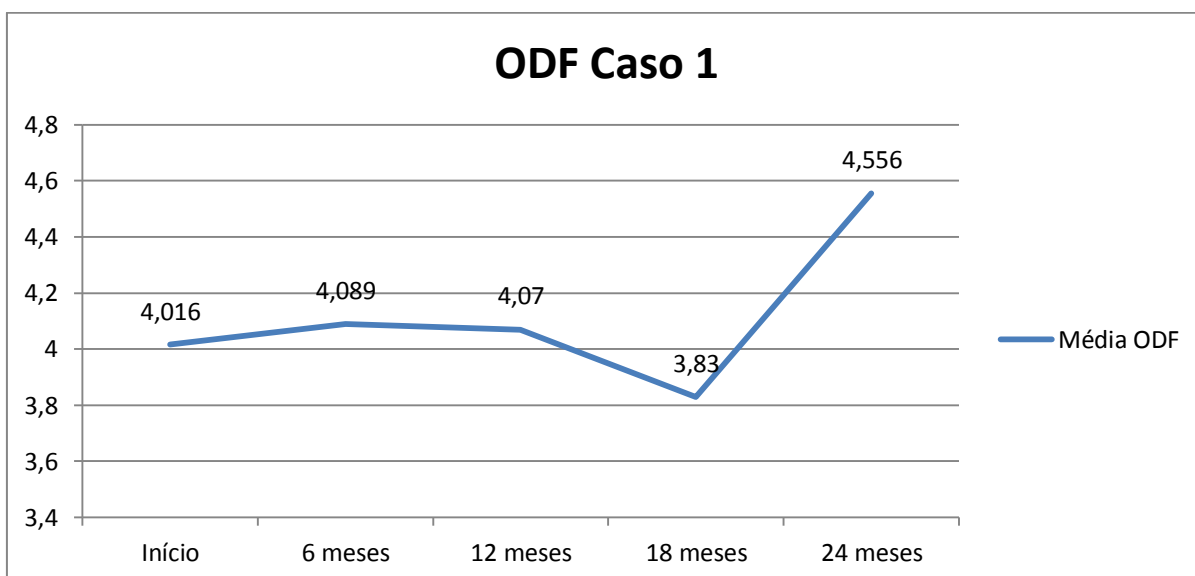


Figura 7 – Média de ODF para o caso 1

Caso 2

A figura 8 diz respeito aos valores médios do *ODF*, obtidos com o *DMRS*, para o caso 2. Neste gráfico podemos observar que, à semelhança do caso anterior, não é notória uma evolução constante dos valores médios do *ODF*. Verifica-se que existe uma subida acentuada dos 0 para os 6 meses. No entanto, logo de seguida, aos 12 meses, verifica-se uma descida abrupta no valor médio do *ODF*. Aos 18 meses, que equivale ao fim da psicoterapia, é notório novamente um aumento do valor do *ODF*, ainda que não tão elevado como aos 6 meses.

Neste caso, observa-se que, no início e aos 12 meses de psicoterapia, as pontuações encontram-se abaixo de 5,0, remetendo-nos para uma possível perturbação da personalidade, depressão severa ou condição borderline (Lingiardi, 2010). No entanto, aos 6 meses e aos 18 as pontuações ultrapassam os 5,0, o que, segundo Lingiardi (2010), pode remeter para personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas.

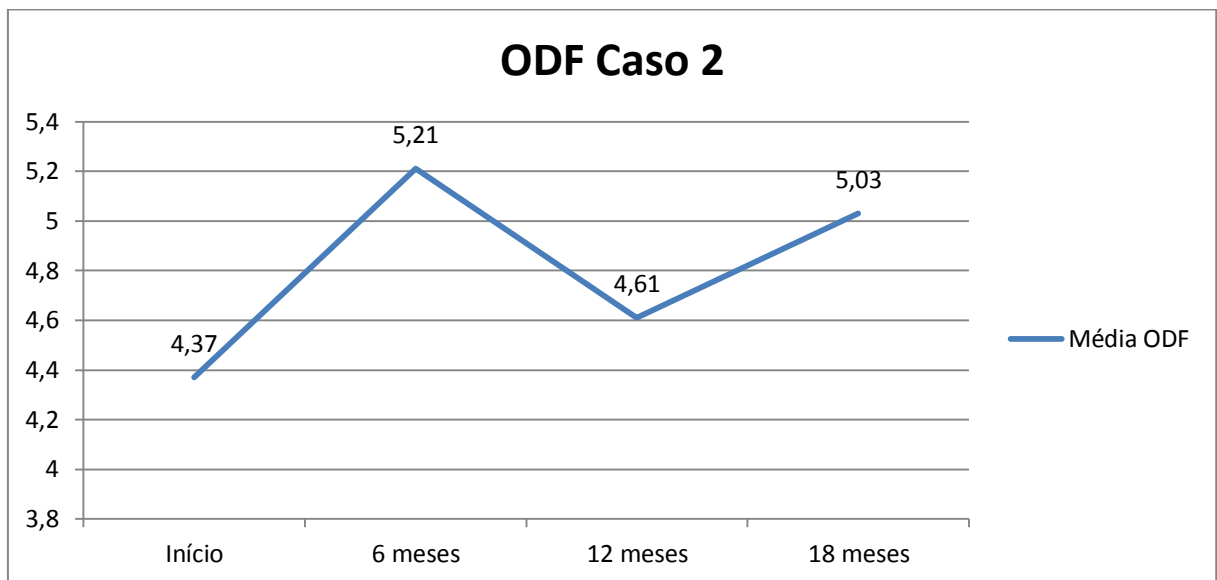


Figura 8 – Média de ODF para o caso 2

No gráfico que se segue (figura 9) estão apresentadas as percentagens dos mecanismos de defesa utilizados pela paciente do caso 1 ao longo de todo o processo psicoterapêutico. Por meio da sua análise, constatamos que, no geral, houve um aumento do funcionamento defensivo da paciente. Este aumento foi particularmente significativo no caso das defesas intermédias. Verifica-se então que a paciente recorreu mais a mecanismos de defesa de nível intermédio e baixo, nomeadamente, racionalização, projeção, negação, desvalorização, deslocamento, formação reativa, recalçamento e anulação.

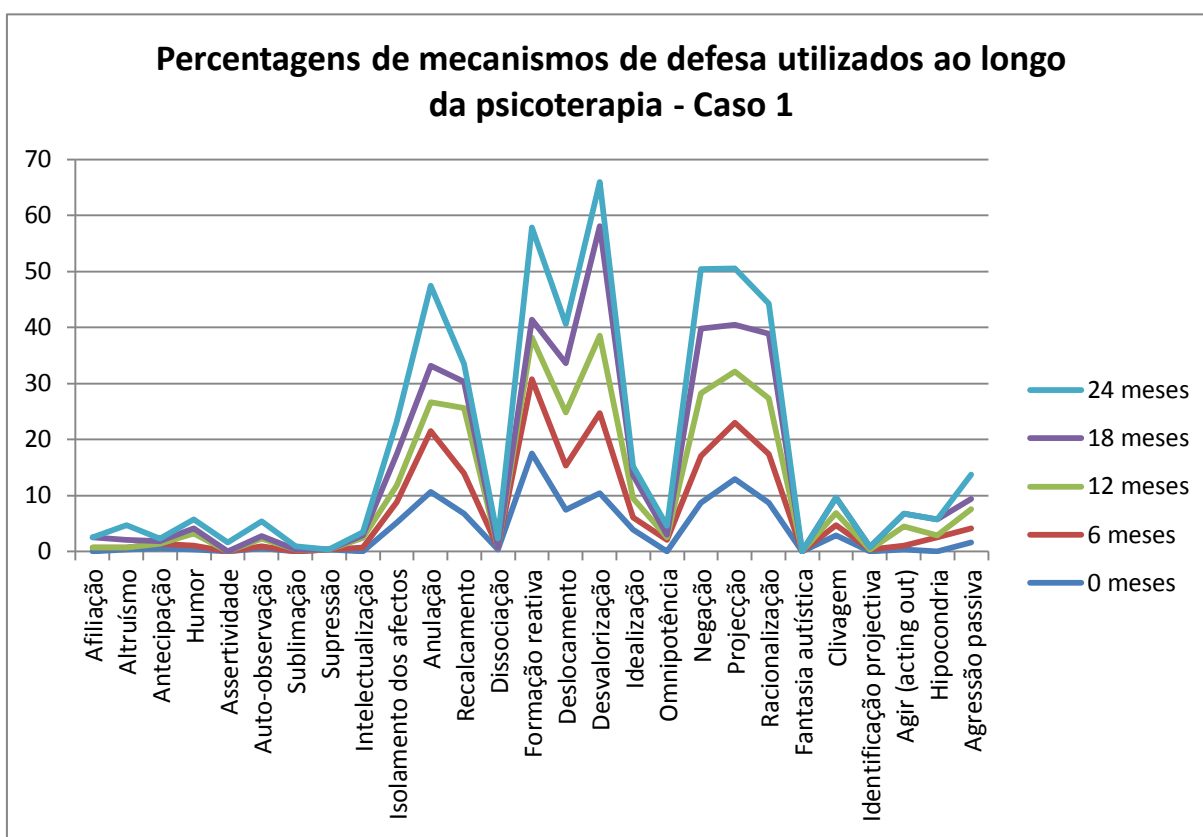


Figura 9 – Percentagem de mecanismos de defesa utilizados ao longo da psicoterapia – caso 1

A figura 10 diz, igualmente, respeito às percentagens dos mecanismos de defesa utilizados ao longo da psicoterapia, mas para o caso da segunda paciente avaliada neste estudo. Assim, ao analisar o gráfico, podemos constatar que, à semelhança do caso anterior existe, no geral, um aumento progressivo do uso dos mecanismos de defesa ao longo do tempo. No caso desta paciente, verifica-se que há uma prevalência de mecanismos de defesa de nível baixo e intermédio, tais como: racionalização, projeção, idealização, deslocamento, formação reativa, anulação e isolamento dos afectos, constatando-se ainda nestas defesas o aumento mais significativo ao longo da psicoterapia. No entanto, também se verifica uma percentagem relativamente alta de mecanismos de defesa de nível mais alto, nomeadamente: sublimação, auto-observação, assertividade, antecipação e altruísmo, cuja utilização foi aumentada ao longo dos 18 meses de tratamento. Este aumento do uso das defesas adaptativas foi mais evidente a partir do primeiro ano de psicoterapia.

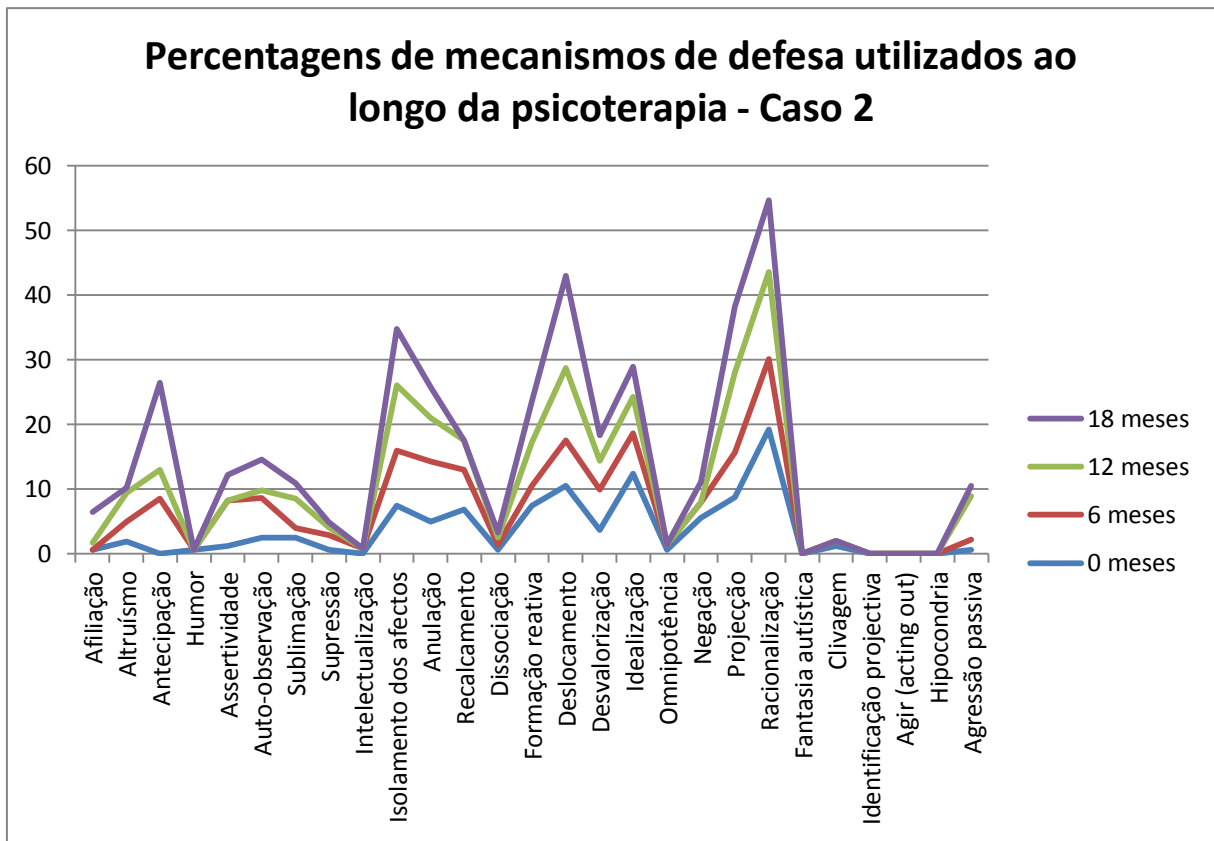


Figura 10 – Percentagem de mecanismos de defesa utilizados ao longo da psicoterapia – caso 2

Resultados do SCL-90-R

Caso 1

Os gráficos que se apresentam de seguida (figuras 11, 12, 13 e 14), dizem respeito aos resultados obtidos com o *SCL-90-R*. No gráfico da figura 11 é possível observar a evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo do processo psicoterapêutico para a paciente do caso 1. Tendo em conta que o valor normativo de referência é 1,5, observamos que os valores mais significativos em relação ao tempo 1 dizem respeito às dimensões obsessão-compulsão (2,5) e depressão (2,7). No tempo 2, a única dimensão que apresenta um valor significativo é a depressão (2,2), constatando-se, no entanto, que este valor decresceu em relação ao tempo 1. Por fim, no tempo 3, não são observáveis valores significativos em nenhuma das dimensões. Constatamos assim que houve, de facto, uma melhoria ao nível sintomático, desde o início do processo psicoterapêutico.

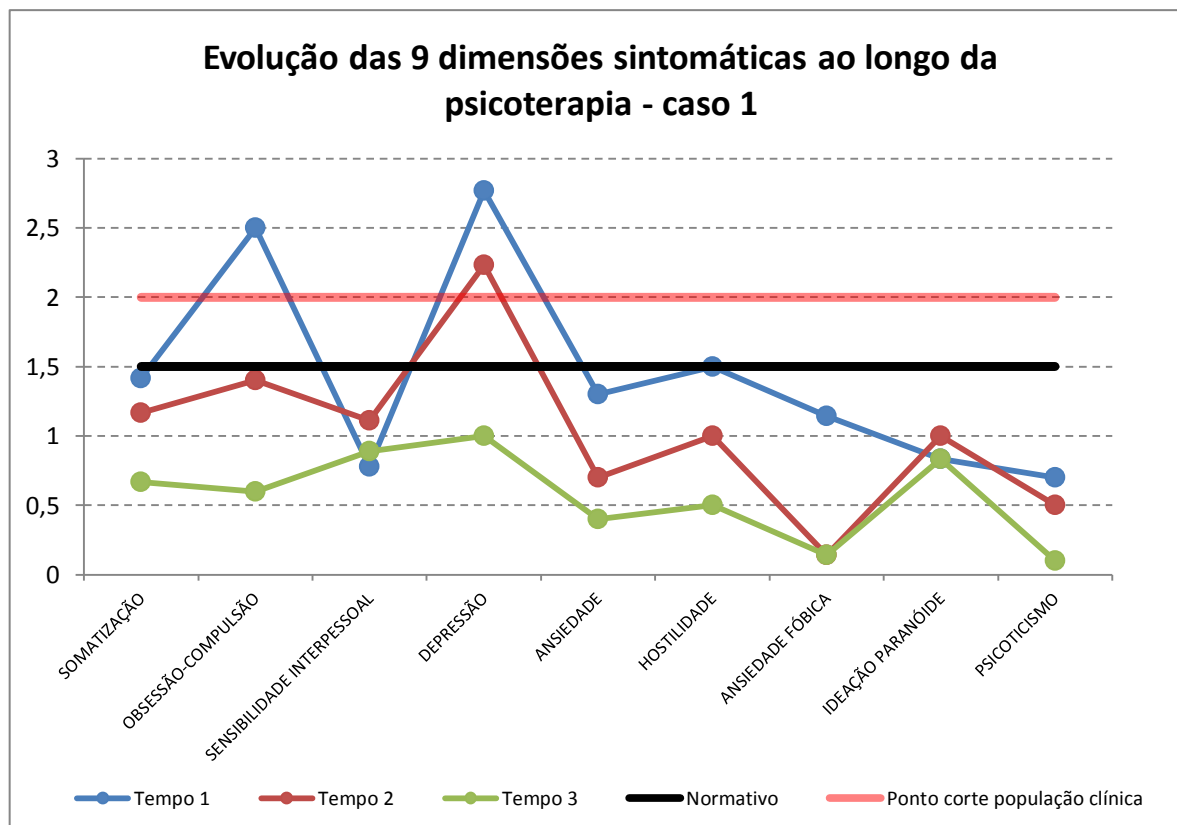


Figura 11 - Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia (caso 1)

Na figura 12 apresentam-se os valores do Total de Sintomas Positivos (TSP), do Índice Global de Sintomas (IGS) e do Índice de Sintomas Positivos de Angústia (IDSP), relativamente ao caso 1. O TSP reflete apenas o número de sintomas presentes; o IGS combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade; e o IDSP mede a intensidade ajustada para o número de sintomas presentes. Por via da análise deste gráfico podemos verificar que houve uma redução gradual em todos os Índices Globais. Concluimos então que existiu, de facto, uma diminuição da sintomatologia e da sua intensidade desde o início do processo psicoterapêutico.

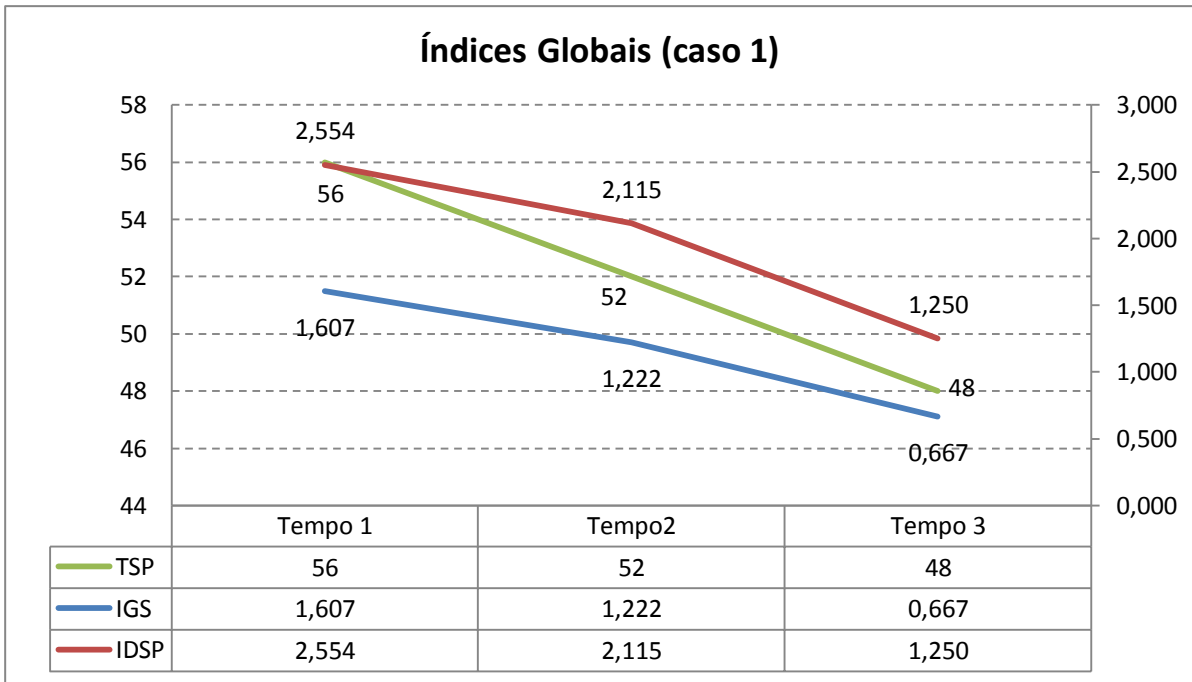


Figura 12 - Índices Globais (TSP; IGS; IDSP) – caso 1

Caso 2

Na figura 13 podemos observar a evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo do processo psicoterapêutico, para o caso 2. Tendo como valor normativo 1,5, constatamos que os valores mais significativos, para o tempo 1 dizem respeito às dimensões somatização (2,0) e obsessão-compulsão (2,0). Relativamente ao tempo 2, apenas se verificam valores significativos na dimensão ideação paranóide (1,6). No tempo 3, a única dimensão que apresentou um valor significativo foi a somatização (1,9), apesar de o valor ter decrescido um pouco em relação ao tempo 1. No geral, podemos então constatar que houve uma melhoria a nível sintomático, com exceção da dimensão somatização, que manteve um valor acima do normativo.

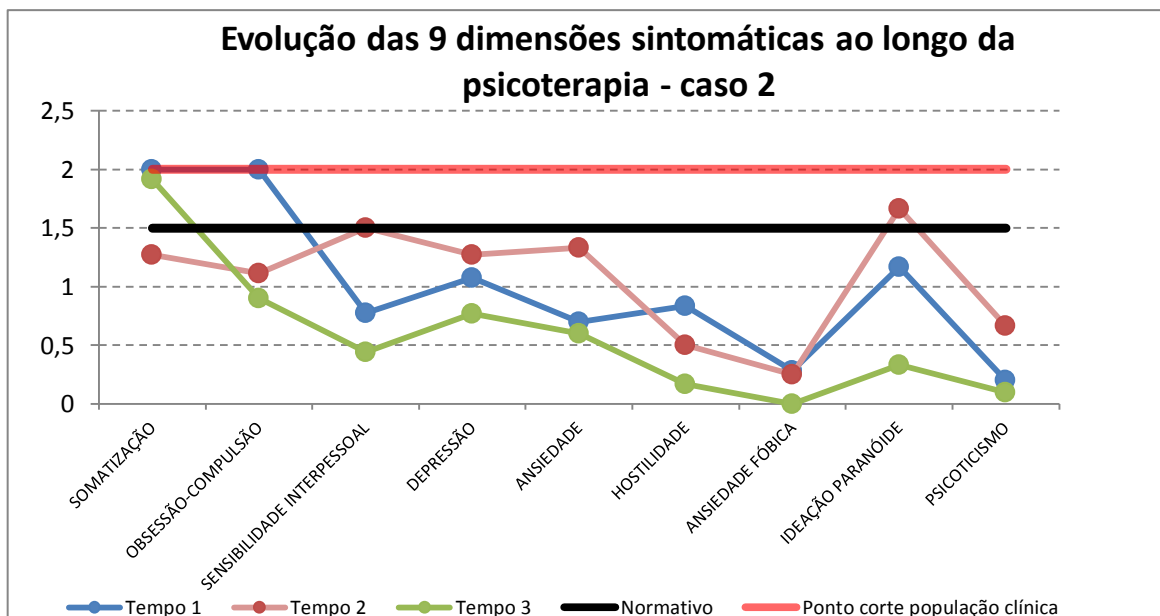


Figura 13 - Evolução das nove dimensões sintomáticas ao longo da psicoterapia – caso 2

Na figura 14 podemos observar que os valores do IDSP mantêm-se mais ou menos constantes ao longo do tempo, não se verificando por isso grandes alterações em relação ao número de sintomas e à sua intensidade. Quanto ao IGS, verifica-se um ligeiro aumento do 1º para o 2º tempo, e uma descida acentuada do 2º para o 3º tempo, revelando um decréscimo na intensidade sintomática média. Verifica-se ainda uma descida acentuada dos valores do TSP ao longo do tempo, ou seja, um decréscimo do número de sintomas da paciente.

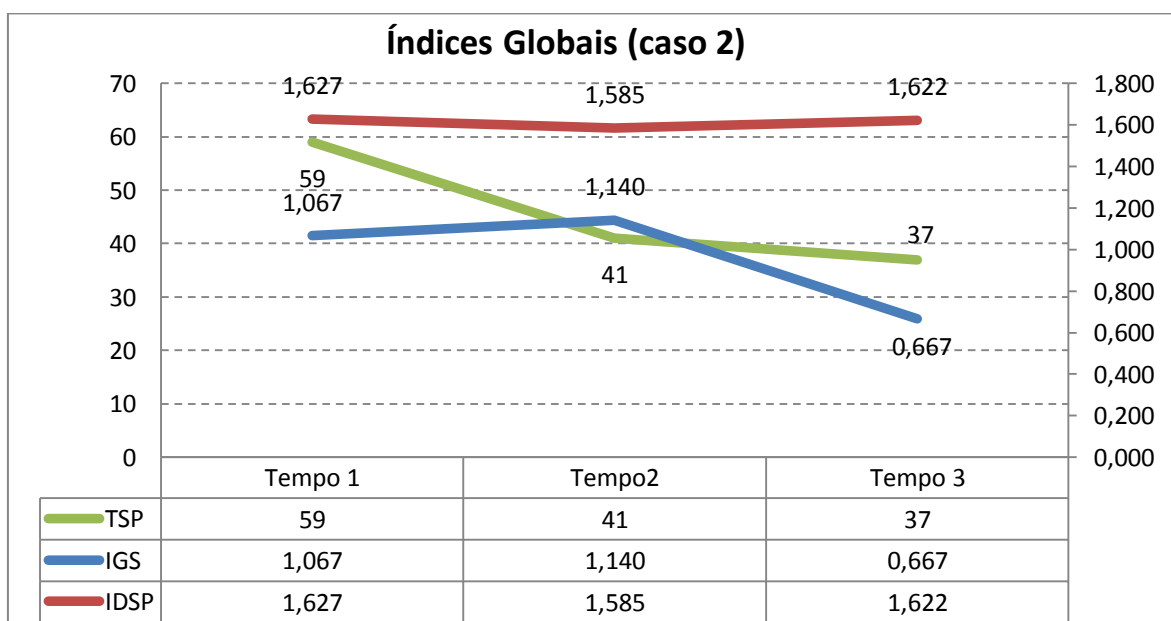


Figura 14 - Índices Globais (TSP; IGS; IDSP) – caso 2

Discussão

O principal objetivo da realização deste trabalho de investigação foi o de contribuir para o estudo do processo da mudança, particularmente no que respeita à compreensão do modo como os vários fatores envolvidos num processo de psicoterapia se alteram ao longo do tratamento. Nesse contexto, considerou-se interessante investigar o modo como evoluem, comparativamente, os sintomas, a personalidade e os mecanismos de defesa em duas pacientes sujeitas a um processo de psicoterapia, com vista a confirmar se se verifica o preconizado no modelo de Gunderson e Gabbard (1999).

No primeiro caso analisado, relativamente aos resultados obtidos com *SWAP-200*, verificou-se que a paciente inicialmente evidenciava valores mais elevados para as categorias Dependente, Borderline e Histriónica, com T-scores próximos de 60 (limite a partir do qual é considerada uma perturbação da personalidade). Estas categorias mantiveram-se com valores relativamente estáveis ao longo de toda a psicoterapia, tendo-se ainda constatado o surgimento de valores elevados para a categoria Depressiva ao 6º mês. De registar ainda que a categoria Borderline ultrapassou ligeiramente o valor 60 aos 6 meses. No final do tratamento, constatou-se apenas a presença de valores elevados para as categorias Dependente e Histriónica, com valores ligeiramente inferiores aos iniciais. Relativamente aos mecanismos de defesa, constata-se que houve um aumento do Funcionamento Defensivo Geral (ODF) ao fim dos 24 meses. No entanto, observa-se que a paciente continuou a utilizar predominantemente mecanismos de defesas de nível intermédio e baixo. Já no que diz respeito aos sintomas, verificou-se um decréscimo acentuado desde o início da psicoterapia. Face aos resultados obtidos com o recurso à utilização dos 3 instrumentos, constou-se que a mudança significativa ocorreu ao nível dos sintomas enquanto ao nível da personalidade e mecanismos de defesa apenas ocorreram ligeiras alterações. Tal pode dever-se ao facto de as mudanças estruturais acontecerem de uma forma muito lenta, contrariamente aos sintomas, podendo verificar-se apenas a longo prazo. No presente caso, o tempo de duração do tratamento (24 meses) poderá não ter sido suficiente para a constatação de uma mudança ao nível estrutural.

No caso 2, a paciente apresentava traços obsessivos-compulsivos, evidenciados pela avaliação do *SWAP-200*. Estes traços, pouco evidentes no início da psicoterapia, mantiveram-se relativamente estáveis ao longo do tratamento. Salienta-se o facto de aos 12 meses surgir um valor elevado na categoria Depressiva que poderá estar relacionado com o falecimento da sua sogra. Relativamente aos mecanismos de defesa, observou-se um aumento significativo

do Funcionamento Defensivo Geral (ODF) ao longo da psicoterapia, apesar de se constatar uma diminuição acentuada aos 12 meses. Neste caso, a paciente apresenta uma evolução positiva observando-se uma maior utilização das defesas de nível mais alto embora com prevalência das intermédias. No que concerne aos sintomas, constou-se um decréscimo acentuado dos mesmos ao longo da psicoterapia, com exceção da dimensão Somatização que apenas diminuiu ligeiramente.

À semelhança do caso anterior, constatou-se uma melhoria sintomática gradual e mais rápida (meses) do que nos traços de personalidade. Já nos mecanismos de defesa, embora mais tardiamente, observaram-se, como já referido, algumas melhorias, em particular a partir do primeiro ano.

Com este trabalho, confirmou-se a hipótese de que ao longo de um processo de psicoterapia, os sintomas são os primeiros fatores a sofrerem alteração, constatando-se uma mudança desde o início, e sendo esta bem evidente aos 6 meses. O mesmo não acontece com os traços de personalidade e com os mecanismos de defesa uma vez que se tratam de aspetos inerentes à própria estrutura do indivíduo, levando por isso mais tempo a modificarem-se. Relativamente a estes fatores, não era expectável observar-se uma mudança significativa antes do primeiro ano de tratamento, uma vez que os padrões de defesa apresentam alguma resistência à mudança (Hersough *et al*, 2002) o que se constatou em ambos os casos estudados. Por outro lado, os resultados obtidos levam a concluir que ocorreu, de forma efetiva, ao longo do acompanhamento psicoterapêutico, mudança, não só dos sintomas (numa primeira fase) mas também dos traços de personalidade mais característicos e patológicos e ainda dos processos psíquicos subtis a eles associados.

De referir ainda que, nos casos estudados, apesar de se ter constatado o referido padrão comum (mudança sintomática mais rápida do que a mudança estrutural), verificou-se que, no geral, a paciente do caso 2 apresentou uma mudança mais significativa ao nível dos mecanismos de defesa, em relação à paciente do caso 1. Concretamente, a paciente do caso 2 evidenciou uma maior utilização das defesas de nível alto e intermédio, e uma significativa redução das defesas de nível baixo. Já no caso 1, a paciente não apresentou mudanças significativas tanto ao nível das defesas mais elevadas como das mais baixas, tendo-se constatado apenas um aumento substancial no uso das defesas intermédias.

Uma das vantagens do presente estudo é o facto de comparar as avaliações efetuadas por clínicos e/ou avaliadores externos (SWAP-200) com auto-relatos (SCL-90) pois, se por um lado é importante garantir uma avaliação o mais isenta possível, não dependendo do paciente que, por vezes, não se encontra nas melhores condições para o fazer, por outro lado,

é também necessário ter a percepção de quem está a ser alvo da mudança. Isto vem ao encontro do que Carey e colaboradores (2007) referem no seu estudo. Estes autores alertam para a importância de se ouvir os que estão num processo de mudança com vista a uma melhor compreensão deste processo. Ao fazê-lo, pode descobrir-se que alguns tratamentos precisam ser profundamente revistos enquanto outros não precisam mudar ou precisam apenas de pequenos reajustes, contribuindo-se assim para melhorar a sua eficácia. Ao incluir numa mesma investigação avaliações obtidas pelo terapeuta, por avaliadores externos e pelo paciente estas podem ser comparadas entre si, complementando-se, confirmando-se ou mesmo contrapondo-se (Fonagy & Moran, 1993, *in* Yoshida, 1998). Pretende-se, assim, garantir a possibilidade da formulação de um modelo que informe sobre a ocorrência de padrões recorrentes no processo psicoterapêutico e que leve à compreensão dos fatores subjacentes à mudança (Luborsky, 1993, *in* Yoshida, 1998).

No presente estudo, verificou-se que os instrumentos de avaliação demonstraram ser sensíveis às mudanças observadas ao longo da psicoterapia. Usados em conjunto, estes instrumentos permitem uma avaliação integrada da evolução do paciente durante o tratamento. Nesse contexto, este estudo serviu também para demonstrar a grande utilidade dos instrumentos de avaliação ao longo de um processo psicoterapêutico na medida em que permite ao terapeuta ir ajustando o tratamento em função da evolução observada. Também no campo da investigação sobre o processo da mudança em psicoterapia, estes instrumentos podem ter um papel muito importante.

Embora com resultados concordantes com os objetivos pretendidos, este estudo apresenta, contudo algumas limitações resultantes de diversos fatores. Assim, um dos constrangimentos relaciona-se com o facto de os resultados obtidos apenas em dois estudos de caso poderem limitar possíveis generalizações dos resultados. Por outro lado, esta metodologia, face à inexistência de condições de controlo experimental, não teve em conta fatores externos à psicoterapia que possam ter contribuído para a obtenção dos resultados. Este estudo deparou-se ainda com a dificuldade inerente aos dados disponíveis, uma vez que se constatou que as avaliações relativas ao SCL-90, para além de terem sido feitas em menor quantidade, foram ainda utilizadas em tempos diferentes dos outros dois instrumentos. Esta dificuldade foi ultrapassada com a análise da tendência da mudança entendida como um processo contínuo e não cingida apenas aos momentos de avaliação. Finalmente, uma última limitação decorreu do facto de o SWAP-200 ter sido avaliado apenas por uma avaliadora.

No entanto, face à inexistência deste tipo de estudos comparativos das mudanças nas suas várias dimensões, considera-se que as conclusões obtidas no presente trabalho poderão

constituir um contributo válido para a compreensão da forma como o processo de mudança se desenrola ao longo de um tratamento psicoterapêutico.

Finalmente, considera-se importante a continuação do desenvolvimento de estudos neste âmbito pois os resultados tendo sido bastante sugestivos, apontam para um potencial caminho de investigação.

Referências

- Bjorkly, S. (2002). SCL-90-R Profiles in a sample of severely violent psychiatric patients. *Aggressive Behavior, 28*, 446-457.
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry, 12* (5), 263-278.
- Carey, A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R., Murray, K. & Spratt, M. (2007). Psychological change from the inside looking out: a qualitative investigation. *Counseling and Psychotherapy Research, 7* (3), 178-187.
- Cogan, R. & Porcerelli, J. (2005). Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *British Psychological Society, 78*, 235-248.
- Cramer, P. (1999). Personality, personality disorders and defense mechanisms. *Journal of Personality, 67* (3), 535-554.
- Gunderson, J. & Gabbard, G. (1999). Making the case for the Psychoanalytic Therapies in the Current Psychiatric Environment. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 47* (3), 679-705.
- Gunderson, J., & Gabbard, G. (2000). *Psychotherapy for personality disorders*. Review of Psychiatry Series, 19 (3). American Psychiatric Press: Washington DC.
- Hersoug, A., Sexton, H. & Hoglend, P. (2002). Contribution of Defensive Functioning to the Quality of Working Alliance and Psychotherapy Outcome. *American Journal of Psychotherapy, 56* (4), 539-554.
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic Dissertation. Department of Psychiatry. Helsinki University.
- Lingiardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of Personality Assessment, 86* (1), 23-32.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F. & Waldron, S. (2010). An empirically supported psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology, 27* (2), 190-218.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Perry, J. (1990). *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS; 5th ed.)*. Cambridge Hospital & Harvard Medical School, Cambridge, MA.
- Perry, J., Beck, S., Constantinides, P. & Foley, E., (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales: four

- hypotheses, four cases. *In: R. Levy & J. Ablon (Eds), Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy - Bridging the Gap Between Science and Practice*, Humana Press. Boston.
- Pires, A. P., Mateus, F., Sá, D., Cabrita, S., & Velez, R. (2012). Tradução para português do Shedler and Westen Assessment Procedure - SWAP-200.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Afinando el diagnóstico de trastorno de la personalidad: integración de la ciencia y la práctica clínica. *American Journal of Psychiatry*, 7, 575-590.
- Weinberger, D. (1998). Defenses, personality structure, and development: integrating psychodynamic theory into a typological approach to personality. *Journal of Personality*, 66 (6), 1061- 1080.
- Westen, D. & Shedler, J. (1998). Refining the measurement of axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5 (4), 333-353.
- Westen, D. & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- Yoshida, E. (1998) Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.

ANEXOS

ANEXO A – Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)

SWAP 200

Shedler-Westen Assessment Procedure-200

Tradução de António Paulo Pires, David Sá, Sofia Calrita, Fábio Mateus

Nome: _____	Idade: _____	Profissão: _____	Data: _____
-------------	--------------	------------------	-------------

INSTRUÇÕES

0 = menos descritivo do paciente, 7 mais descritivo do paciente

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

SWAP 200

Shedler-Westen Assessment Procedure-200

2

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

SWAP 200

Shedler-Westen Assessment Procedure 200

3

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

SWAP 200

Sheffler-Westen Assessment Procedure-200

4

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

SWAP 200

Shedler-Westen Assessment Procedure-200

5

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

SWAP 200

Shedler-Weiten Assessment Procedure-200

6

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

Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas

ANEXO B – Defense Mechanism Rating Scales (DMRS) – Folha de cotação

DEFENSE INTERVIEW SCORING SHEET: Psychotherapy Session version

J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.

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

ANEXO C – Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)

NOME _____ IDADE _____ DATA ____/____/____ SCL-90-R

INSTRUÇÕES: A seguir vai encontrar uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor leia cada uma das questões cuidadosamente e assinale as que, nos últimos 2 meses, o/a têm preocupado ou dado cuidados. Não há respostas “erradas” ou “certas” ou para dar uma “boa impressão”; são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

As respostas são sujeitas a segredo profissional.

Não deixe nenhuma questão em branco

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERADA MENTE	BASTAN TE	EXTREMA MENTE
1. Dores de cabeça.					
2. Nervosismo ou tensão interior.					
3. Pensamentos desagradáveis repetitivos que não lhe deixam a mente.					
4. Sensações de desmaio ou tonturas.					
5. Perda do interesse ou prazer sexual.					
6. Sentir-se criticado pelos outros.					
7. Ter a impressão de que alguém pode controlar os seus pensamentos.					
8. Ter a impressão que outros são culpados da maioria dos seus problemas.					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas.					
10. Preocupado com a sujidade ou com a falta de cuidado.					
11. Sentir-se facilmente irritado ou zangado.					
12. Dores no coração ou no peito.					
13. Medo da rua ou dos espaços abertos.					
14. Falta de força ou lentidão.					
15. Pensamentos de acabar com a vida.					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem.					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não é de confiança.					
19. Falta de apetite.					
20. Choro fácil					
21. Sentir timidez ou falta de à vontade perante o sexo oposto.					
22. Ter a impressão de se sentir preso ou apanhado em falta.					
23. Sentir medo súbito sem razão aparente.					

24. Impulsos de temperamentos que não consegue controlar.					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho.					
26. Sentimentos de culpa.					
27. Dores no fundo das costas (cruzes).					
28. Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas.					
29. Sentir-se só.					

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERADA MENTE	BASTANTE	EXTREMA MENTE
30. Sentir-se triste.					
31. Preocupado em demasia.					
32. Não ter interesse por nada.					
33. Sentir-se amedrontado.					
34. Melindrar-se facilmente.					
35. Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos.					
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas.					
37. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.					
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza de que fica bem feito.					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração.					
40. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.					
41. Sentir-se inferior aos outros.					
42. Sentir dores nos músculos.					
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros.					
44. Dificuldades em adormecer.					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
46. Dificuldades em tomar decisões.					
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio.					
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta de ar).					
49. Afrontamentos ou calafrios.					
50. Evitar certos lugares ou atividades porque lhe causam medo.					
51. Sensação de cabeça vazia.					
52. Adormecidos ou picadas (formigueiro) no corpo.					
53. Nó na garganta.					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro.					
55. Dificuldades de concentração.					
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do					

corpo.					
57. Sentir-se tenso ou aflito.					
58. Sentir as pernas ou os braços pesados.					
59. Pensar na morte ou que vai morrer.					
60. Comer demais.					
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito.					
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios.					

Em que medida sofreu das seguintes queixas:	NUNCA	POUCO	MODERADA MENTE	BASTANTE	EXTREMA MENTE
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.					
64. Acordar muito cedo de manhã.					
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas ações como tocar, contar ou lavar.					
66. Sono agitado ou perturbado.					
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas.					
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham.					
69. Sentir-se muito embaraçado junto de outras pessoas.					
70. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema.					
71. Sentir que tudo constitui um esforço.					
72. Ataques de terror ou de pânico.					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos.					
74. Envolver-se frequentemente em discussões.					
75. Sentir-se nervoso quando fica só.					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades.					
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas.					
78. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.					
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor.					
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está a acontecer.					
81. Gritar ou atirar coisas.					
82. Medo de desmaiar em público.					
83. Ter a impressão de que se deixasse as outras pessoas aproveitar-se-iam de si.					
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o incomodam bastante.					
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.					
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora.					

87. Ter a ideia que algo grave se está a passar no seu corpo.					
88. Nunca se sentir “próximo” de outra pessoa.					
89. Sentimentos de culpa.					
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente.					

ANEXO D – Tabela dos estudos empíricos presentes no artigo de Revisão de Literatura

Autor/Data/Objetivo	Método	Resultados
<p>Akkerman, K., Lewin, T. & Carr, V. (1999).</p> <p>Examinar a estabilidade das defesas a longo prazo num grupo de pacientes com depressão major.</p>	<p>A amostra incluiu 68 pacientes. A sintomatologia e as características disposicionais incluindo o estilo defensivo foram avaliadas com o DSQ no pré tratamento, a cada 6 meses e ao fim de 2 anos.</p>	<p>Aumento do uso das defesas maduras, embora as defesas imaturas e neuróticas se mantivessem estáveis nos primeiros 6 meses. A comparação entre os 24 pacientes que interromperam o tratamento e os 33 que continuaram revelou uma taxa de melhoria na redução dos sintomas porque esta ocorreu na primeira fase, enquanto apenas o segundo grupo apresentou redução contínua no uso das defesas imaturas ao longo do tempo.</p>
<p>Akkerman K, Carr V, & Lewin T. (1992).</p> <p>Determinar se o padrão das defesas de uma doença psiquiátrica mudava com o tratamento de curta duração.</p>	<p>A amostra incluiu 37 pacientes com perturbação depressiva major sendo tratados com métodos clínicos standard. As defesas foram avaliadas antes do tratamento e 7 a 9 semanas após o início com o DSQ.</p>	<p>Constatou-se redução significativa no uso das defesas imaturas com a melhoria sintomática mas nenhuma melhoria nas defesas maduras neuróticas. Os resultados demonstraram a mutabilidade de curto prazo das defesas imaturas relativamente a um episódio de doença psiquiátrica e fornecem suporte empírico para o conceito de regressão temporária no contexto de episódios de doença psiquiátrica.</p>

<p>Bond, M. (2004)</p> <p>Referência a um estudo desenvolvido por Sun (2000) onde se comparam as pontuações obtidas na versão chinesa do SCL-90 com as normas chinesas</p>	<p>A investigação incluiu 518 estudantes cujas personalidades foram avaliadas com o EPQ e os estilos defensivos com o DSQ. Comparam-se as avaliações para os indivíduos com e sem problemas mentais</p>	<p>Os 111 indivíduos com problemas mentais apresentaram o que o autor designou “personalidade mal adaptativa” bem como estilo defensivo mal adaptativo.</p>
<p>Cabrita, A. S. (2008).</p> <p>Observação das mudanças na personalidade numa paciente ao longo de um tratamento em psicanálise durante 4 anos</p>	<p>Aplicação do SWAP-200 a notas de sessões em 3 momentos: início, final do 2º ano e final do 4º ano.</p>	<p>Significativa redução dos sintomas numa 1ª fase e posterior mudança dos traços de personalidade mais característicos e patológicos e dos processos psíquicos subtis a eles associados. Aumento substancial das características nas dimensões de maior nível de funcionamento.</p>
<p>Hersoug, A., Sexton, H. & Hoglend, P. (2002)</p> <p>Perceber se os mecanismos de defesa mudavam ou previam resultados durante uma psicoterapia dinâmica de curta duração.</p>	<p>Numa amostra de 43 pacientes e com um máximo de 40 sessões, avaliaram-se as defesas com o DMRS e o DSQ.</p>	<p>O ODF avaliado pelo DMRS mudou significativamente. Ao longo do tratamento, os sintomas melhoraram mais cedo enquanto as defesas mudaram apenas na 2ª metade da terapia.</p>

<p>Johansen, P., Krebs, T., Svartberg, M. & Holen, A. (2011).</p> <p>Examinar se uma mudança no ODF durante a terapia prediz uma mudança no sintoma de angustia ao longo do tratamento e pós tratamento e se seria maior numa terapia dinâmica de curta duração do que em terapia cognitiva.</p>	<p>Utilização de registos de vídeo de 40 sessões de terapia dinâmica de curta duração para uma amostra de 50 pacientes com perturbações de personalidade do <i>cluster C</i>, para avaliação com o DMRS e o SCL-90.</p>	<p>A mudança no ODF preconizou uma mudança no sintoma angustia desde o pré tratamento até 2 anos após o tratamento. Em ambos os casos verificaram-se mudanças substanciais no ODF no sentido de uma maior adaptabilidade mas sem diferenças significativas entre os 2 grupos.</p>
<p>Lingiardi, V., Gazzillo, F. & Waldron, S. (2010)</p> <p>Ilustrar a integração de uma abordagem qualitativa baseada na perspectiva do terapeuta e uma abordagem quantitativa baseada em dados obtidos por avaliadores externos, com um estudo de caso de psicoterapia psicanalítica.</p>	<p>A personalidade da paciente foi avaliada com o SWAP-200 e os mecanismos de defesa com o DMRS. Usou-se o APS para avaliar diferentes dimensões da paciente e os contributos do terapeuta e para obter uma análise quantitativa da relação entre as intervenções do terapeuta e as respostas imediatas da paciente e vice-versa. Paralelamente, foi solicitado ao terapeuta a sua perspectiva do processo a cada 12 meses de tratamento. Utilizaram-se 5 grupos de 4 gravações de sessões avaliados no início e a cada 6 meses ao longo de 2 anos. O SWAP-200 foi avaliado a cada 12 meses.</p>	<p>Na avaliação do fim do 1º ano, verificou-se um aumento substancial na personalidade saudável e no ODF. A produtividade geral do contributo da paciente face à terapia aumentou 12,5%. Na avaliação do final do 2º ano constatou-se um aumento total do funcionamento elevado de 49,34 para 60,81 e um aumento ligeiro no ODF. A produtividade geral da paciente manteve-se sensivelmente ao mesmo nível. Concluiu-se ainda que, se por um lado o terapeuta compreende o inconsciente do paciente com o seu próprio inconsciente, por outro, o valor científico e a generalização do que foi compreendido deve ser testado por estudos empíricos.</p>

<p>Moreno, C., Schalayeff, C., Acosta, S., Vernengo, P., Roussos, A. & Lerner, B. (2005)</p> <p>Avaliação de mudança psíquica num estudo de caso em psicoterapia psicodinâmica durante 2 anos.</p>	<p>Combinação de métodos clínicos (psicanalíticos) e empíricos. Foi utilizado material de sessões supervisionadas e reuniões clínicas para avaliar o diagnóstico psicodinâmico e evolução e utilizaram-se as seguintes técnicas empíricas e instrumentos: o CCRT, o SCL-90 e o DEPD.</p>	<p>Foram encontrados vários marcadores de mudança psíquica ao longo do processo terapêutico. Os instrumentos revelaram-se sensíveis para detetar mudanças em psicoterapia. Usados conjuntamente, os instrumentos permitem uma avaliação integrada da evolução do paciente durante o tratamento.</p>
<p>Sá, D. (2010).</p> <p>Observar e avaliar as mudanças de traços de personalidade de uma paciente ao longo de um processo psicanalítico de 4 anos.</p>	<p>Utilizou-se o Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) em conjunto com as transcrições em discurso direto das sessões. Foi estudada e comparada a personalidade no início, meio e fim da terapia.</p>	<p>Verificou-se que a paciente, que começou a terapia com uma perturbação de personalidade, desenvolveu uma personalidade mais saudável no final do tratamento (aumento nos índices de Nível de Funcionamento Mental e Saúde Mental, com redução das cotações em categorias patológicas). Os traços representativos de funcionamento psicológico ótimo coincidiram com o alívio sintomático e maior funcionalidade psicológica.</p>