



A Técnica de Intervenção Terapêutica

Numa Psicoterapia Psicanalítica

Mariana Gouveia Matos

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

Psicologia Clínica

2012

Dissertação de mestrado realizada sob a orientação
do Prof. Doutor António Pazo Pires, apresentada no
ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de
Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor António Pazo Pires, pela sua orientação, disponibilidade e serenidade.

Aos meus pais, Graça e Hugo, pelo amor incondicional e pelo apoio e incentivo na realização dos meus sonhos.

Ao meu irmão Marcelo, pela companhia, pelo carinho e por tornar tudo menos difícil e mais divertido.

Ao meu primo Nuno, pela ajuda imprescindível.

À minha prima Ana, pela ajuda, pelas horas sem dormir e por tanto mais...

Aos meus amigos, Petra, Meggy e Renato, pela compreensão e por me terem acompanhado durante esta etapa como o meu maior suporte, durante todos os momentos e para todas as razões.

Muito Obrigada.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	II
ÍNDICE.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
ARTIGO TEÓRICO - INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA.....	1
RESUMO.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA.....	5
INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA.....	9
INVESTIGAÇÃO E PRÁTICA CLÍNICA.....	11
CONCLUSÃO.....	12
REFERÊNCIAS.....	14
ARTIGO EMPÍRICO – A TÉCNICA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NUMA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA.....	15
RESUMO.....	16
ABSTRACT.....	17
INTRODUÇÃO.....	18
MÉTODO.....	20
Paciente.....	20
Terapeuta.....	21
Terapia.....	21
Procedimento.....	21
Instrumento.....	22
RESULTADOS.....	23
DISCUSSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXOS.....	37
Anexo 1: Instrumento – Manual.....	38
Anexo 2: Instrumento – Folha de Cotação Original.....	122
Anexo 3: Instrumento – Folha de Cotação Traduzida.....	127
Anexo 4: Material – Intervenções Analisadas.....	132
Anexo 5: Material – Cotações das Intervenções Analisadas.....	185

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo o estudo de uma psicoterapia psicanalítica ao nível da técnica de intervenção utilizada pelo psicoterapeuta. O mesmo, pretende identificar a técnica de intervenção psicoterapêutica e a sua evolução ao longo do tempo. Analisámos exaustivamente sessões gravadas em áudio identificando as intervenções psicoterapêuticas e classificámo-las de acordo com o Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2 (2009) em três momentos da psicoterapia – início, fim do primeiro ano e fim do segundo ano, de modo a perceber o contexto e a evolução das técnicas de intervenção utilizadas. Os resultados obtidos revelaram uma aderência heterogénea à técnica de intervenção com uma concentração nas cinco técnicas: envolvimento, empatia, aprofundar compreensão, clarificação e silêncio. A aderência às mesmas foi alta e consistente no desenvolvimento do processo.

Palavras-Chave: Psicoterapia psicanalítica, Técnica de intervenção, Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS)

ABSTRACT

This work aims to study a psychoanalytic psychotherapy at the level of the psychotherapeutic intervention technique. It aims to identify the psychotherapeutic intervention technique and its evolution over time. We analyzed exhaustively sessions audio taped identifying psychotherapeutic interventions and classified them according to the Manual-Adherence Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2 (2009) in three stages of the psychotherapy - beginning, end of first year and end of the second year, in order to understand the context, the frequency and the development of intervention technique over time. The results revealed a heterogeneous adherence to the intervention technique with a concentration in involvement, empathy, deepening understanding, clarification and silent. The high adherence level was consistent throughout the development of the process.

Keywords: Psychoanalysis, Intervention techniques, Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS)

ARTIGO TEÓRICO - INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo uma abordagem compreensiva da investigação em psicoterapia no geral e da investigação em psicoterapia psicanalítica em particular. O mesmo, procura identificar e compreender a generalidade dos aspectos envolvidos em investigação científica, bem como o seu percurso evolutivo, tendo em conta os desafios ultrapassados até os dias de hoje. E, atende ainda à importância e ao estado da relação existente entre a investigação científica e a prática clínica. Como conclusão, afirmar-se que os estudos realizados são ainda incipientes existindo uma lacuna na procura do conhecimento fundamental do *como* e do *que* funciona em psicoterapia, ou seja, do processo psicoterapêutico. Por fim, pretende-se que esta revisão de literatura sirva no imediato como suporte teórico para uma investigação empírica e como possível inspiração para futuros estudos.

Palavras-chave: Investigação, Psicoterapia psicanalítica, Técnica psicanalítica

ABSTRACT

The main objective of the current study is to take a comprehensive approach on psychotherapy research in general and on psychoanalytic psychotherapy in particular. It seeks to identify and understand the aspects that are involved in scientific research as well as its evolutionary path, taking into account the challenges that have been overcome over time. It also aims to consider the relationship established between scientific research and clinical practice. In conclusion, it can be stated that there is a gap in the pursuit of fundamental knowledge of *how* and *what* works in psychotherapy, ie the therapeutic process. Moreover, this literature review aims to be suitable as a theoretical support for the empirical research and as a potential inspiration for future studies.

Key words: Research, Psychoanalytic psychotherapy, Psychoanalytic technique

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo uma abordagem compreensiva da investigação em psicoterapia no geral e da investigação em psicoterapia psicanalítica em particular. Num primeiro momento procura-se identificar e compreender a generalidade dos aspectos envolvidos em investigação científica, bem como o percurso evolutivo da mesma, tendo em conta os desafios ultrapassados até os dias de hoje.

Deste modo, deve começar-se por referir que a investigação em psicoterapia tem incidido no estudo de duas áreas específicas, os processos e os produtos. A investigação ao nível dos processos centra-se nas interações dinâmicas que ocorrem ao longo de uma psicoterapia, enquanto que a investigação ao nível dos produtos centra-se na avaliação dos resultados, eficácia e eficiência de determinada psicoterapia (Garfield, 1990; Sirigatti, 2004, cit. por Miranda, 2008).

Relativamente à investigação centrada nos processos, a mesma tende a diferenciar dois factores, os factores específicos e os factores comuns, assumindo como factores específicos ou técnicos os procedimentos intrínsecos a cada psicoterapia e como factores comuns a relação existente entre paciente e terapeuta. Os últimos procuram compreender e explicar *como* e o *que* se passa dentro de uma psicoterapia, *como* e o *que* leva concretamente à mudança psicoterapêutica (Miranda, 2008). Por outro lado, a centração ao nível dos produtos conclui que o processo psicoterapêutico é eficaz e eficiente na maioria dos casos, os seus efeitos tendem a surgir ao longo do mesmo e os seus resultados tendem a ser duradouros (Lambert & Ogles, 2004, cit. por Miranda, 2008).

Com o aumento de pressões externas, pressões sociais e económicas, havendo entidades terceiras envolvidas que custeiam as psicoterapias, é cada vez mais necessário demonstrar a eficácia e eficiência da psicoterapia e a quantidade necessária da mesma de modo a alcançar-se resultados satisfatórios (Sousa, 2006). Assim, se é verdade que investigação ao nível dos produtos tem sido a mais desenvolvida, nos últimos anos, a investigação ao nível dos processos, ainda com algumas lacunas, tem vindo a crescer e a abrir novos horizontes (Orlinsky, Ronnestad e Willutsky, 2004).

Num segundo momento deste trabalho, considerando especificamente a investigação em

psicoterapia psicanalítica ,compreende-se que esta envolva como principal obstáculo a ser ultrapassado a complexidade da teoria psicanalítica do funcionamento mental, a complexidade da teoria da técnica psicanalítica e as alterações que a prática psicanalítica vive ao longo dos tempos (Kernberg, 2004).

Aqui, com uma maior dedicação à investigação ao nível do processo analítico, surge a controvérsia existente relativamente à utilização de gravações áudio e vídeo, uma vez que as mesmas suscitaram inúmeras argumentações tão favoráveis quanto desfavoráveis por parte da comunidade psicanalítica (Seybert, 2011). Deste modo, pode afirmar-se que o estudo do processo analítico continua a ser realizado com um maior recurso a notas de sessões (Marshall, Vaughan, Mackinnon, Mellman & Roose, 1996).

Por último, atende-se à importância e ao estado da relação existente entre a investigação científica e a prática clínica. De uma forma geral, embora a investigação forneça dados importantes para a prática, verifica-se uma dificuldade de incorporação das constatações científicas na base do delineamento e da actualização do trabalho clínico (Peuker, Habigzang, Koller e Araujo, 2009).

INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA

A investigação em psicoterapia é uma área de interesse relativamente recente que ao longo das últimas décadas tem transposto consideráveis obstáculos e conhecido desenvolvimentos expressivos (Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004, cit. por Sousa, 2006). A investigação em psicoterapia envolve a articulação de conhecimentos teóricos, técnicos e éticos e é fundamental para a compreensão, explicação e avaliação dos procedimentos psicoterapêuticos em particular e para a produção do conhecimento psicoterapêutico no geral (Peuker, Habigzang, Koller & Araujo, 2009).

A produção do conhecimento psicoterapêutico deve ser entendida em termos de conhecimento compreensivo e de conhecimento explicativo. O mesmo, enquanto compreensivo, envolve uma perspectiva subjectiva ou mesmo intersubjectiva com ênfase no valor da relação terapêutica estabelecida entre o paciente e o terapeuta e nas qualidades

singulares com que cada um destes influencia a relação e, enquanto explicativo, compreende uma perspectiva experimental objectiva com ênfase na importância da técnica. Deste modo, surge, por um lado, a consideração e avaliação de todo o processo terapêutico, de tudo o que acontece e como acontece ao longo das sessões – investigação sobre processos – e, por outro, a centralização na análise e avaliação dos produtos, do paciente antes e depois da terapia – investigação sobre produtos (Sousa, 2006).

De uma forma muito simples, a investigação sobre processos pode ser definida como a investigação que envolve todo o processo terapêutico e tudo aquilo que decorre da interacção entre paciente e terapeuta no desempenho dos seus papéis. De uma forma mais completa, a investigação sobre processos diz respeito a tudo aquilo que acontece entre paciente e terapeuta que leva à melhoria do estado psicológico e bem estar do primeiro valorizando os seus pensamentos, sentimentos e desejos nas várias e determinadas circunstâncias e condições terapêuticas (Orlinsky & Howard, 2000). Segundo Orlinsky, Ronnestad e Willutsky (2004), estamos perante os acontecimentos específicos da terapia, incluindo, em primeira mão, as experiências, as ações e a relação estabelecida entre paciente e terapeuta nas sessões terapêuticas e, posteriormente, as experiências e as acções dos mesmos intervenientes fora das sessões terapêuticas.

Neste contexto, deve realizar-se a diferenciação de dois factores, os factores específicos e os factores comuns. São identificados como factores específicos os procedimentos intrínsecos de cada terapia e como factores comuns a relação terapêutica (Sirigatti, 2004, cit. por Miranda, 2008). Greenberg e Pinsof (1986, cit. por Miranda, 2008) desenvolveram um modelo a cerca da complexa dinâmica estabelecida entre estes factores que preconiza que os primeiros estão envolvidos na constituição e modelação dos segundos e que, por sua vez, os segundos também estão envolvidos na modelação dos primeiros. Assim, existe uma estreita relação entre os factores comuns (relação terapêutica) e os factores específicos (técnicas).

Os estudos realizados sobre os processos terapêuticos são, de uma forma predominante, estudos naturalistas que envolvem a observação sistemática de casos clínicos sob condições reais da prática clínica. Os mesmos estudos ganharam forma quando as portas dos consultórios terapêuticos se abriram às gravações áudio e consequentemente vídeo, de modo a que a prática clínica pudesse ser analisada em detalhe por pesquisadores e juizes independentes (Orlinsky & Russel, 1994, cit. por Orlinsky & Howard, 2000). Para além das

gravações, foram também introduzidos questionários pós-sessão e entrevistas estruturadas com os pacientes, com o intuito de recolher junto destes dados sobre as suas experiências terapêuticas (Orlinsky & Howard, 2000). Informações fornecidas pelos próprios pacientes permitem investigar aspectos do processo terapêutico como, por exemplo, a percepção do indivíduo quanto à remissão do sintoma, o grau de satisfação obtido com o processo ou a adequação da ajuda prestada pelo terapeuta (Yoshida, 1998, cit. por Peuker, Habigzang, Koller & Araujo, 2009).

Do outro lado da investigação em psicoterapia, a investigação sobre produtos é definida como a investigação que diz respeito aos produtos e resultados da terapia, focando principalmente a comparação do paciente no antes e depois, bem como a ocorrência dos seus sintomas psicológicos e do seu o nível de bem estar emocional (Orlinsky & Howard, 2000). Deste modo, a investigação sobre produtos está intimamente relacionada com a eficácia da terapia e Knight (1941, cit. por Marshall, Vaughan, Mackinnon, Mellman & Roose, 1996) propôs inclusive que a mesma fosse averiguada de acordo com a recuperação do sintoma psicológico, o aumento da produtividade, uma melhoria no ajustamento ao prazer sexual, uma melhoria nas relações interpessoais e uma melhoria na capacidade de gestão dos conflitos psicológicos e do stress da vida quotidiana.

Assim, à eficácia, juntou-se posteriormente a eficiência da terapia, o que quer dizer que para além da questão: “Determinado tratamento, sob determinadas condições experimentais, resulta?”, deve responder-se também à questão: “Determinado tratamento, sob determinada prática clínica, resulta?” (Orlinsky & Howard, 2000).

Estudos relacionadas com a eficácia da terapia têm como objectivo determinar se a terapia é ou não eficaz e são conhecidos como ensaios clínicos controlados onde os pacientes são aleatoriamente incluídos em um grupo de tratamento ou em um grupo de controlo, sendo que nem os pacientes nem os terapeutas são informados acerca do grupo a que pertencem. Por contraste, os estudos relacionados com a eficiência da terapia procuram precisar o efectivo benefício da terapia e são relativamente mais complexos e mais difíceis de implementar uma vez que os terapeutas variam no grau de experiência e os pacientes apresentam múltiplos problemas (Orlinsky & Howard, 2000). A realização destas avaliações durante a terapia fornece aos investigadores um olhar sobre os resultados e sobre a evolução dos resultados e permite o mapeando do curso da terapia bem como a sua adequação aos pacientes de uma

forma clinicamente relevante (Sperry, Brill, Howard & Grissom, 1996, cit. por Orlinsky & Howard, 2000).

Centenas de estudos têm sido realizados e as conclusões expressas são concludentes: a psicoterapia é eficaz e benéfica (Sousa, 2006). A psicoterapia é mais eficaz quando comparada aos grupos de controlo placebo, a situações de não-tratamento e às listas de espera (Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Wampold, 2001, cit. por Sousa, 2006) E, os mesmos estudos apontam ainda que cerca de 80% dos pacientes vive uma mudança clinicamente significativa quando comparados com uma amostra de pessoas com o mesmo tipo de problemática mas que não realizaram psicoterapia. (Lambert & Ogles, 2004; Asay & Lambert, 1999, cit. por Sousa, 2006).

Segundo Orlinsky, Ronnestad e Willutsky (2004), a investigação em psicoterapia prima pela investigação sobre produtos, apesar da investigação sobre processos ter vindo a aumentar ao longo dos últimos anos.

Os avanços mais significativos da investigação em psicoterapia estão associados à compreensão da interação de variáveis relacionadas com o paciente, com o terapeuta e com a relação estabelecida entre o paciente e o terapeuta (Peuker, Habigzang, Koller & Araujo, 2009).

Considerando as variáveis relacionadas com o paciente, pode destacar-se a natureza da perturbação de que é portador, a sua história clínica, a sua história de vida, a presença de uma rede de apoio social e afectiva e a motivação para o processo de mudança (Cordioli, 2003; Habigzang & Koller, 2006, cit. por Peuker, Habigzang, Koller & Araujo, 2009). A percepção que o paciente tem do seu terapeuta é igualmente relevante. Pacientes de terapias bem sucedidas percebem o terapeuta de forma positiva e descrevem-no como caloroso, atencioso, interessado, compreensivo e respeitador (Strupp, Fox & Lessler, 1969, cit por Lambert & Barley, 2001). Em relação às variáveis relacionadas com o terapeuta, identifica-se a sua competência técnica, a sua experiência clínica e o seu estilo pessoal (Peuker, Habigzang, Koller & Araujo, 2009). Está claramente comprovado que as características pessoais do terapeuta influenciam o processo terapêutico pelo que alguns terapeutas podem promover mais facilmente o sucesso da terapia com uns pacientes enquanto outros com outros pacientes (Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Okiishi, 1997; Orlinsky & Howard, 1980, cit. por

Lambert & Barley, 2001). Por último, as variáveis respectivas à relação estabelecida entre o paciente e o terapeuta baseiam-se na aliança terapêutica. A aliança terapêutica compreende o vínculo de confiança e colaboração entre paciente e terapeuta bem como a capacidade de ambos para executar as tarefas psicoterapêuticas (Cordioli, 2003; Safran, 2002, cit. por Peuker, Habigzang, Koller & Araujo, 2009). Uma aliança terapêutica estável permite ao paciente perceber o terapeuta como alguém que está sintonizado com os seus sentimentos e atitudes e o abandono de um estado excessivamente defensivo, inibido e hesitante (Savoie, 2009). A aliança terapêutica tem sido desenvolvida com o passar dos anos e a sua importância é hoje em dia indiscutível (Peuker, Habigzang, Koller & Araujo, 2009).

INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

A investigação em psicoterapia psicanalítica iniciou-se no século XX nos Estados Unidos da América e na Europa em países como a Alemanha e a Inglaterra. A investigação em psicoterapia psicanalítica viveu um início difícil envolto em rejeição e cepticismo mas desde as últimas décadas conhece um investimento considerável e um desenvolvimento promissor (Wallerstein, 2003). Em 1959, a Associação Americana de Psicanálise (APA) organizou em Washington a sua primeira conferência sobre pesquisa em psicoterapia e entre os oito grupos de pesquisadores presentes apenas dois eram psicanalíticos, o Projecto de Pesquisa em Psicoterapia da Fundação Menninger (Robbins & Wallerstein, 1959) e o Projecto de Pesquisa em Psicoterapia da Fundação Kaiser (Leary & Gill, 1959) (Rubinstein & Parloff, 1959, cit. por Wallerstein, 2003). Posteriormente, no ano de 1999, a Associação Internacional de Psicanálise (IPA) publicou *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* onde eram já descritos cinquenta-e-três projectos de pesquisa muito substanciais (Wallerstein, 2003).

De acordo com Kernberg (2004), o arranque tardio e vagaroso da investigação em psicoterapia psicanalítica esteve relacionado com obstáculos ainda hoje não totalmente ultrapassados. O autor citado aponta nomeadamente a complexidade da teoria psicanalítica do funcionamento mental, a complexidade da teoria da técnica psicanalítica e as alterações que a prática psicanalítica vive ao longo dos tempos. Na mesma linha de pensamento, Miranda (2008), identifica diferentes bases teóricas, contradições ao nível das conceitualizações e

questões metodológicas. De uma forma geral, considera-se que o método psicanalítico se centra na técnica interpretativa (Etchegoyen, 1987, cit. por Miranda, 2008). Porém, também aqui se verificam divergências a vários níveis. Por um lado, os clínicos Freudianos atribuem uma elevada importância ao insight e aos conflitos inconscientes, por outro lado, analistas mais orientados para as relações objectais ou psicologia do self, reconhecem um maior valor aos aspectos da relação terapêutica que referem ter capacidades curativas em si mesmas (Freedman, 1995, cit. por Miranda, 2008).

A par da generalidade da investigação em psicoterapia, a investigação em psicoterapia psicanalítica está significativamente mais próxima da investigação sobre produtos do que da investigação sobre processos (Miranda, 2008). Esta tendência tão interessante quanto importante deve-se à constatação de uma maior facilidade no desenvolvimento de instrumentos adequados para avaliação de produtos, enquanto a avaliação do processo terapêutico se revela um pouco mais complexa e exigente (Kernberg, 2004).

O processo terapêutico envolve importantes variáveis que têm vindo a ser investigadas e debatidas por vários autores. Segundo Lambert e Barley (2001), as variáveis em causa passam por factores extra-terapêuticos (remissão espontânea, eventos fortuitos, apoio social), expectativas (confiança no tratamento, efeito placebo), técnicas e factores relacionais. Os autores citados constataram que relativamente à mudança terapêutica, 40% é atribuída a factores extra-terapêuticos, 30% é atribuída a factores relacionais, 15% a factores específicos e 15% às expectativas. Deste modo, pode também ler-se que em relação à mudança terapêutica, 85% da mudança diz respeito aos factores comuns e extra-terapêuticos e apenas 15% está relacionada com os factores que são específicos a cada terapia.

No que concerne ao modo como se desenvolve o estudo do processo analítico, é importante mencionar a controvérsia existente relativamente à utilização de gravações áudio e vídeo. A introdução de gravações áudio e vídeo suscitou, juntamente da comunidade psicanalítica, inúmeras argumentações tão favoráveis quanto desfavoráveis (Seybert, 2011). Há 50 anos atrás, pouquíssimos pesquisadores consideravam o recurso a esta técnica (Shakow 1960; Gill et al. 1968; Wallerstein & Sampson, 1971, cit. Seybert, 2011) por considerarem inevitável o seu efeito na distorção e danificação do material (Marshall, Vaughan, Mackinnon, Mellman & Roose, 1996). Um dos primeiros a utiliza-la foi E. A. Meyer em 1967, na Alemanha (Seybert, 2011). No entanto, sabe-se que o impacto clínico tende a ser positivo

(Ben-Arie et al., 1990; Braff et al., 1979; Carrol et al. 1980; Kocsis et al., 1981; O'Leary et al., 1990 cit. por Marshall, Vaughan, Mackinnon, Mellman & Roose, 1996). Estudos realizados revelam resultados positivos explicados à luz do Efeito Hawthorne uma vez que o paciente está ciente e de acordo com o facto de estar a ser gravado (Marshall, Vaughan, Mackinnon, Mellman & Roose, 1996).

Todavia, o estudo do processo analítico é comumente realizado a partir de notas de sessões. Esta metodologia mais antiga continua a ser a mais utilizada e é melhor aceite pela comunidade psicanalítica. Embora alguns pesquisadores acreditem que a utilização de notas de sessões possa omitir e distorcer o material (Marshall, Vaughan, Mackinnon, Mellman & Roose, 1996), outros, destacam o facto de a sua utilização ter em si a vantagem de se poder aceder também às observações frequentemente elaboradas pelo terapeuta (Seybert, 2011).

INVESTIGAÇÃO E PRÁTICA CLÍNICA

Embora facilmente se compreenda a importância da associação entre a investigação e a prática em psicoterapia, existe uma significativa distância e disparidade entre as duas. Embora a investigação forneça dados importantes para a prática, parece existir uma dificuldade de incorporação das constatações científicas na base do delineamento e da actualização da prática (Peuker, Habigzang, Koller e Araujo, 2009).

Parece haver um abismo entre investigadores e terapeutas. Os investigadores sustentam a necessidade de validar cientificamente os conhecimentos teóricos e clínicos dos terapeutas e os terapeutas criticam muitas vezes as metodologias utilizadas na investigação e não encontram nos resultados destas elementos que os ajudem a melhorar a a sua prática (Polkinghorne, 2000; Elliot, 1995; Silvern, 1990; Lambert, Bergin & Garfield, 2004, cit. por Sousa 2006)

De acordo com Orlinsky e Howard (2000), a aparente falha de comunicação entre investigadores e clínicos prende-se com o facto de o trabalho de pesquisa e o trabalho clínico se constituírem como tarefas muito distintas que requerem conhecimentos igualmente distintos. Enquanto que os investigadores se centram em teorias que os guiam no design e na compreensão dos acontecimentos e dos resultados dos seus estudos, os clínicos centram-se em

teorias e quadros explicativos que os ajudam na compreensão dos problemas apresentados pelos indivíduos que os procuram. Mais, entre investigadores e clínicos existe uma diferença em termos de atitude mental. Por outras palavras, os investigadores assumem uma atitude mental à qual se poderá chamar modéstia cognitiva que os orienta no sentido de “assumir nada” e os clínicos assumem uma atitude mental conhecida como confiança cognitiva que os aconselha a “agir efectivamente”.

Muitos autores têm debatido o assunto e como tentativa de aproximação entre investigação e prática, Peuker, Habigzang, Koller e Araujo (2009) sugerem a ampliação do actual paradigma de pesquisa. Segundo os autores, terapias padronizadas (testadas e eficazes) deveriam ser aplicadas em vários locais, tais como os Cuidados de Saúde Primários, as Unidades de Cuidados na Comunidade e os Centros de Saúde Mental, de modo a que as pesquisas realizadas pudessem fornecer informações ainda mais precisas sobre os efeitos dos tratamentos, uma vez que ocorreriam em contextos variados da vida real.

CONCLUSÃO

No contexto português, as investigações em psicoterapia ainda é incipiente, existem relativamente poucos estudos sistemáticos sobre os processos e os produtos psicoterapêuticos. A consideração e avaliação dos processos e dos produtos psicoterapêuticos permanece como um importante desafio para investigadores e clínicos. Deste modo, com o objectivo de incrementar o conhecimento, melhorar a prática clínica e proporcionar um contexto favorável ao próprio treino e formação em psicoterapia, mantém-se a necessidade de realização de mais e melhor investigação científica (Sousa, 2006).

De uma forma mais acentuada, existe uma lacuna na investigação que especificamente procura aprofundar o conhecimento fundamental do *como* e do *que* funciona em psicoterapia. Não se tem suficiente conhecimento *como* se passa e o *que* se passa dentro do processo terapêutico. Apesar de nas últimas décadas se terem realizado um maior número de estudos, continua-se sem saber concretamente *como* é que a psicoterapia leva à mudança (Miranda, 2008).

Assim, se se estudar processos em detrimento de produtos poder-se-á perceber o que é

de facto relevante e preponderante a cada uma das vertentes psicoterapêuticas. A tónica coloca-se no *como* e no *que* se passa de forma a proporcionar determinada mudança e não na mudança em si mesma, uma vez que os resultados podem ter um invólucro e aparência semelhante e se sustentarem em alicerces distintos. É necessário perceber qual o papel de cada um dos intervenientes, quais os condicionamentos e quais as condições e, de que forma é que todos estes factores se articulam num processo de mudança psicoterapêutica. Apenas assim se poderá distinguir, comparar e avaliar as diferentes vertentes psicoterapêuticas, caso contrário, apenas se está a comparar resultados sem se saber o que os sustenta (Miranda, 2008).

REFERÊNCIAS

- Lambert, M. J., & Barley, E. M. (2001) Research summary oh he therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361
- Marshall, R. D., Vaughan, S. C., Mackinnon, R. A., Mellman, L. A., & Roose, S. P. (1996). Assessing Outcome in Psychoanalysis and Long-Term Dynamic Psychotherapy. *Journal Of The American Academy Of Psychoanalysis*, 24(4), 575-604.
- Miranda, F. (2008). Factores específicos ou factores comuns? Processo e mudança na psicoterapia psicanalítica. Lisboa. ISPA
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (2000). Psychotherapy: Research. In A. E. Kazdin (Ed.) , *Encyclopedia of psychology, Vol. 6* (pp. 460-463). Washington, DC New York, NY USUS: American Psychological Association. Doi:10.1037/10521-146
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and changes. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed.). John Willey & Sons.
- Peuker, A., Habigzang, L., Koller, S., & Araujo, L. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: Uma revisão. *Psicologia Em Estudo*, 14(3), 439-445. doi:10.1590/S1413-73722009000300004
- Savoie, A., A. (2009). Análise da Importância da Relação Terapeûtica Entre Cliente e Terapeuta. *Revista Científica Itapc 2* (4), ISSN 1983-6708.
- Seybert, C. (2011). Categorical or Dimensional? Differentiation of Treatment Techniques in Short and Long-Term Psychodynamic and Psychoanalytic Therapies. Doctoral Degree of Humam Biology. University of Ulm
- Sousa, D. (2006). Investigação em Psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. *Análise Psicológica*, 3, XXIV, 373-382.
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic Therapy Research: Its Coming of Age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(2), 375-404.
- Kernberg, O. F. (2004). Rewards, Dangers, Findings, and Attitudes in Psychoanalytic Research. *Canadian Journal Of Psychoanalysis*, 12(2), 178-194.

ARTIGO EMPÍRICO – A TÉCNICA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NUMA
PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo o estudo de uma psicoterapia psicanalítica ao nível da técnica de intervenção utilizada pelo psicoterapeuta. O mesmo, pretende identificar a técnica de intervenção psicoterapêutica e a sua evolução ao longo do tempo. Analisámos exaustivamente sessões gravadas em áudio identificando as intervenções psicoterapêuticas e classificámo-las de acordo com o *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study* (TADS) *Version 1.2* (2009) em três momentos da psicoterapia – início, fim do primeiro ano e fim do segundo ano, de modo a perceber o contexto e a evolução das técnicas de intervenção utilizadas. Os resultados obtidos revelaram uma aderência heterogénea à técnica de intervenção com uma centração nas cinco técnicas: envolvimento, empatia, aprofundar compreensão, clarificação e silêncio. A aderência às mesmas foi alta e consistente no desenvolvimento do processo.

Palavras-Chave: Psicoterapia psicanalítica, Técnica de intervenção, *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study* (TADS)

ABSTRACT

This work aims to study a psychoanalytic psychotherapy at the level of the psychotherapeutic intervention technique. It aims to identify the psychotherapeutic intervention technique and its evolution over time. We analyzed exhaustively sessions audio taped identifying psychotherapeutic interventions and classified them according to the *Manual-Adherence Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2 (2009)* in three stages of the psychotherapy - beginning, end of first year and end of the second year, in order to understand the context, the frequency and the development of intervention technique over time. The results revealed an heterogeneous adherence to the intervention technique with a concentration in involvement, empathy, deepening understanding, clarification and silent. The high adherence level was consistent throughout the development of the psychotherapeutic process.

Keywords: Psychoanalysis, Intervention techniques, *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS)*

INTRODUÇÃO

Tal como a generalidade da investigação em psicoterapia, a investigação em psicoterapia psicanalítica tem vindo a desenvolver-se de uma forma mais acentuada ao nível dos produtos que ao nível dos processos (Miranda, 2008). De acordo com vários autores, esta tendência deve-se essencialmente ao facto de o processo psicanalítico ser um processo complexo com múltiplos significados e entendimentos (Kernberg, 2004). Seybert (2011), entende o processo psicanalítico como um processo pouco claro e descreve-o como uma imagem sem uma silhueta uniforme, uma imagem em que muitos reconhecem a sua existência mas poucos concordam na sua forma.

A investigação em psicoterapia psicanalítica pode não pretender o estabelecimento de um único processo analítico mas pretende certamente a identificação e a compreensão dos vários fatores que operam ao longo do mesmo. Por outras palavras, a investigação em psicoterapia psicanalítica ao nível do processo analítico passa por factores comuns e factores específicos, assumindo como factores comuns a relação existente entre o paciente e o terapeuta e como factores específicos procedimentos intrínsecos, ingredientes observáveis e definíveis como a técnica de intervenção terapêutica (Sirigatti, 2004, cit. por Miranda, 2008).

A técnica de intervenção terapêutica é aqui definida como a resposta formal e deliberada que o terapeuta realiza de modo a ajudar o seu paciente na resolução das suas dificuldades pessoais (Orlinsky, Ronnestad & Willutsky, 2004). Muitos dos estudos realizados sobre a técnica de intervenção terapêutica têm destacado como técnicas mais representativas a interpretação, a transferência e a contra-transferência (Kernber, 2004).

Entre as técnicas de intervenção terapêutica, a interpretação é a mais comum. De acordo com Freud, a interpretação é o instrumento que torna consciente o inconsciente, é o caminho que a compreensão do terapeuta percorre de modo a ir do conteúdo manifesto ao conteúdo latente. Para Freud interpretar é o acto de dar sentido ao material que tem sempre a ver com a experiência do conflito e do desejo, é o explicar o significado de um desejo inconsciente, é o trazer à luz determinada pulsão (Etchegoyen, 1987). A interpretação tem vindo a receber uma grande atenção por parte dos investigadores (Hoglund, 1993; Hoglund et al. 1994; Norville et al. 1996 e Stiles & Shapiro, 1994, cit. por Seybert, 2011) e alguns resultados interessantes relativamente ao seu efeito devem ser esclarecidos (Seybert, 2011). Segundo Orlinsky (et al.

2004, cit. por Seybert, 2011), 24 estudos sobre esta técnica estabeleceram a sua utilização como consistente e fortemente associada ao sucesso da terapia. No entanto, surgem também algumas evidências de que o seu uso, especificamente em psicoterapias de curta duração, está associado a resultados negativos.

Outro aspecto incontornável das psicoterapias psicanalíticas é a forma como o terapeuta lida com a transferência e a contra-transferência. Para Freud, a transferência é um fenómeno universal e espontâneo que consiste numa relação singular que se estabelece entre paciente e terapeuta unindo passado com presente através de um falso enlace. A superposição do passado e do presente está vinculada a objectos de desejo pretéritos que não são conscientes para o paciente e que dão à sua conduta um selo irracional, onde o afecto não aparece ajustado nem em qualidade nem em quantidade à situação real actual. Assim, a vida emocional que o paciente não pode recordar é revivenciada na transferência e é ali que deve ser resolvida (Etchegoyen, 1987). Estudos realizados sobre a transferência sugerem uma atitude extremamente cautelosa na aplicação da respectiva técnica, uma vez que o paciente parece ser facilmente apanhado na sua vergonha ao perceber a repetição do seu comportamento (Gabbard 2009, cit. por Seybert, 2011). Partindo da revisão empírica realizada por Hoglend (2004), pode constatar-se que 10 estudos dirigidos sobre a transferência revelam resultados contraditórios. Um estudo experimental e um estudo quase-experimental encontram efeitos negativos na utilização da mesma e, dos oito estudos naturalistas, cinco revelam correlações negativas, dois revelam correlações não significativas e um revela uma correlação positiva entre a sua utilização e o sucesso da terapia.

Relativamente à contra-transferência, é mérito de Freud a definição da relação terapêutica não somente a partir da perspectiva do paciente mas também da do terapeuta, ou seja, como uma relação bi-pessoal, recíproca de transferência e contra-transferência (Etchegoyen, 1987). Posteriormente, Gabbard (2005), considerou a contra-transferência como uma importante ferramenta terapêutica que permite ao terapeuta aceder ao mundo interno do paciente. Mais, o autor considera essencial a noção de que no decorrer do processo terapêutico, paciente e terapeuta possuem duas subjectividades distintas que interagem de uma forma significativa. De uma forma sucinta, Fonagy e Kachele (2009, cit. por Seybert, 2011), afirmaram ter constatado nos seus estudos relativamente à técnica, especialmente em psicoterapias psicanalíticas intensivas e de longa duração, que a sensibilidade do terapeuta e reacção emocional à experiência actual do paciente pode iluminar mas também obscurecer o

processo terapêutico.

Neste contexto, tendo como objectivo o estudo de uma psicoterapia psicanalítica ao nível da técnica de intervenção utilizada pelo psicoterapeuta, recorreremos à utilização do Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2 (2009), uma vez que este instrumento, precisamente orientado para o estudo de uma psicoterapia psicanalítica, conceptualiza 43 técnicas de intervenção aos longo dos seus 43 itens. No entanto, embora o instrumento possa servir como motor de uma investigação centrada na técnica de intervenção terapêutica, não se conhecem estudos com o referido objectivo realizados a partir do mesmo. Por outro lado, Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2 (2009), foi utilizado em um estudo relativo a uma psicoterapia psicanalítica não ao nível da técnica de intervenção mas sim ao nível do tratamento da depressão. O referido estudo toma como nome Tavistock Adult Depression Study (TADS): A Randomised Controlled Trial Of Psychoanalytic Psychotherapy for Treatment-Resistant/Treatment-Refractory Forms of Depression (2012) e foi conduzido por David Taylor, Jo-anne Carlyle, Susan McPherson, Felicitas Rost, Rachel Thomas e Peter Fonagy.

MÉTODO

Paciente

A paciente a quem chamaremos Maria, tem 39 anos de idade e é solteira. É a mais nova de um fratria de três com um irmão 4 anos mais velho e uma irmã 5 anos mais velha. Viveu uma infância marcada por um pai ausente por grande dedicação ao trabalho e uma mãe com poucas manifestações de afeto. Foi fundamentalmente cuidada pela ama, uma senhora que trabalhava como interna em sua casa e com quem tinha uma forte relação. A mesma faleceu à cerca de cinco anos.

A Maria viveu uma relação em união de facto durante onze anos e em seguida viveu outra relação de seis anos. Em resultado da separação desta última relação deprime e decide procurar ajuda. Neste momento, encontra-se desempregada embora seu grau académico inclua uma licenciatura, varias pós graduações e uma formação para o ensino de dança.

Terapeuta

O terapeuta tem 41 anos de idade, é formado em Psicologia Clínica pelo ISPA e possui três anos de prática em psicoterapia individual. A sua experiência inclui terapia breve e de apoio supervisionada por um psicanalista experiente e doze anos como analisando de Grupanálise e Psicanálise.

Terapia

A psicoterapia oferecida não seguiu nenhum manual, era esperado mas não requerido ser de natureza psicodinâmica. Conduzida na Clínica Universitária do ISPA ao longo de dois anos, tem um a frequência semanal e sessões com uma duração média de 50 minutos.

Até à data, existem cerca de 60 sessões de acompanhamento da Maria. É ainda importante referir que ao longo do tempo ocorreram faltas e períodos de interrupção para férias.

Procedimento

Numa primeira fase, procedeu-se ao estudo do *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2* e ao treino da classificação das intervenções realizadas pelo terapeuta de acordo com os itens do manual. Para o treino da classificação das intervenções terapêuticas foram utilizadas notas de sessões de três psicoterapias de longa duração sendo que para a primeira psicoterapia consideraram-se 14 sessões, para segunda 37 sessões e para terceira 48 sessões. As classificações feitas pela autora foram discutidas com o orientador da dissertação.

Após a fase de treino, procedeu-se à selecção do material a ser analisado neste estudo, considerou-se uma psicoterapia psicanalítica de dois anos e as gravações áudio de cada uma das sessões da mesma psicoterapia. Inicialmente, foram identificados cinco momentos distintos (início, 6, 12, 18, e 24 meses) e foram recolhidas, de forma aleatória, duas gravações áudio de duas sessões para cada um dos cinco momentos. Assim, o material compunha-se por um total de 10 gravações de áudio, 2 gravações para cada um dos cinco momentos da terapia. Posteriormente, os cinco momentos foram transformados em apenas três momentos reflectindo o início (início, 6 meses), o fim do primeiro ano (12 meses) e o fim do segundo ano de terapia (18 e 24 meses). Embora a terapia esteja ainda a decorrer, consideramos para os

resultados e sua análise as fases início meio e fim da terapia até onde a conhecemos. As gravações foram identificadas por uma numeração código para que o avaliador desconhecesse o período a que pertencia cada uma das sessões.

Deste modo, o material compunha-se por um total de 10 gravações de áudio, 2 gravações para cada um dos cinco momentos da terapia. As gravações foram identificadas por uma numeração código de modo para que o avaliador desconhecesse o período a que pertencia cada uma das sessões.

A partir das gravações de áudio, realizou-se a transcrição por sessão de todas as intervenções terapêuticas e procedeu-se à classificação das mesmas de acordo com os itens do manual referido.

Instrumento

O instrumento utilizado para a classificação das intervenções realizadas pelo terapeuta foi o *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2* desenvolvido por Jo-anne Carlyle, Ana Ruiz e Phil Richardson, membros da equipa da Psychotherapy Evaluation Reserch Unit do Belsize Centre em Londres.

O *Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2* pensado para o estudo de pacientes com depressão é constituído por 43 itens correspondentes a 43 técnicas de intervenção psicoterapêuticas. Os itens estão organizados em itens gerais, itens relacionados com o setting, itens analíticos, itens não analíticos e itens específicos relativos à depressão refractária. Dos itens psicanalíticos fazem parte os sub-conjuntos de itens de exploração, de interpretação, de estabelecimento de ligações, de transferência, de contra-transferência e de abordagem da dor mental.

O respectivo manual é aplicado através da cotação de cada um dos seus itens de acordo com uma escala de sete valores. Esta escala de sete valores permite ao avaliador a cotação de determinada técnica de acordo com a utilização que o terapeuta faz da mesma sendo que escala vai da pontuação 1, que corresponde à utilização mais baixa, à pontuação 7, que se refere à utilização mais alta. Para os itens que não foram de todo utilizados a cotação é feita em N/R ou N/A – não retratado ou não aplicável.

RESULTADOS

A classificação das intervenções realizadas pelo terapeuta através do Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2 constatou a utilização de 30 técnicas de intervenção de um total de 43 técnicas apresentadas pelo manual.

A Aderência à Técnica de Intervenção Terapêutica Para o Total das 10 Sessões

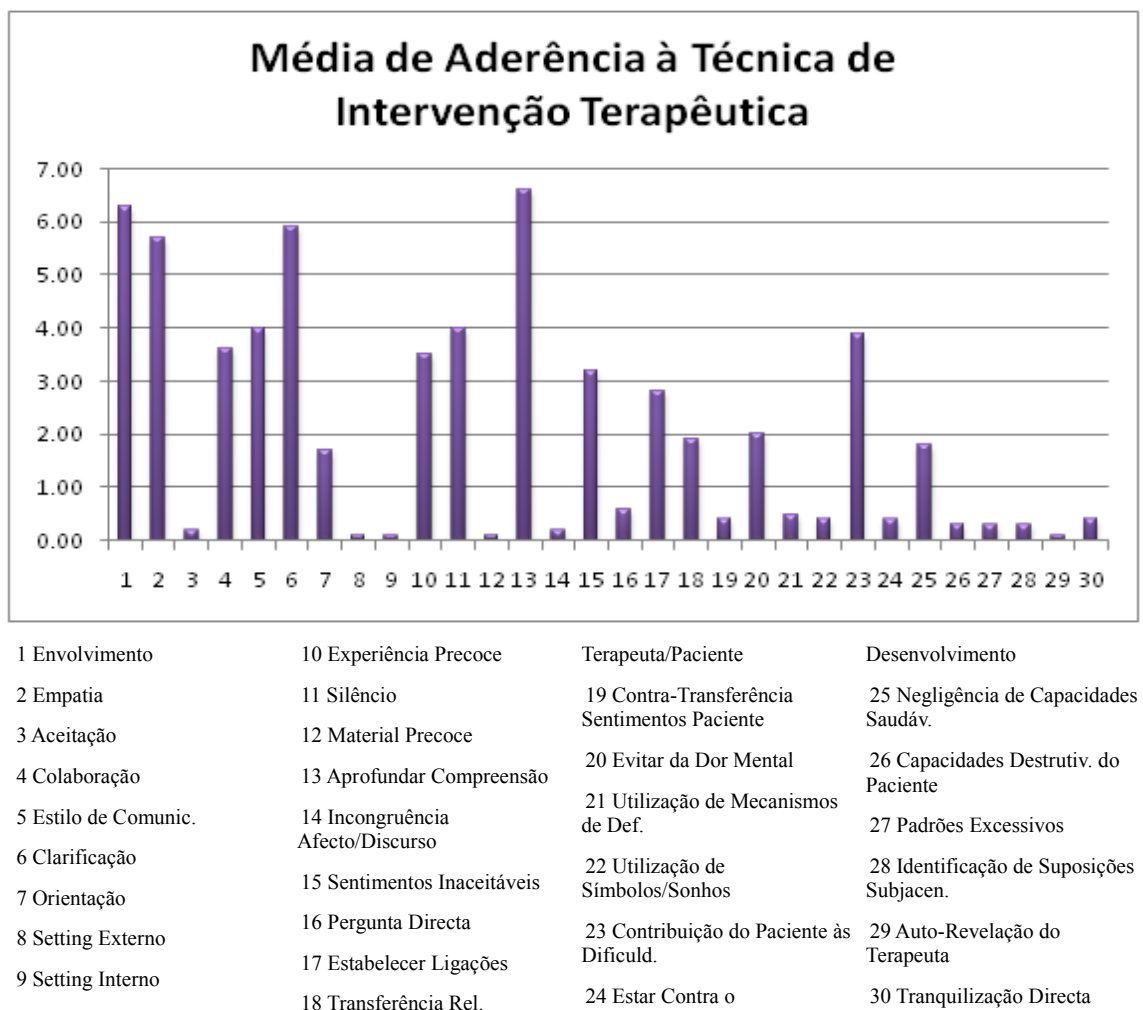


Figura 1: Média de aderência à técnica de intervenção terapêutica para o total das 10

A observação da figura 1 permite-nos inferir acerca da aderência à técnica de intervenção por parte do terapeuta no global da terapia analisada. Os dados da figura 1 dizem-nos que a aderência à técnica foi heterogénea uma vez que das 30 técnicas utilizadas, apenas 8

têm médias de aderência acima do valor médio da escala de aderência, 1 situa-se exactamente no valor médio da escala e as restantes 21 situam-se abaixo do valor médio da escala.

Deste modo, as técnicas que têm médias de aderência acima do valor médio da escala são: 13. aprofundar a compreensão (6.60), 1. envolvimento (6.30), 6. clarificação (5.90), 2. empatia (5.70), 11. silêncio (4.00), 23. contribuição do paciente relativamente às suas dificuldades (3.90), 4. colaboração (3.60) e 5. estilo de comunicação (3.60). A técnica que se situa exactamente no valor médio é 10. experiência precoce (3.5). E, as técnicas que se situam abaixo do valor médio são: 15. sentimentos inaceitáveis (3.20), 17. estabelecer ligações (2.80), 20. evitar da dor mental (2.00), 18. transferência relação terapeuta/paciente (1.90), 25. negligência capacidades saudáveis (1.80), 7. orientação (1.70), 16. perguntas directas (0.60), 21. utilização mecanismos de defesa (0.50), 19. contra-transferência actualização sentimentos relativos ao paciente (0.40), 22. utilização de símbolos/sonhos (0.40), 24. estar contra o desenvolvimento (0.40), 30. tranquilização directa (0.40), 26. capacidades destrutivas do paciente (0.30), 27. padrões excessivos (0.30), 28 identificação suposições subjacentes (0.30), 3. aceitação (0.20), 14. incongruência afecto/discurso, 8. setting externo (0.10), 9. setting interno (0.10), 12. material precoce (0.10) e 29. auto-revelação do terapeuta (0.10).

As Técnicas Mais Representativas Para o Total das 10 Sessões

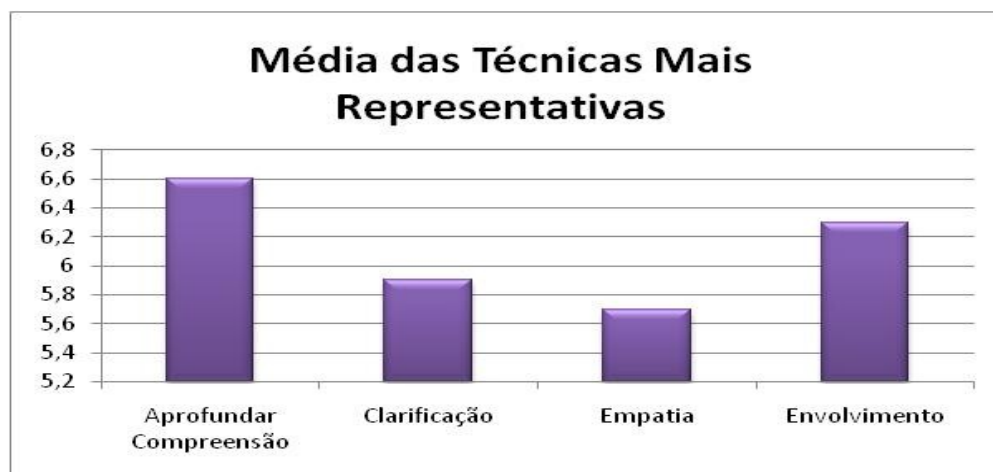
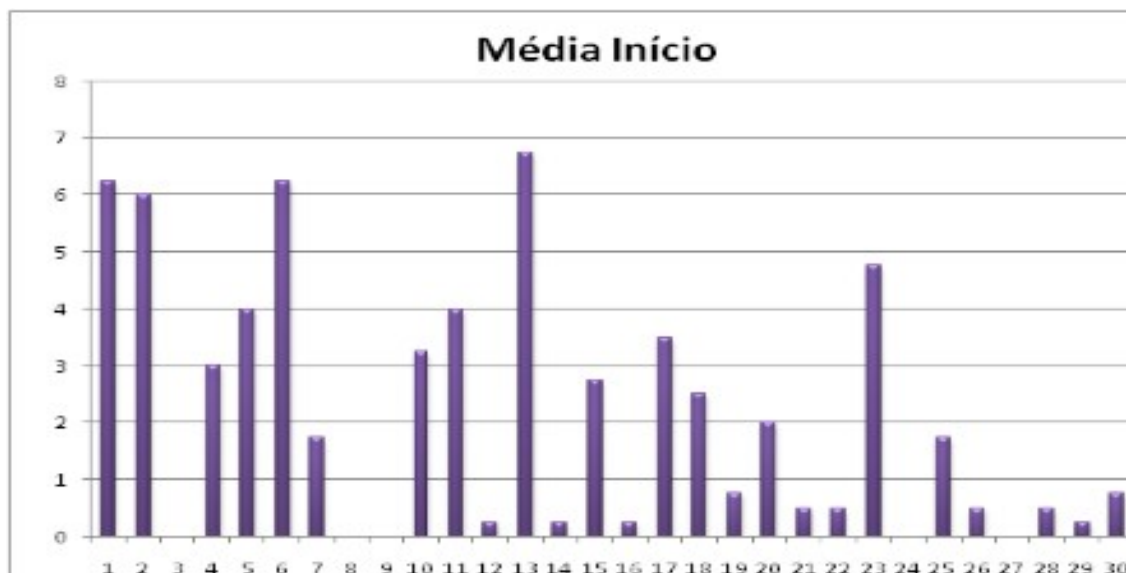


Figura 1.1: Média das técnicas de intervenção terapêutica mais representativas para o total das 10 sessões

A figura 1.1 destaca as técnicas de intervenção que obtiveram médias de aderência mais altas no global da terapia analisada. Tal como tinha sido anteriormente constatado, como

técnicas mais representativas encontramos o aprofundar a compreensão (6.60), o envolvimento (6.30), a clarificação (5.90) e a empatia (5.70).

A Aderência à Técnica de Intervenção Terapêutica no Início da Terapia



1 Envolvimento	10 Experiência Precoce	Terapeuta/Paciente	Desenvolvimento
2 Empatia	11 Silêncio	19 Contra-Transferência	25 Negligência de Capacidades
3 Aceitação	12 Material Precoce	Sentimentos Paciente	Saudáv.
4 Colaboração	13 Aprofundar Compreensão	20 Evitar da Dor Mental	26 Capacidades Destrutiv. do
5 Estilo de Comunic.	14 Incongruência	21 Utilização de Mecanismos	Paciente
6 Clarificação	Afecto/Discurso	de Def.	27 Padrões Excessivos
7 Orientação	15 Sentimentos Inaceitáveis	22 Utilização de	28 Identificação de Suposições
8 Setting Externo	16 Pergunta Directa	Símbolos/Sonhos	Subjacen.
9 Setting Interno	17 Estabelecer Ligações	23 Contribuição do Paciente às	29 Auto-Revelação do
	18 Transferência Rel.	Dificuld.	Terapeuta
		24 Estar Contra o	30 Tranquilização Directa

Figura 2: Média de aderência à técnica de intervenção terapêutica no início da terapia

A observação da figura 2 permite-nos inferir acerca da aderência à técnica de intervenção por parte do terapeuta na fase inicial da terapia analisada. A partir dos dados da figura 2 podem ler-se quais as técnicas com valores médios de maior, média e menor aderência.

Deste modo, na fase inicial da terapia, pode afirmar-se que o terapeuta centrou-se essencialmente nas técnicas: 13. aprofundar a compreensão (6.75), 1. envolvimento, (6.25), 6. clarificação (6.25), 2. empatia (6.00), 23. contribuição do paciente relativamente às suas

dificuldades (4.75), 5. estilo de comunicação (4.00) e 11. silêncio (4.00).

O mesmo, aderiu de forma média às técnicas: 17. estabelecer ligações (3.50), 10. experiência precoce (3.25), 4. colaboração (3.00), 15. sentimentos inaceitáveis (2.75) e 18. transferencia relação terapeuta/paciente (2.50).

Aderiu pouco a: 20. evitar dor mental (2.00), 7. orientação (1.75), 25. negligência capacidades saudáveis (1.75), 19. contra-transferência actualização sentimentos relativos ao paciente (0.75), 30. tranquilização directa (0.75), 21. utilização mecanismos de defesa (0.50), 22. utilização símbolos/sonhos (0.50), 26. capacidades destrutivas do paciente (0.50), 28 identificação suposições subjacentes (0.50), 12. material precoce (0.25), 14. incongruência entre afecto/discurso (0.25), 16. pergunta directa (0.25) e 29. auto-revelação do terapeuta (0.25).

Por último, embora envolvidas na terapia, nesta fase inicial o terapeuta não aderiu de todo a: 3. aceitação, 8. setting externo, 9. setting interno, 24. estar contra o desenvolvimento da terapia e ainda 27. padrões excessivos.

As Técnicas Mais Representativas no Início da Terapia

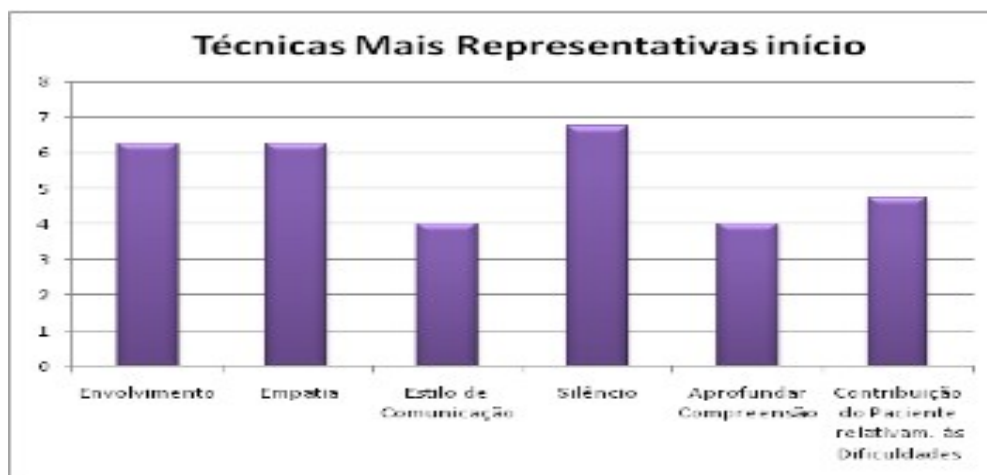


Figura 2.1: Média das técnicas de intervenção terapêutica mais representativas no início

A figura 2.2 salienta as técnicas de intervenção que obtiveram médias de aderência mais altas no início da terapia analisada. Como pôde ser constatado pela figura anterior, as técnicas mais representativas desta fase são: o aprofundar a compreensão (6.75), o envolvimento, (6.25), a empatia (6.00), a contribuição do paciente relativamente às suas dificuldades (4.75), o estilo de comunicação (4.00) e o silêncio (4.00).

A Aderência à Técnica de Intervenção Terapêutica no Meio da Terapia

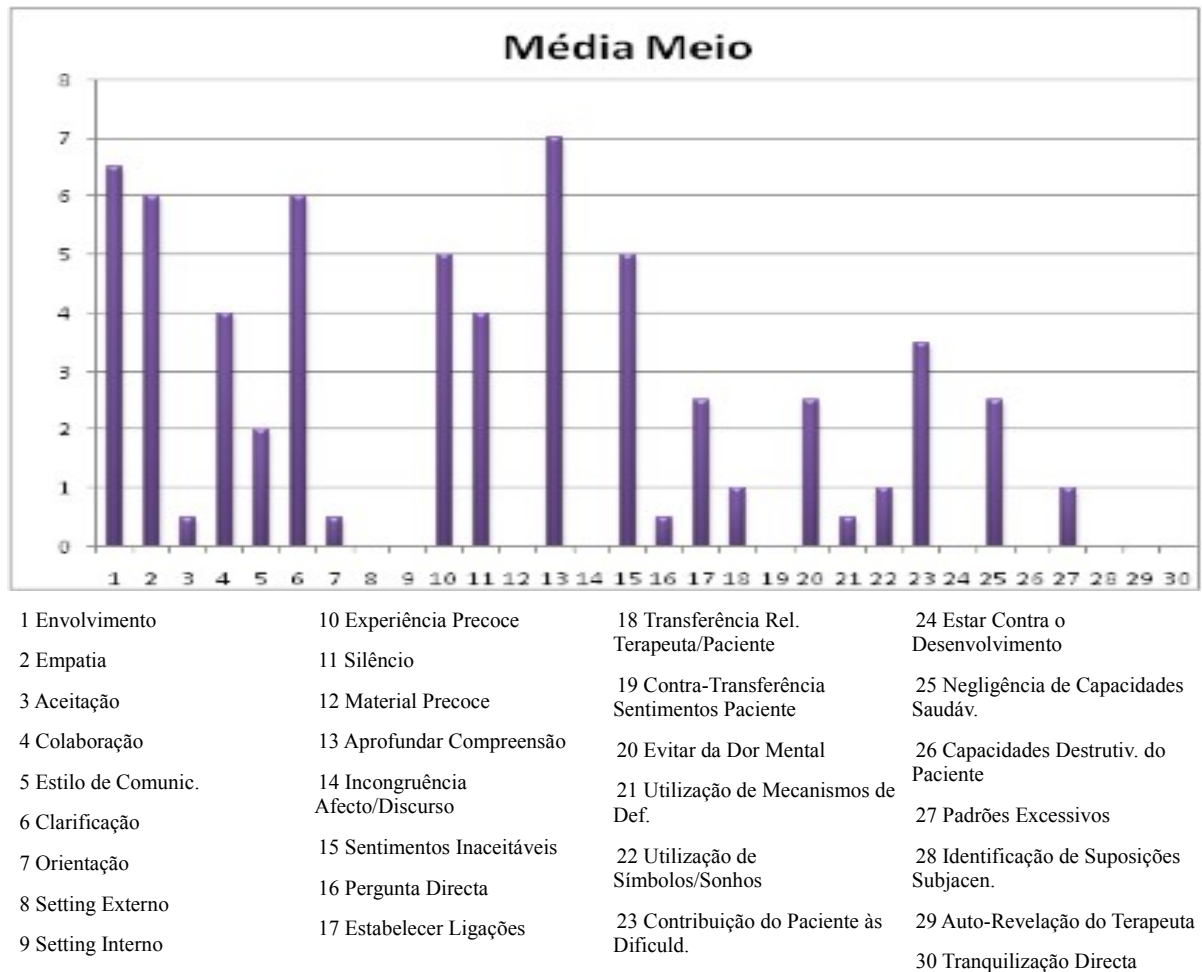


Figura 3: Média de aderência à técnica de intervenção terapêutica no meio da terapia

A figura 3 permite-nos inferir acerca da aderência à técnica de intervenção por parte do terapeuta na fase intermédia da terapia. Os dados da figura 3 proporcionam a leitura das técnicas com valores médios de maior, média e menor aderência.

Assim, pode afirmar-se que na fase intermédia da terapia, o terapeuta centrou-se nas seguintes técnicas: 13. aprofundar compreensão (7.00), 1. envolvimento (6.50), 2. empatia (6.00), 6. clarificação (6.00), 10. experiência precoce (5.00), 15. sentimentos inaceitáveis (5.00), 4. colaboração (4.00) e 11. silêncio (4.00).

De seguida, aderiu de forma média a: 23. contribuição do paciente relativamente às suas dificuldades (3.50), 17. estabelecer ligações (2.50), 20. evitar dor mental (2.50), e 25. negligência capacidades saudáveis (2.50).

Aderiu pouco a: 5. estilo de comunicação (2.00), 18. transferência relação

terapeuta/paciente (1.00), 21. utilização símbolos/sonhos (1.00), 27. padrões excessivos (1.00), 7. orientação (0.50), 16. perguntas directas (0.50), 22. utilização mecanismos de defesa (0.50), e 3. aceitação (0.50).

Por fim, deve referir-se que não houve qualquer adesão relativamente a: 8. setting externo, 9. setting interno, 12. material precoce, 14. incongruência afecto/discurso, 19. contra-transferência actualização sentimentos relativos ao paciente, 24. estar contra o desenvolvimento da terapia, a crescer 26. capacidades destrutivas do paciente, 28. identificação de suposições subjacentes, 29. auto-revelação do terapeuta e ainda 30. tranquilização directa.

As Técnicas Mais Representativas no Meio da Terapia

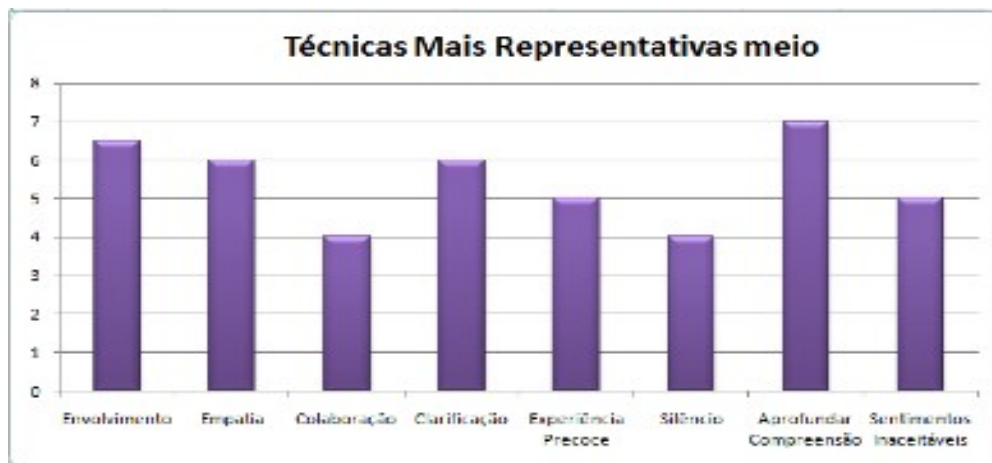


Figura 3.1: Média das técnicas de intervenção terapêutica mais representativas no meio

A figura 3.3 concentra as técnicas de intervenção com médias de aderência mais altas na fase intermédia da terapia. As mesmas correspondem, por ordem de maior aderência, a: aprofundar compreensão (7.00), envolvimento (6.50), empatia (6.00), clarificação (6.00), experiência precoce (5.00), sentimentos inaceitáveis (5.00), 4. colaboração (4.00) e silêncio (4.00).

A Aderência à Técnica de Intervenção Terapêutica no Fim da Terapia

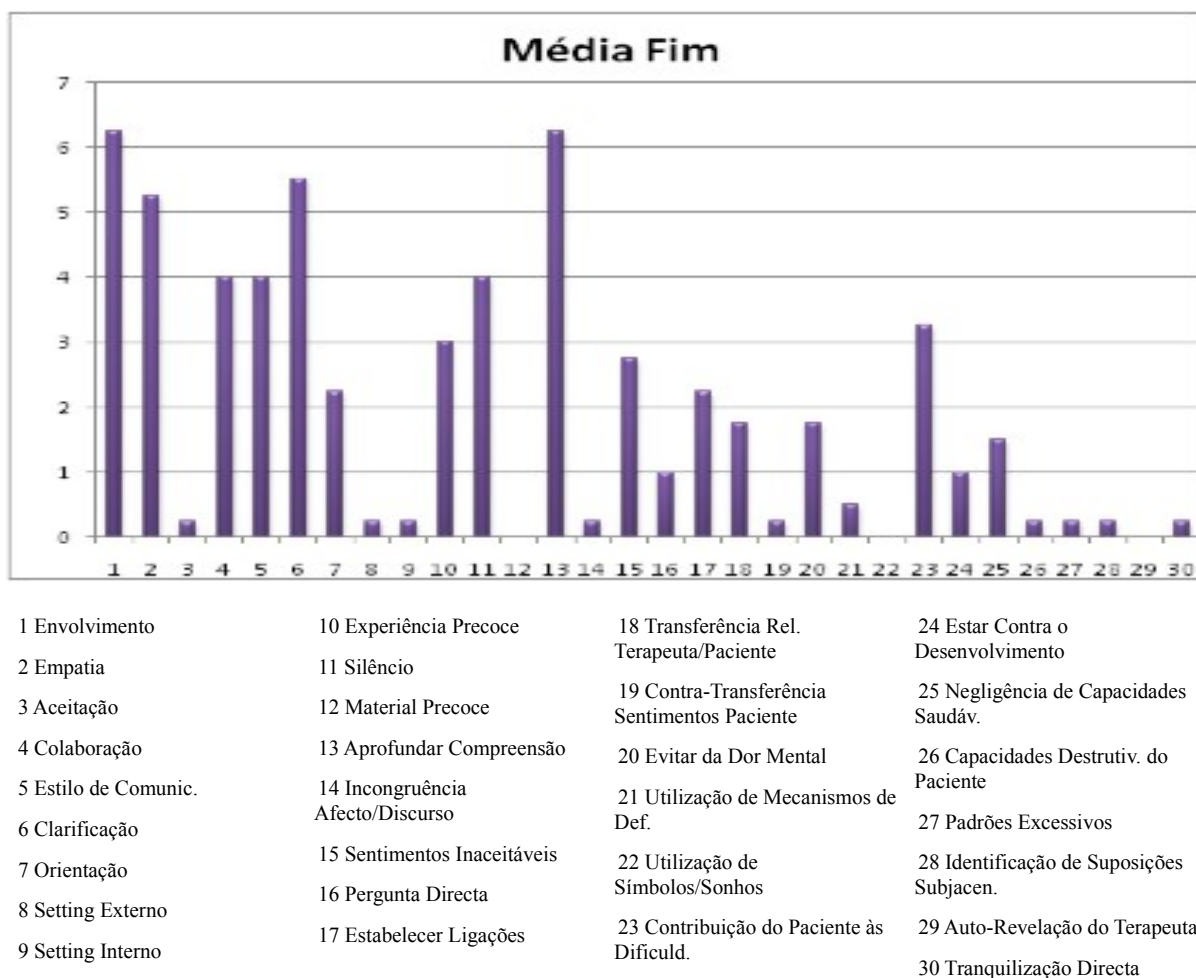


Figura 4: Média de aderência à técnica de intervenção terapêutica no fim da terapia

A figura 4 permite-nos inferir acerca da aderência à técnica de intervenção por parte do terapeuta na fase final da terapia. Os dados da figura 4 espelham as técnicas com valores médios de maior, média e menor aderência.

Nesta última fase conhecida da terapia, entre as técnicas com utilização mais intensa pode encontrar-se: 1. envolvimento (6.25), 13. aprofundar compreensão (6.25), 6. clarificação (5.55), 2. empatia (5.25), 4. colaboração (4.00), 5. estilo de comunicação (4.00) e 11. silêncio (4.00).

As técnicas com utilização média correspondem a: 23. contribuição do paciente relativamente às suas dificuldades (3.25), 10. experiência precoce (3.00) e 15. sentimentos inaceitáveis (2.75).

As técnicas com menor utilização envolvem: 7. orientação (2.25), 17. estabelecer ligações (2.25), 18. transferência relação terapeuta/paciente (1.75), 20. evitar da dor mental (1.75), 25. negligência das capacidades saudáveis (1.50), 16. pergunta directa (1.00), 24. estar contra o desenvolvimento (1.00), 21. utilização mecanismos de defesa (0.50), 3. aceitação (0.25), 8. setting externo (0.25), 9. setting interno (0.25), 14. incongruência afecto/discurso (0.25), 19. actualização de sentimentos relativos ao paciente, 26. capacidades destrutivas do paciente (o.25), 27. padrões excessivos (0.25) 28. identificação de suposições subjacentes (0.25) e 30. tranquilização directa (0.25).

Completando a informação, deve acrescentar-se que da lista de técnicas não utilizadas constam: 12. material precoce, 22. utilização de símbolos e sonhos e 29. auto-revelação do terapeuta.

As Técnicas Mais Representativas no Fim da Terapia

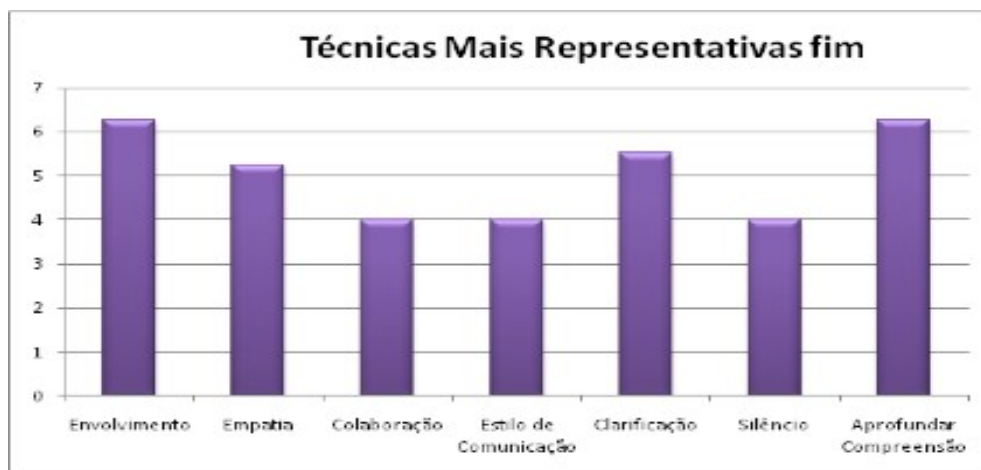


Figura 4.1: Média das técnicas de intervenção terapêutica mais representativas no fim

A figura 4.4. diz respeito às técnicas de intervenção com médias de aderência mais altas na fase final da terapia. Aqui, encontramos o envolvimento (6.25), o aprofundar compreensão (6.25), a clarificação (5.55), a empatia (5.25), colaboração (4.00), o estilo de comunicação (4.00) e o silêncio (4.00).

A Evolução da Aderência das Técnicas de Intervenção Mais Representativas da Terapia no Decorrer dos Três Momentos da Terapia – Início, Meio e Fim

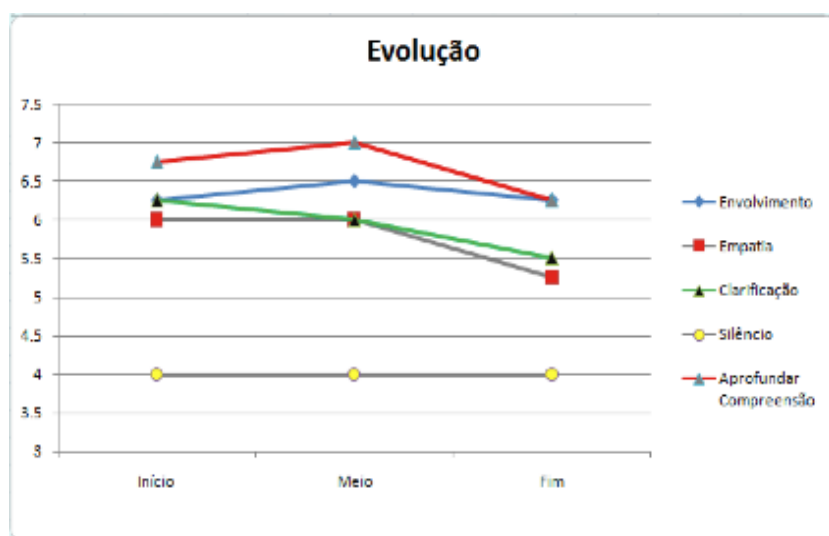


Figura 5: Evolução das técnicas de intervenção mais representativas

A figura 5 destaca as técnicas de intervenção envolvimento, empatia, clarificação, silêncio e aprofundar compreensão como as técnicas mais representativas da psicoterapia realizada. A análise da figura 5 permite a consideração do nível de aderência às mesmas nos momentos chave – início, meio e fim da terapia, e deste modo a percepção da sua evolução ao longo do tempo.

Relativamente à técnica de intervenção envolvimento, sabe-se que a mesma obteve no início da terapia uma média de 6.25 pontos, no meio 6.50 e no final 6.25. Estes valores revelam que a aderência ao envolvimento é ligeiramente acentuada na fase intermédia, tal como se pode constatar através da ligeira acentuação da linha azul do gráfico. Seguindo-se a empatia, a mesma obteve, no início e no meio da terapia uma média de 6.00 pontos e no final 5.25. Aqui, constata-se que a aderência à empatia decresceu em termos quantitativos na fase final, tal como revela o decrescimento da linha cinzenta/quadrados vermelhos do gráfico. A clarificação alcançou no início da terapia uma média de 6.25 pontos, no meio 6.00 e no final 5.55 pelo que se verifica que a aderência a esta técnica decresce em termos quantitativos com o avançar do processo terapêutico, como espelha o sentido decrescente da linha verde gráfico. Ao silêncio pode referir-se apenas a constância da média de 4.00 pontos e da mesma adesão à técnica durante os três momentos da terapia (linha cinzenta/círculos amarelos). Por último, aprofundar a compreensão atingiu no início da terapia uma média de 6.75 pontos, no meio 7.00 e no fim 6.25. Deste modo, pode afirmar-se que a aderência à técnica acentua-se

ligeiramente no meio da terapia atingindo o valor máximo da escala de aderência às técnicas de intervenção. Este movimento é identificado no gráfico pela leve superioridade da linha vermelha relativamente.

Ainda sobre a análise da figura 5, é importante referir que para além da compreensão da evolução da aderência a cada uma técnicas de intervenção ao longo do tempo, pode também averiguar-se sobre a relação dinâmica das mesmas. Neste contexto, constata-se que as aderências ao envolvimento e ao aprofundar compreensão fazem o mesmo caminho no sentido em que ambas as técnicas se acentuam no meio da terapia. Por outro lado, constata-se também que à exceção da aderência ao silêncio que é constante ao longo de todo o processo terapêutico, as restantes técnicas tendem a decrescer quantitativamente do meio da terapia para o final da mesma.

DISCUSSÃO

Tal como foi anteriormente referido, o objectivo desta investigação prendeu-se com o estudo de uma psicoterapia psicanalítica ao nível da técnica de intervenção utilizada pelo psicoterapeuta. Tendo em conta três momentos chave da psicoterapia – início, meio e fim, procurou-se identificar e perceber a evolução das técnica de intervenção utilizadas pelo psicoterapeuta ao longo do tempo, assumindo a possibilidade da existência de relações dinâmicas entre as várias técnicas em causa.

Antes de mais, é importante mencionar que das 43 técnicas de intervenção psicoterapêutica apresentadas no Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2, apenas 30 foram verificadas na psicoterapia analisada. Destas 30 técnicas de intervenção, pode tomar-se como exemplos a empatia, o aprofundar compreensão, a clarificação, a experiência precoce, a transferência relação terapeuta/paciente e ainda a contra-transferência. Por outro lado, tendo em consideração a investigação realizada por Seybert (2011) também sobre a técnica de intervenção psicoterapêutica numa psicoterapia psicanalítica, com utilização do Psychotherapy Process Q-set (PQS), pode constatar-se que a autora aponta como técnicas de intervenção verificadas na sua análise: o terapeuta é empático, o terapeuta procura por mais informação ou elaboração, o terapeuta reafirma ou reformula a

comunicação feita pelo paciente de modo a clarificar para si o seu significado, o terapeuta é sensível aos sentimentos ou a percepções do paciente que estão relacionadas com experiências do seu passado, o terapeuta estabelece uma relação entre a relação terapêutica e relações passadas do paciente e ainda os sentimentos e conflitos emocionais do terapeuta entram na equação da sua relação com o paciente. Deste modo, torna-se claro como é possível estabelecer um paralelo entre as técnicas de intervenção psicoterapêutica apresentadas pelos dois instrumentos referidos, bem como as técnicas de intervenção psicoterapêuticas identificadas nas duas análises realizadas.

No que diz respeito à análise dos resultados obtidos, em termos globais, a aderência à técnica de intervenção terapêutica foi heterogénea. Pode afirmar-se que o terapeuta se centrou essencialmente na utilização de técnicas de intervenção como aprofundar compreensão, envolvimento, clarificação, empatia e silêncio, pois os valores médios de aderência às respectivas técnicas são significativamente altos quando comparados com os mesmos valores das restantes técnicas utilizadas. A centração nestas técnicas de intervenção, reflete-se não só pela intensidade da aderência mas também pela consistência da mesma no decorrer do desenvolvimento do processo psicoterapêutico. Neste contexto, se considerarmos que a técnica aprofundar compreensão pode estar enquadrada na grande técnica de interpretação (por ser concebida como pequenos passos da construção da última), então, o facto de liderar em termos de aderência, está de encontro com o que é defendido por Kernberg (2004), que destaca a interpretação como a técnica mais representativa de um processo psicanalítico e de uma psicoterapia psicanalítica. De acordo com autor, à interpretação segue-se a clarificação e deve referir-se que na presente investigação a clarificação é a terceira técnica com maior aderência.

Relativamente à análise dos resultados tendo em conta as fases início, meio e fim, em primeiro lugar, os mesmos espelham a já referida estabilidade da aderência às técnicas de intervenção mais representativas da psicoterapia – aprofundar compreensão, envolvimento, clarificação, empatia e silêncio, uma vez que estas encontram-se entre as técnicas mais representativas de cada uma das fases referidas, à exceção da clarificação que não atingiu os valores mais altos no primeiro momento. Em segundo lugar, estes resultados denotam os movimentos crescentes e decrescentes de aderência a técnicas de intervenção como o estilo de comunicação, a contribuição do paciente relativamente às suas dificuldades, a colaboração, o material precoce e os sentimentos inaceitáveis. No início da terapia, ao primeiro conjunto de

técnicas referidas, junta-se o estilo de comunicação e a contribuição do paciente relativamente às suas dificuldades; no meio da terapia, a colaboração, o material precoce e os sentimentos inaceitáveis; e, no fim da terapia, novamente o estilo de comunicação e a colaboração. Com uma especial atenção ao facto de o material precoce surgir na fase intermédia da terapia, pode acrescentar-se que a investigação realizada por (Freitas, 2011) sobre efeitos de procedimentos focados na relação terapêutica recorrendo ao Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS), indicou uma melhoria das pacientes após a introdução de intervenções com foco no aqui/agora.

Por outro lado, reflectindo sobre a aderência às técnicas de intervenção mais representativas da psicoterapia de uma forma mais pormenorizada, percebemos que as mesmas, embora consistentes e estáveis ao longo do tempo, ainda assim sofreram ligeiras valorizações ou atenuações. Começando pela técnica de intervenção terapêutica que mais se destaca, o aprofundar compreensão, constatamos que a aderência à mesma acentuou-se da fase inicial para a fase intermédia da terapia no valor de 0.25 pontos e sofreu uma atenuação da fase intermédia para a fase final no mesmo valor. De seguida, surge a técnica de intervenção envolvimento cuja aderência também se acentuou entre as duas primeiras fases da terapia (0.25 pontos) e também sofreu uma atenuação entre a segunda e a terceira fase (0.75), percorrendo assim um caminho semelhante. Deste modo, levantam-se algumas questões sobre o facto de a aderência às duas técnicas coincidir uma com a outra nas duas primeiras fases e percorrer o mesmo sentido da segunda para a terceira fase da terapia. Já a técnica de intervenção clarificação sofreu uma atenuação de aderência no decorrer do processo sendo esta atenuação da fase inicial para a fase intermédia de 0.25 pontos e da fase intermédia para a fase final de 0.45 pontos. De acordo com o Adherence Manual-Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2, a clarificação tem como objectivo clarificar o significado de algo que é dito pelo paciente bem como desenvolver a compreensão e a consciência relativamente ao assunto que está a ser falado. Assim, considerando que com o passar do tempo o terapeuta alcança uma cada vez maior compreensão sobre o paciente e respectivos temas, poder-se-à levantar algumas questões envolvendo o facto de o terapeuta poder sentir menos necessidade de recorrer a esta técnica. A aderência à técnica de intervenção empatia manteve-se constante da primeira fase para a segunda e atenuou-se da segunda para a terceira (0.45). Aqui, constatamos que a aderência às quatro técnicas de intervenção referidas decresceu da fase intermédia para a fase final. Por fim, a aderência ao

silêncio é constante ao longo do processo.

A investigação realizada apresentou algumas limitações nomeadamente ao nível da cotação das intervenções terapêuticas que poderiam envolver dois avaliadores e duas avaliações simultâneas de modo a oferecer uma mais aprimorada. Algumas questões ficam por esclarecer relativamente à possibilidade de relação entre a aderência às técnicas de intervenção utilizadas pelo que consideramos imprescindível a continuação do estudo.

REFERÊNCIAS

- Etchegoyen, R. H. (1987). Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gabbard, G. O. (2005). Psicoterapia Psicodinâmica de Longo Prazo. Porto Alegre: Artmed.
- Kernberg, O. F. (2004). Contemporary controversies in psychoanalytic, technique and their applications. Lisboa. Climepsi.
- Kernberg, O. F. (2004). Rewards, Dangers, Findings, and Attitudes in Psychoanalytic Research. *Canadian Journal Of Psychoanalysis*, 12(2), 178-194.
- Miranda, F. (2008). Factores específicos ou factores comuns? Processo e mudança na psicoterapia psicanalítica. Lisboa. ISPA
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and changes. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed.). John Willey & Sons.
- Seybert, C. (2011). Categorical or Dimensional? Differentiation of Treatment Techniques in Short and Long-Term Psychodynamic and Psychoanalytic Therapies. Doctoral Degree of Humam Biology. University of Ulm
- Fonagy, P., Taylor, D., Carlye, J., McPherson, S., Rost, F., & Thomas, R. (2012) Tavistock Adult Depression Study (TADS): a Tandomised Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Treatment-Resistant/Treatment-Refractory Forms of Depression. *BMC Psychiatry*, doi:10.1186/1471-244X-12-60
- Freitas, S., T. (2011). Efeitos de Procedimentos Focados na Relação Terapêutica Sobre Comportamentos Geralmente Descritos nos Quadros de Depressão. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Paraná, Curitiba

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento – Manual

Adherence Manual Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2

Adherence Manual
Tavistock Adult Depression Study (TADS)
Version 1.2

For use in conjunction with the TADS Treatment Manual

Jo-anne Carlyle

Ana Ruiz

Phil Richardson

General Items

Involvement and empathy

1. Involvement

How involved was the therapist? In essence, over the course of the whole session, how interested in the patient and their material was the therapist?

1	2	3	4	5	6	7
No observed involvement		Somewhat involved		Mainly involved		Very involved

Involvement is a complex variable to rate objectively as it is something often judged better from a subjective point of view (the experience of the patient and the therapist). In order to try and gauge this from an objective standpoint, the rater should consider how carefully the therapist paid attention to what the patient was saying and how responsive the therapist was to questions or comments by the patient. Involvement may be indicated by the

‘manner’ or ‘form’ of the interaction as well as the actual content of any speech. Tone of voice and sensitive silence may indicate involvement as well as interest in the content being discussed. It is important to note that attention and responsivity are not about accuracy and the rater should be careful not to use any personal judgements about accuracy when rating this item.

Ratings for this item should not be based on frequency of therapist verbal response. The therapist may be paying attention to the patient but not frequently interjecting her/his comments. In such cases this item should receive high rating, despite the fact that the therapist was not verbally active.

The therapist also need not have an interesting style of communication in order to be involved. For instance, the therapist’s remarks could be reflective and low key and still evidence a high degree of involvement.

The rated is cautioned not to confuse detachment with lack of involvement. A level of distance or opacity is congruent with the treatment approach, this is different from their involvement.

Important distinction for Item #1 with item #5, Communication style.

The style of the therapist’s communication should not be considered in rating Involvement. An involved therapist may or may not have an interesting style of communication. Also, an uninvolved therapist may or may not have an interesting communication style.

2. Empathy

Was the therapist empathic toward the patient (i.e. did she/he convey an intimate understanding of and sensitivity to the patient’s experiences and feelings?)

1	2	3	4	5	6	7
No observed empathy		Some		Considerably		Extensively

Example:

Patient: I don't feel a lot at all now, I don't let myself to feel.

Therapist: I think that is right, you don't let yourself.

Patient: I don't let emotions out...to control me.

Therapist: yes.. Patient: I am an electric engineer by trade and that is control, control..

Therapist: Yes, and control of something that is controllable in a way that feeling isn't.
(Talking cure; Jan, BBC 1999)

Accurate empathy has been described by Rogers and Truax (1967) as the “ability of the therapist accurately and sensitively to understand experiences and feeling and their meaning to the patient during the moment-to-moment encounter of psychotherapy”. In many cases the therapist will not yet have an intimate understanding of the patient's experience. This item should still be rated highly if the therapist actively attempted to understand the patient's experiences and feelings. For this item, raters should be careful not to confuse accurate empathy (which may sometimes be difficult or painful) with sympathy.

To rate this item, the rater will need to rely to some degree on nonverbal therapists cues including tone of voice, expressiveness, etc. However, it is not correct to assume that the therapist is empathic merely because she/he is a therapist. This item is one on which it is particularly important for the rater to avoid giving ratings of greater than “1” as default values. The rater must be able to justify from the therapist's behaviour any rating on this item which is greater than “1”.

Examples:

This item should receive a rating of “1” if throughout the session the therapist:

- a. ignored or seemed uninterested in the patient's experiences and feelings
- b. was unable to and did not attempt to understand the patient's experiences and feelings

- c. devalued or dismissed the patient's experiences or feelings or the meaning that the patient attached to them.

This item should receive a **high** rating if throughout the session the therapist:

- a. attempted to recognise and validate the patient's experience with her/his thoughts or feelings. (The therapist may ultimately disagree with the patient's beliefs or interpretations of events yet still demonstrate empathy depending on how she/he voices her/his disagreements to the patient
- b. asked questions of the patient in order to understand the patient's experiences and feelings or their meaning to the patient (e.g. "You look very hurt right now. Tell me what that feels like... I know it's very painful").
- c. The therapist uses her/his observations of the patients material to show an empathic attunement with the meaning and affective content of what is happening in the session.

3. Acceptance

Did the therapist convey sensitivity to the patient's experiences and feelings, that is, were they receptive and open to the personal nature and character of the patient, their ongoing emotional experience and their experience of life, uncontaminated by the therapist's own expressed value judgements of the patient's behaviour or attitudes? This does not mean that the therapist accepts or agrees with all the patient's behaviours or feelings, but that the therapist respects and tries to gain understanding of them and the communication in them.

1	2	3	4 //	5	6	7
No observed acceptance . Value judgements evident		Some limits on acceptance. Value judgements implicit.		A lot of acceptance. Patient. Little evidence of value judgement		Conveying an understanding of the patient's experience was central. No value judgements.

In this form of therapy, it is the therapist's role to retain a neutrality to the patient and their material that allows the therapist to understand a deeper meaning to the material than might at first be obvious.

One example of this is where a patient might at times express themselves in a way that is self denigratory, or would not normally be socially acceptable, either in their physical presentation, in the way they speak to the therapist or of other people, or in terms of the experiences they feel and relate. It is the therapists job to understand the underlying meaning of such communications to the patient and not to interfere with this process by expressing or responding to their own personal opinions or value judgements. In the examples below, the 'accusation' of a feeling being childish, is not taken up by the therapist, who is able to simply register the human quality of the thought (neither good nor bad, childish nor sophisticated). In the second example it is possible to think about the strong smell that the patient brings to think both about his dependency and difficulty looking after himself in the face of an upcoming break and also about the way he keeps people at a distance. These would achieve high scores.

Low scores would be achieved if the therapist agreed with the patients version without trying to understand a further underlying meaning, or if the therapist in example 2, said about the smell without an understanding and recommended that the patient get additional help from his social and health support services to find a solution (e.g. by using a home help or some such).

Ratings may need to be based in part on his/her general impression from the tone of voice, general stance rather based rather than on the actual dialogue.

Example 1:

Patient: you reach a point where you've got to face yourself, and... you know you are acting childishly and stupidly about a lot of things....and I used to have a thought.....like... my mother and dad would get back together...and I still do..

Therapist: it is not a childish thought, it is a very human thought”...

Example 2:

Context:

The patient is a very depressed man who struggles to care for himself and consequently often smells very strongly because he does not wash. The patient has come to the session in a state of total gloom, unshaven, unwashed and heavily lugubrious, saying he thinks he should be readmitted to the Day Hospital. He is unreceptive to my pointing out to him the link between his wish to collapse and the forthcoming break. He develops a daydream of a beautiful isolated lonely beach in Scotland, where he can walk for miles and see no-one and just feel at peace. He says it is his birthday tomorrow, and his friend wants the two of them to go out for dinner, but he is afraid that the effort of washing and finding clean clothes will be too much for him.

Intervention:

The therapist says to him how important he feels it is that he should present himself to her as someone incapable of looking after himself. The dirty clothes, and his strong body smell are part of it. It also serves to keep people at a distance. The patient says: “I know” though then becomes somewhat angry with the therapist for the interpretation and wants a gavel to bang, like a judge. The therapist can show him how getting angry livens him up because he's not so caught up in managing his own rage. He agrees and goes on to describe vividly what his rage is like and how much he wants to smash things up. Having done so, he can describe feeling in a more cocoon like state where things are more flexible and more easily penetrable. Contact is more possible. The therapist can link this with an increased feeling of anxiety the patient has.

4. Collaboration

Did the therapist actively attempt to engage the patient in working together to understand the patient's current experience?

1	2	3	4	5	6	7
No observed collaboration		Therapist attempted to engage the patient...		Therapist engaged the patient to understand their current experience to some extent		Therapist very much engaged the patient to understand their current experience.

This item will be scored highly where the therapist uses the material just presented in the session, or re-referred to, to work with the patient to increase an understanding of the patient's experience. Therefore the therapist must do more than ask questions or clarify material. One way in which the engagement may be observed, (as in the example below), is the way in which the therapist works with the patient to accept feelings which are unacceptable or uncomfortable.

Higher scores will be given where the therapist attempts to draw the patient's attention specifically to some of the material or behaviours presented in the session and attempts to link this directly and think together about its possible meaning with the patient.

Lower scores will be given where the therapist attempts to draw the patient's attention in a more general way and does not make further or specific connections.

Example:

Therapist and patient are exploring the patient's feelings of confusion.

Therapist: but what I think happens sometimes is that when something is being said to you is a bit difficult, you go confused, that's what I meant when I talked about the mist, or we could call it a fog...you kind of retreat underneath a blanket of fog and you wrap up your head...so that the horrible thing that impinged on you just a moment ago can be made to go away...

Patient: I kind of dismiss it

Therapist: I don't think you dismiss it, no, but I think you kind of shut it out, you wish it would go away and you could retreat into your burrow once more...

Patient: You see, I am starting to get confused now.

Therapist: What I take from what you say is partly that when things start getting difficult for you, say in a session between us, it may be too much, maybe you feel you had enough at the moment... that... what you want is for me to take a straight forwardly sympathetic line, and I do feel sympathetic... but I don't want to say... don't be concerned, because what I feel is, it is right to be concerned and that is why you are here and that is why I am concerned and my way of doing something about that concern is to have the kind of conversation we have been having today, which isn't always comfortable... and which may be very tiring at first.

5. Communication style

To what extent does the therapist's style of communication draw on the patient's language and associative material (using language in accordance to the patient's manner of speaking)?

1	2	3	4	5	6	7
No observed use of patient's language		Draws on the patient's language or material to some extent		Draws on the patient's language or material quite a bit		Very much draws on the patient's language or material

In this model, the therapist should base her/his observations on material that comes up in the session and should not introduce ideas from outside – for example that relate to theory, others' experience, etc. This item is rated on the basis that the therapists interventions are derived from the ideas and material brought by the patient. The therapist should use the

patient's material and style of communication as a specific form of communication to inform them about the patient's state of mind and experience. The therapist should reflect this in part by using the patient's own form of words and references or by commenting on them, rather than introducing the therapist's own metaphors, etc. As with previous items the raters should base their judgements on the 'manner' and 'form' of the therapist's communications as well as the content.

High scores would be given where the therapist draws on the patient's own language and associations and links them to processes that are occurring within the session. In situations where the patient is silent the therapist may refer to the silence or the manner of it to try and connect with the process of the session (see also Exploratory Item No. 2)

Lower scores would be given where the therapist draws on the patient's material to some extent but not fully or adding some of their own illustrative material (for example through metaphor) that moves away from the content and form of the patient's material.

The example below is of a high scoring exchange.

Example 1 (high scoring):

The patient, an electric engineer. had been speaking about his need for control.

Therapist: It's quite a problem for you, isn't it?, because you in a way, you are kind of an internal electronic engineer....you don't know how to talk to me connected up with wherever the dynamo is".

Example 2 (high scoring):

The patient speaks of his envy of the well-connected and well-off and how he has a picture of himself as a man from a war-torn country, whose house has been blown up and whose wife and children are dead.

Intervention: The therapist links the blown-up house to the patient's own blown-up internal world, and the ensuing rubble to the state his mind is in. It is echoed in what he then describes of the state of his current flat. He says he would like to spend two days clearing it up, and refinding all the lost things (lost objects) that are buried in there somewhere – for

example, his passport. The therapist takes this to be symbolic of a him that has an identity and is capable of going places.

6. Clarification

Does the therapist encourage the patient to clarify material that is being discussed?

1	2	3	4	5	6	7
No observed attention to to the patient's unclear communication.		Draws attention to the patient's unclear comm.-unication.		Draws attention to the patient's unclear comm.-unication.		Very much draws attention to unclear comm.-unication.

NB This item is not about interpreting or deepening meaning. This item is intended to address when the therapist tries to clarify the meaning of something said by the patient. This may happen in simple or more complex ways. For example, the patient may be muddled in how they describe something to the therapist; they may speak indistinctly; there may be over-generalisation. The therapist uses a clarifying question or statement to point this out by bringing it to the patient's attention. Sometimes this can be very simple (as in Example 1) whereas at other times, the clarification may also make a more complex intervention, for example, using clarification as a way of getting in touch with feelings that are being avoided. In either instance the aim of the intervention is to develop understanding and awareness of what is being spoken of.

A high score would be given when the therapist brings the generalisation or abstraction to the patients attention either by commenting on the process or by pressing them to clarify something. In doing so, the patient's attempts to consciously or unconsciously avoid thinking about something are made clearer and development can occur.

Mid range and lower scores would be given where the therapist does comment on the lack of clarity, or vagueness or abstraction or where they seek specific clarification of

something the patient has said.

Example 1: Simple

Patient:

The patient is speaking about someone called John, implying that there is a shared knowledge of this person.

Therapist:

Who is John?

Example 2: Complex. Would also be rated on item

In this example, the patient was explaining in very general terms a car crash in which he was involved, however passing over any details which might lead to an awareness of his responsibility.

Patient: I was 21, someone died in the crash, this has caused me to think about everything in my life. I've been through so many different thoughts trying to find the reason, not for why it happened but for the way of dealing with it. I kind of lost myself on the way...

Therapist: what actually happened?

Patient: It was a Friday night, I was at my girlfriend's. I left to go out to where I was living with some other friends. I was going over the speed limit ... (*ambiguous*)

Therapist: how much?

Patient: I can't say,

Therapist: but a lot ...

Patient: quite a bit, yeah... I can even remember what type of music I was listening to ... the last thing I can remember before the crash, a car coming out and I ... "don't pull out".

7. Orientation (a form of reassurance)

If the therapist explained, encouraged or said practical things to the patient, did he/she

use it sparingly, to restore the patient’s sense of orientation, or balance, by reminding them of the therapist as a person who is capable of knowing what is going on?

1	2	3	4	5	6	7
No observed use of orientation		Little use of orientation		Some use of orientation		Uses orientation

Inappropriate use of reassurance can sometimes work against the patient’s interests. Insensitivity to the patient’s anxiety, for example, by not offering some reassurance or understanding, can clearly leave patient’s feeling worse and, on occasion, misunderstood. However, too much use of reassurance can be equally problematic. Being able to tolerate a degree of uncertainty and anxiety can be very important for the patient in finding new understandings and recognising the nature of their experiences.

High scores are given where reassurance is used sparingly to communicate to the patient that the therapist is aware of the impact of the work on them and to provide a degree of orientation for the patient so that the work progresses.

Moderate scores would be given where the therapist provides more reassurance to the patient than may be necessary or alternatively appears to withhold some recognition of the level of distress the patient experiences but does manage to keep a therapeutic stance and working capacity with the patient.

Low scores would be given, where the therapist is provides reassurance in a way that interferes with the process of the patient’s own thinking and development to draw on their own resources. For example, this may be too quick or too frequent. At the other extreme, significant insensitivity to the patient’s experience and levels of distress can also yield a low score on this item.

Example:

Patient: A lot of people have the ability to deal with life, I don’t.

Therapist: This is relative, sometimes you are able to and sometimes you are not. Just

like sometimes you can attend to your clothes and appearance and look after yourself physically and sometimes not.

After a few more interchanges in which the patient tries to undermine his capacity to look after himself sometimes, the therapist links her previous reassurance with an interpretation that orients the patient to the importance of meaning of his communication and to the specific meaning today.

Therapist: It is easy for you to empty things from me of meaning. The fact that you came with clean clothes means something. You have to allow it to be valuable.

Setting Items

8. External setting and attention to boundaries (to be included in General Items scoring)

Does the therapist protect the integrity and maintenance of the setting?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

The therapist should work to ensure consistency and continuity in the setting and to give the patient adequate notice of changes or ruptures to the setting. For example, the therapist should start and finish on time. There should be continuity in terms of room and timing and the manner in which they greet the patient and end sessions. They should try to ensure that interruptions such as knocks on the door and telephone calls do not occur during the session. They should give adequate notice of holiday dates and where changes to session times are unavoidable, should give good notice of these.

Low scores would be given where these and similar care of the setting is not taken. Evidence for this is likely to occur during the session, brought to attention by actual interruptions or remarks of the patient or therapist.

Moderate scores may be given where unintended interruptions occur but where these are

handled appropriately. For example, if the telephone sounds, a low rating would be given if the therapist answers the telephone, but a moderate rating if the therapist acknowledges the interruption but does not answer the phone.

Paradoxically, where the therapist looks after and maintains the setting appropriately, there are likely to be few interruptions or factors that suggest a high rating. High scores may therefore be given for the *absence* of interfering events. The only references to events may be notice of holidays etc.

9. Internal Setting and attention to boundaries - Stance (to be included in Exploratory Items scoring)

Is the therapist able to convey the somewhat paradoxical stance of both being emotionally attuned to the patient at the same time as being a (neutral) observer to the whole process?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some capacity to convey this		A lot of capacity to convey this		Very much able to convey this

In this situation, the therapist maintains boundaries and the integrity of the therapeutic encounter by their stance and attitude to the patient. This is conveyed as described above by a stance that draws both on involvement and interest in the patient and their material as well as a neutrality or objectivity.

High scores would be given where the therapist conveys involvement with the patient, but does not get drawn into expressing their own personal emotions.

Low scores would be given where the therapist, even if emotionally well attuned to the patient, freely makes clear their own mood or state of mind or where they infringe the boundaries by speaking about themselves in a personal way or about their own interests or

needs. Low scores would also be given where the therapist maintains his neutrality but is not emotionally attuned to the patient, appearing therefore as uninterested or even hostile.

Example:

The patient came saying that she did not want to come, she didn't like psychotherapy, nor saw the point of the treatment.

Therapist: You don't want to do it because it makes you feel uncomfortable... it makes you feel vulnerable... I think you try to find a way of convincing yourself that you don't want to do it... what comes difficult to look at is what in this might make sense to you,... even if is uncomfortable.

Silence

Therapist: I think that you could see the meaning to it, you could make sense of it when you were not very involved... because then it did not pose a threat... I think the problem is that you are a bit more involved and that is why you have to subject it to this sort of attacks.

Psychoanalytic Items:

Exploratory:

10. Early experience

Is the therapist sensitive to the impact upon the patient's functioning of the deprivations, injuries and pains in early object relations or later life?

1	2	3	4 //	5	6	7
No observed sensitivity or responsiveness to material		Therapist is rarely sensitive or responsive		Quite responsive and sensitive to		Very responsive and sensitive to material in this area

		e to material		material in this area		
--	--	------------------	--	-----------------------------	--	--

Although the primary focus of this kind of therapy is on the ‘here and now’, including the relationship with their therapist, etc. the roots for much of the patient’s distress will lie in their experience of their early years. This item allows for the therapists interest and sensitivity to that experience, in particular the experience of deprivations, loss etc with key care figures.

In order to score the highest score on this item, the therapist should meet the criteria for a 5-6 and in addition, be able to link their understanding with the material in the session.

In order to gain a higher score (e.g. 5-6), the therapist does not have to ‘agree’ with the version of events that the patient presents, however, they should be responsive to acknowledging what the patient’s experience was and to thinking with the patient about the impact and meaning of their experience.

Lower scores would be given when the therapist does not acknowledge the impact of early experiences or, where they do acknowledge them, they do not link with feelings or do not attempt to think with the patient about the impact and meaning of it.

Example.

Context: Mr EF, and his twin brother had been the youngest of several boys in a family where both parents were feckless. In grossly inappropriate ways they expected the young boys to care for themselves and the parents. An idea of the effect of this may be gained from the fact that in his adult life Mr EF had to actively remind himself to eat as he experienced no appetite himself, only worries that he should be feeding others.

Both boys were either homosexual or bisexual in sexual orientation. The patient's twin behaved self-destructively, frequently having unprotected sex, and eventually contracting AIDS from which he died. After his brother's death Mr EF had a serious depressive reaction which included a kind of blank hopelessness, and he too began to drink more and dope himself more. He could not visit his brother's grave because he felt that he would feel himself to be dead too, and that he would fuse with his brother in the grave. After a while he began to

recover partially but he remained blank to his own interests, careless of himself, and a mental deadness continued to operate at a personal level.

Example of an intervention (An early session):

The therapist drew attention to the presence of this unalleviated blankness linked with the patient's early experience remaining behind after the patient's occasional efforts to offer himself good experiences (a brief holiday, for instance). The patient recognised the observation and contact with the therapist consequently increased. He became more genuinely animated as without prompting he began to speak of his frustration with his mother. She never rings him up. She did ring before Xmas (this was mid-Feb.) to ask him to send some money. He felt he should, but he resents it, and he hasn't. She hasn't rung since. It was evident that the patient feels caught on the horns of a dilemma. If he gives in and phones her he will only speak with a mother who cannot appreciate his needs but is concerned with her own. A similar scenario exists if he does send her money. If he does not phone or send money then all he has is a siege with his mother who cannot or will not respond to his situation. It is in the face of this dilemma, which he cannot resolve, that he becomes emotionally blank. All the while his despair accumulates because he cannot have the relationship with a caring mother which he rightly feels that he needs very much.

Example of an intervention (a later session): The therapist verbalised the patient's dilemma about facing the nature of his mother as a woman who is preoccupied with what she wants, and who does not look after him, and its contribution to his blank anger (his self-neglect arose out of this angry state). If he does recognise it, the pain of the loss sharpens, whilst if he does not, he is left with a fruitless, angry siege. The patient appeared to appreciate the therapist's understanding of his feelings in relation to his mother quite as much as the content of the explanation. He was explicit about his appreciation of this type of attention.

Deepening meaning:

This section includes; exploration, links and patterns, defence mechanisms, interpretation, transference and counter-transference.

Exploration

11. Silence

Does the therapist treat the patient's silence during the session as a form of communication?

1	2	3	4	5	6	7
No silence observed		Silence allowed to some extent		A lot		Very much so

In normal social discourse, silences tend to be broken quickly and a regular turn taking occurs. This is also common in other forms of therapy such as CBT. However, these expectations do not form part of the psychoanalytic psychotherapy process and time for reflection, free association, etc. are prioritised. In psychoanalytic psychotherapies we would expect silences lasting longer than those in normal social discourse to be found in the sessions in order for the patient and therapist to give space and thought to the underlying communication in the patient's material and questions. The therapist will tolerate silences which may feel somewhat uncomfortable in conventional social terms and/or will comment on or interpret the silence.

Higher scores will be given where the therapist allows the following activity: time to elapse before responding; allowing the patient to break the silence; when they draw the patient's attention to the silence or to the fact that the patient does not break or interrupt silences; and when the therapist interprets the meaning of the silence.

Lower scores would be given where the therapist typically interrupts silences or where s/he allows them to some degree, but not consistently, and does not attempt to understand the meaning of the silence.

12. Early material

Does the therapist take up the material brought by the patient at the beginning of the session later on if the patient passes over it.

1	2	3	4	5	6	7
No observed links to earlier session material		Some vague link to earlier session material		A more clear links to earlier session material		Very clear link to earlier session material

A patient's first comments on entering the room are sometimes passed over in other forms of treatment as 'social fillers' or things for 'breaking the ice'. In psycho-analytic psychotherapy, they are often seen as conveying meaning of which the patient is unaware and the therapist may therefore draw attention to them. Noticing these comments can be difficult for raters as well as patients as these kind of comments are very common in social discourse and often not fully attended to. It may help the rater to make a brief note of the first things said by the patient as a prompt.

Having said this the therapist will often make a comment that reminds the patient (and the rater) that the material was brought early on. Sometimes the therapist will simply repeat a portion of the material without explicitly saying that it comes from the beginning of the session. More rarely (generally in later sessions where certain understandings and shared awareness are taken more for granted as the patient and therapist know the nature of the work better) a more oblique reference to the material will be made but the context will become clearer as the patient responds and the material is developed.

High scores will be given when the therapist relates the patients current material or activity to what the patient has said earlier in the session or at the beginning of the session, i.e. there is a specificity of intervention.

Moderate scores will be given where attention is paid but a more generic or less precise link is made.

Low scores will be given where no links or connections are made with earlier material

in the session.

Example 1. – high scoring:

Context:

At entering the room, the patient commented on the therapist's combination of tie and shirt (implying that they did not go together). After some interchanges, the patient started speaking about several current events in her life where the common thread was a feeling of not getting what she needed, a mismatch between her perceived needs and what she was getting.

Intervention:

The therapist linked it with the initial comment regarding his tie and shirt and wondered whether the patient was also feeling that he, the therapist, was not really understanding her, whether she was experiencing a 'mismatch' with him.

Example 2. – moderate scoring:

Context:

At entering the room, the patient commented on the therapist's combination of tie and shirt (implying that they did not go together). After some interchanges, the patient started speaking about several current events in her life where the common thread was a feeling of not getting what she needed, a mismatch between her perceived needs and what she was getting.

Intervention:

The therapist links the common thread of mismatch between her perceived needs and her experience in therapy. That is, the link between the patient's comment and the therapy is done in a very general way.

Example 3. – No observed links

Context:

At entering the room, the patient commented on the therapist's combination of tie and shirt (implying that they did not go together). After some interchanges, the patient started speaking about several current events in her life where the common thread was a feeling of not getting what she needed, a mismatch between her perceived needs and what she was getting.

Intervention:

The therapist does not make an attempt to link this material.

13. Deepening understanding

Does the therapist reflect upon the patient's material and engage with the details of the exchange, working to understand/deepen the understanding of it?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		To some extent		A lot		Very much so

Although the activity of psychotherapy is sometimes understood in terms of the speech turns taken by therapist and patient: For example the therapists immediate comment, reaction or interpretation to a comment made by the patient, in fact the activity of a therapy is often built in layers over the course of time during the session (and sometimes over a number of sessions).

This item allows for the therapist developing their interpretation or intervention over two or three speech episodes which may take place at different points in the session.

High scores would be given, when the therapist builds on what s/he and the patient have previously thought about in the session or where the therapist develops their interpretation to become more specific and focused or to be a more complex idea or intervention.

Moderate and lower scores would be given where the therapist simply repeats a somewhat general interpretation to the patient making a passing reference to what has gone

before but not building on the interpretation.

Low scores would be given where no observed links are made with earlier interpretations or discussion.

Example (high scoring):

The patient had cancelled the previous session due to childcare problems during her children's half-term. She is describing what an awful week she had. She is surprised at her feelings of rage as she had been feeling better in previous weeks and she attributes the anger to hormonal imbalance and menstrual tension.

Therapist: it is also noticeable,...this change in your mind, ...it happens in a time when you can't come to your session. I wonder whether one can lose the importance of having lost the support of the school and the session.

A little later:

Therapist: I am also wondering...you started to get help here and at school...it made an impact on you... I think that you felt like you had lost your supports but perhaps these things started to happen quickly...perhaps at the expense of a very anxious part of you..”

Example (medium scoring):

The patient had cancelled the previous session due to childcare problems during her children's half-term. She is describing what an awful week she had. She is surprised at her feelings of rage as she had been feeling better in previous weeks and she attributes the anger to hormonal imbalance and menstrual tension.

Therapist: it is also noticeable,...this change in your mind, ...it happens in a time when you can't come to your session. I wonder whether one can lose the importance of having lost the support of the school and the session.

A little later:

Therapist: As well as feeling pre-menstrual you felt the loss of your session.

Example (lower scoring):

The patient had cancelled the previous session due to childcare problems during her children's half-term. She is describing what an awful week she had. She is surprised at her feelings of rage as she had been feeling better in previous weeks and she attributes the anger to hormonal imbalance and menstrual tension.

Therapist: it is also noticeable,...this change in your mind, ...it happens in a time when you can't come to your session. I wonder whether one can lose the importance of having lost the support of the school and the session.

A little later:

Therapist: Feeling pre-menstrual has certainly been difficult for you this week.

14. Incongruence of affect and speech.

When the content of the patient's material is

a)not congruent with the emotion displayed by him/her, or

b)when is discordant with previous material presented by him/ her,

does the therapist try to draw the patient's attention to this and help the patient connect with the underlying emotion?

1	2	3	4	5	6	7
No observed attempt to look at disparity of affect/content or content/content		Small attempt made to look at the disparity		Some attempt made to look at the disparity		Considerable attempt made to look at the disparity

On some occasions a patient may display a disparity between what they say and what appears to be their affective state; or what they say at this point of the session and previously (either in the same session or in previous one). This may be for a number of reasons, for example to protect themselves from painful feelings or to protect themselves from thinking or knowing something difficult or uncomfortable, or to attack their own abilities or mental capacities.

An example of incongruent affect and speech:, the patient may appear to have appropriate affect, but expressing verbally quite different thoughts.. Conversely they may be ‘saying the right things’ in terms of the emotional state that might be expected, but with a very dry, affectless, perhaps manic (i.e. incongruent) emotional state. The therapists manner of drawing the patient’s attention to this may happen in very diverse ways depending on the patient, the context, etc. Some examples of this diversity are suggested in the examples below.

High scores would be given where the therapist notes the incongruity and works with the patient to give some meaning to this:

Example 1:

Context:

The patient had told his therapist how he had got a promotion at work from his boss, he sounded very “matter of fact”.

Therapist: You sound matter of fact when you relate that story to me even though you have been wanting it for some time. I think it shows how you shut yourself off from any

pleasure in your own capacities.

Example 2:

Context:

The patient had told his therapist how he had got a promotion at work from his boss, he sounded very “matter of fact”.

Therapist: You sound matter of fact when you relate that story to me even though you have been wanting it for some time. It seems hard to allow yourself to know what you feel about the promotion now you have finally got it.

Example 3:

Context:

The patient had told his therapist how he had got a promotion at work from his boss, he sounded very “matter of fact”.

Therapist: You sound matter of fact when you relate that story to me even though you have been wanting it for some time. I wonder if you want to protect yourself from the fact that the other people in the office are going to be upset or angry that you got the promotion over them.

Example 4:

Context:

The patient had told his therapist how he had got a promotion at work from his boss, he sounded very “matter of fact”.

Therapist: You sound matter of fact when you relate that story to me even though you

have been wanting it for some time. I think you may feel a bit frightened of what this will mean for you.

Moderate scores would be given where the therapist makes a reference to the incongruity but does not offer an understanding of it.

Examples 1:

Context:

The patient had told his therapist how he had got a promotion at work from his boss, he sounded very “matter of fact”.

Therapist: You sound matter of fact when you relate that story to me even though you have been wanting it for some time.

Low scores and not observed:

In these circumstances it is important to note the difference between the non-applicability of the item (that is, there is no important incongruity) and a circumstance where the rater thinks there is an incongruity. For the former, the N/A response on the left of the score sheet should be used. For the latter, the lower ratings should be used but the rater should also note down in detail what they think is being missed by the therapist with time markers and examples of the patients dialogue/manner.

15. Unacceptable feelings

Does the therapist draw attention to feelings which appear to be unacceptable to the patient where these are not immediately obvious to the patient? Compare with previous item.

1	2	3	4	5	6	7
Not observed	Very little	Some		A lot		Very much

Sometimes patients keep unacceptable feelings out of conscious awareness. This may be because they are uncomfortable or unpalatable or when they draw attention to a conflict that is painful for the patient. Often this process of denial leads to more problems than facing the difficulty. This item addresses the way the therapist draws the patient's attention to this process.

High scores will be given when this is done, linked to the material that the patient brings to the session in a way that appears to in fact provide some relief.

Moderate scores will be given where a link is made but it is not grounded in the patient's experience with the therapist or in actual material discussed in the session.

Low scores and not observed:

As with the previous item, it is important to note the difference between the non-applicability of the item (that is, there is no suggestion of unacceptable feelings) and a circumstance where the rater thinks there are unacceptable feelings which are not commented upon. For the former, the N/A response on the left of the score sheet should be used. For the latter, the lower ratings should be used but the rater should also note down in detail what they think is being missed by the therapist with time markers and examples of the patient's dialogue/manner.

Example 1:

Patient came to the session tired and with a hangover from the previous night Christmas party at work; it was going to be their last session before the break. Therapist had made a comment regarding how by being tired and with a hangover might be a way of ensuring that not much would happen during the session. The patient had reacted by denying it and by saying that she felt the therapist could be drawing links between any two events.

Patient: I don't care you know, if it is supposed to be bloody 18 months of this and I only have a Christmas party a year, then I don't care...It's like...the people that I work with (mentions the people with whom she works and sees most regularly)...so last night was more important to me than today...and that's why (carries on emphasising the Christmas party being more important).

Therapist: I was saying something more complicated than that which was... the fact

that you get here, even with the hangover, in good time suggests something different (silence) ... I wonder whether you have to rubbish me in what I say so quickly and comprehensively because I dare to suggest that may be there is something slightly,... warmer feelings about coming here, or more investment in coming here despite the hangover and so on. It's a little bit as if you come here not as a teddy bear but as a crocodile, even if it is a cuddly crocodile, ...you can't bear to have any good feelings in you recognised, noticed, you feel much more comfortable, I think, with the more hostile feelings that you are with the opposite...

Patient: prickly, that is the word people normally uses, my dad said it to me lots of time.

Interpretation

16. Direct questions

If the patient asks direct questions, does the therapist respond to them in a way that addresses the possible anxiety underlying the question?

1	2	3	4	5	6	7
No observed attempt to understand possible underlying anxiety		Some		A lot		Very much

Questions are rarely a simple and straightforward request for information. More often there is another thought or concern that prompts the asking of a question. This can be somewhat obscured by the actual question and answering the question would miss the opportunity to think about the other issue. In this way, patients sometimes use questions to deflect attention away from an area of concern for them because of the pain, anxiety, discomfort, challenge it might bring about. Bearing this in mind, if a patient asks a question, the therapist should be attentive to what else may be being communicated to them.

Higher scores will be given where the therapist uses their awareness of the situation to speak to the patient about what else is being communicated and takes this up in a sensitive and thoughtful way with the patient.

Example – high score:

at the end of an assessment session the therapist asked the patient whether there was anything he would like to ask the therapist.

Patient (smiling): how long have you been doing it?

Therapist: about your situation! You see, I think you did something interesting then, which is begin a little bit of a chat up line...it's sort of comes easily to you and is a way you can use to deal with difficult situations.

Moderate scores might be given where the therapist answers the question but asks if something else is being thought, or where they turn the question back to the patient in a somewhat clumsy or general way.

Example – moderate score:

at the end of an assessment session the therapist asked the patient whether there was anything he would like to ask the therapist.

Patient (smiling): how long have you been doing it?

Therapist: I wonder what prompts the questions, perhaps you have another thought that makes you ask this?

Low scores would be given where the therapist simply answers the question with direct or explanatory answers and without paying attention to what else may be communicated by the patient.

Example – low score:

at the end of an assessment session the therapist asked the patient whether there was anything he would like to ask the therapist.

Patient (smiling): how long have you been doing it?

Therapist: About 15 years. I trained at X institute and have worked in several places since then.

Linking/Patterns

17. Linking – non transference

Does the therapist make a direct link between the patient’s material and a key, non-transference relationship or experience. Raters should indicate which of the sub types (a – e) fits the example. Raters might find it helpful to compare this item with the links made in transference items.

1	2	3	4	5	6	7
No observed link		Some		A lot		Very much

Examples might include:

- a. Linking experiences in the past with those in the present

Example: *Linking the patient’s feelings of devastation after breaking up from a short-term relationship (the patient himself was very puzzled by it) with the patient’s feelings at the age of 8, when his mother died.*

- b. Linking affective states (conscious or unconscious) with experiences or thoughts

Example:

Context:

Ms B had a terrifyingly real dream in which her dead father was alive, holding on to her

with a strong grip which he hadn't possessed in his last illness. He was professing he was not in fear of death but she knew that he was. In life too she had been aware of his being frightened of dying in his last weeks. Strangely, after this dream she felt that something had subtly altered in her grief. She didn't feel recovered but she did feel that some corner had been turned.

Intervention:

The therapist drew attention to this change and connected it with her choosing to have her own life and not to go down with her father out of loyalty.

- c. Linking comments in the session with a particular pre-occupation/concern of the patient.

Example:

The patient had been a victim of ongoing childhood sexual abuse by her father. The abuse took always place on a specific day of the week. During the session she was preoccupied by how she seemed to always reach 'crisis point', somehow feeling that there was no action she could take to avoid it. She was speaking of how they were going to cut her electricity and gas for lack of payment, how she had not paid attention to it until the day of the session. She had received all these letters, had not done anything about it, her puzzlement at her own passivity...

The therapist linked it with her childhood experience, when she 'knew' what was going to happen, but was unable to avoid it, feeling helpless and hopeless. There was a clear relief when this connection was made.

- d. Linking changes in understanding (things the patient was previously unaware of) with changes in functioning or symptoms

Example 1:

The therapist reflected on how the patient's awareness and ownership of his feelings of anger – which had previously been denied- had brought about a lifting of his depressive state.

- e. Linking particular anxieties/defences with relationships with family/others (not therapist).

Example:

Context:

The patient reported how, for no apparent reason, he had stopped 'feeling in love with his girlfriend'. He was aware of this being a pattern in his relationships, at some point he always stopped 'feeling'.

Intervention:

The therapist reflected on how he seemed to 'stop feeling' at the point of starting to be more involved and committed, thus the therapist linked it with the patient's fear of being abandoned/rejected and on how, by 'stopping feeling', the patient was defending against these painful feelings.

High scores will be given where the therapist clearly draws on the patient's session material to make an explicit link within one of the sub areas defined above.

Moderate to lower scores will be given where the therapist makes a more general reference to the link between what the patient has been speaking about and one of the subareas defined above without drawing an explicit connection or clarifying the relevance of is being discussed.

Transference

These items examine whether the therapist is observant to the transference, that is to subtle re-enactments of key object relationships. Does the therapist then use these observations to formulate interpretations?

18. Transference – therapist/patient relationship

Does the therapist develop and work with the material provided by the therapist/patient relationship? This may be in a more general way or more specifically, the therapist may take

up a communication the patient makes by directly understanding it as a communication about the therapeutic relationship?

1	2	3	4	5	6	7
No observed linking		Some		A lot		Very much

It will be helpful for raters to compare the transference items with the non-transference based linking in item17.

High scores will be given where the therapist clearly draws on the patient’s session material to make an explicit link with the relationship between patient and therapist or the patient’s experience of the therapist in such a way that the therapist is able to develop and work with the material in the session.

Example of high score:

The patient starts up the session by saying that the week she had felt awful after the session.

Therapist: What do you think it was about the session?.

Patient: Now I can’t even remember.

Silence

Patient: you saying something about me needing to read something analytically rather than engaging emotionally

Therapist: did you hear what I said as a criticism, last week?

Patient: no, I heard it and it made something happen but I didn’t feel criticised

Therapist: ‘it made something happen’ ...emotionally?...was it that you felt that it got closer to you?

Patient: I don’t remember what I felt either, it was more...you knew something that I knew ...but I didn’t want to spell it out

Therapist: I think you find it terribly disturbing when you come here and you find that we communicate in this way and spell out things that you don't want to hear.

Patient: I hate it, I really hate it.

The therapist and patient continue exploring this theme. The therapist is then able to note:

Therapist: the disturbance seems to be about being close to people, ...to me...

Moderate and lower scores will be given where the therapist makes a more general reference to the link between what the patient has been speaking about and the therapeutic relationship or the patient's experience of the therapist. However the therapist does not explore it or interpret it in any specificity.

Example of moderate score:

The patient starts up the session by saying that the week she had felt awful after the session.

Therapist: What do you think it was about the session?

Patient: Now I can't even remember.

Silence

Patient: you saying something about me needing to read something analytically rather than engaging emotionally

Therapist: it seems that something in what I said made an impact on you.

Patient: Yes, I sometimes wonder whether I am too sensitive

Therapist: I wonder whether this is a familiar experience to you

Patient: yes, it has happened to me before with friends, they think I am too sensitive

Lowest scores are given where there are no observed attempts at linking made by the therapist.

Further Example of high scoring exchange: From Clarkin et al, 1999 p.87

Context: The patient had called the therapist's office and the secretary had asked her whether she could call later, because she was very busy at that moment. At the session the patient was demanding the therapist to fire this secretary and if he didn't, she, the patient, would not be able to continue the therapy. On previous occasions the patient had accused the therapist of being negligent, a monster who did not care whether she was dead or alive.

Therapist: ...we both agree on what my secretary said, but you are using that to defend a view of me that seems to come from elsewhere, and that's what we should be looking at and trying to understand right now... in an interesting way, you seem more relaxed when you are accusing me of being a monster. This is in contrast to how awkward you seemed in the last session when I could accommodate the schedule changes you requested. For some reason, we have yet to understand, you seem more comfortable when you feel you are dealing with a clear-cut monster whom you mistrust at every step than if you are dealing with someone who might be nice to you. It seems as if you feel you know the "terrain" when you see me as a monster. You may not be happy with that, but you don't seem to be anxious with that. Your deeply held belief that I am here to use or exploit you rather than help you may explain this. If I appear nice, it may not fit into your expectations, and you may experience it as a set up for later mistreatments. Or it could be that if I am nice to you, you feel guilty because of the rage and mistreatment you have directed towards me.

19. Transference – past relationships and therapeutic relationship

Does the therapist establish links in the relationship between the patient's past life/relationships and the therapeutic relationship? *Or* Does the therapist link a recurrent pattern of behaviour or interpersonal conflict to transactions between the patient and therapist?

1	2	3	4	5	6	7
No observed linking		Some		A lot		Very much

High scores will be given where the therapist clearly draws on the patient's experience in the patient's past relationships to make an explicit link with the relationship between patient and therapist or the patient's experience of the therapist in such a way that therapist is able to develop and work with the material in the session.

Example of high score:

Example:

The patient tends to be silent for long periods of sessions. She tends to express that she has nothing to say. This is session 29. The patient has made comments in previous sessions and in the present one regarding how hard it is and has always been to talk to her parents about anything, how she did and does not feel listened to, dismissed.. She has also brought her feelings towards a friend who speaks a lot.

Patient: She pisses me off, just complaining and whingeing.

The patient is silent again.

Therapist: The thought seems to be that if someone talks... the person who listens either ignores them or judges them very harshly, as whingeing, rather than trying to be kind ... to talk about what is going on... neither of those options seem to be helpful. I think that is what you've got in your head, that if you talk the reception is either to be ignored or judged with contempt or dismissed...not surprisingly is so difficult... and you are very puzzled about what I do when I listen to you... any faith at all about my being different from your parents..

Moderate and lower scores will be given where the therapist makes a more general reference to the link between what the patient brings about past relationships and the therapeutic relationship or the patient's experience of the therapist. However the therapist does not explore it or interpret it in any specificity.

Example of a moderate score:

The patient tends to be silent for long periods of sessions. She tends to express that she has nothing to say. This is session 29. The patient has made comments in previous sessions and in the present one regarding how hard is and has always been to talk to her parents about anything, how she did and does not feel listened to, dismissed.. She has also brought her feelings towards a friend who speaks a lot.

Patient: She pisses me off, just complaining and winging.

The patient is silent again.

Therapist: The thought seems to be that if someone talks... the person who listens either ignores them or judges them very harshly, as whingeing, rather than trying to be kind ... to talk about what is going on... neither of those options seem to be helpful. I think that is what you've got in your head, that if you talk, the reception will either to be ignored or judged with contempt or dismissed... it is not surprising it is so difficult

Lowest scores are given where there are no observed attempts at linking made by the therapist.

20. Transference – current relationships and therapeutic relationship

Does the therapist establish links in the relationship between the patient's current life/relationships and the therapeutic relationship?

1	2	3	4	5	6	7
No observed linking		Some		A lot		Very much

High scores will be given where the therapist clearly draws on the patient's discussion of their current relationships and life to make an explicit link with the relationship between patient and therapist or the patient's experience of the therapist in such a way that therapist is able to develop and work with the material in the session.

Example:

Patient: I actually know people who I am slightly envious of, who never, ever seem to

have any problems at all, ... if they have problems they can laugh them off, they are what you...so they've been blessed in a way.

Therapist: you mean the Hello people.

Patient: who the hell are the hello people?

Therapist: the magazine you were looking downstairs

Patient: Oh! No, nothing like that. Ordinary people who have gone through their lives without ... you know... the 'what should I do, I'm so worried' ... they don't have that, somehow everything bolts together and they get married and they have children and everything is calm... because,... I don't know what it is that this thing is... may be comes downs to happiness or something like that

Therapist: And then you get envious

Patient: I'm slightly envious because I don't know what this thing is, you know, may be it is...

Therapist: ... And you have the horrible suspicion that I might be one of these people,

Patient: what?

Therapist: One of these people.

Patient: I don't know.

Therapist: But do you think you have the horrible feeling that "may be *she* is one of them".

Patient: I don't know, because I don't know you, I don't know your circumstances

Therapist: But we are talking about something very difficult, aren't we?, which is called envy.

Patient: well, I used the word envy very slightly, because I don't like to be envious. ... I don't expect to step in here, to sit down and suddenly you say 'Oh Mr Smith I can't do this today, I've just split up with my husband and something terrible has happened and I am not up to it'. ...I don't expect that at all, although things like that can happen to anyone and how they react is how they react.

Therapist: But what you can see is that I've got... I am somebody who has got a nice

room with geraniums in it, and paintings in it, I know you like paintings, ... and books and I seem to be able to do my job. This is something that you would like to be able to do, not this job, but a job with a nice room and ...

Patient: I think I am very far away from that...

Therapist: These are very disturbing thoughts, I think

Patient: it helps me to be with people I know, who also suffer from depression

Therapist: Because those are people who you don't have to envy... your fellow sufferers.

Moderate and lower scores will be given where the therapist makes a more general reference to the link between what the patient brings about past relationships and the therapeutic relationship or the patient's experience of the therapist. However the therapist does not explore it or interpret it in any specificity.

Lowest scores are given where there are no observed attempts at linking made by the therapist.

21. Transference – anxiety/defence, hidden feelings

As well as transference experiences explicitly relating to other key relationships or to the self, the patient may also relate to the therapist in ways that demonstrate unconscious anxieties about the relationship with the therapist. These could be particular experiences of the therapist in the session; they might be wishes towards the therapist; or other expectations of the therapist. For example, there may be anxiety that the therapist is encouraging the patient to be dependent. The patient may worry that the therapist is meeting their own needs in the treatment rather than the patients. The patient may defend themselves against their need for the therapist. In this item we are looking to see if there are any exchanges in which the therapist addresses the possible anxiety/defence and/or hidden feeling in the relationship with the therapist.

1	2	3	4	5	6	7
No observed		Some		A lot		Very much

Example:

The patient is speaking about her negative feelings towards the therapy.

Therapist: I think you are saying that the therapy is showing you how you shy away from everyone . That may be true, but it might true that you have started to realise that you have a serious problem with intimacy... and you hate me for being a part of your realising that.

Silence

Patient: I'm not going to speak with you. I've told a friend... I have never liked talking to women

Therapist: because I'm a woman or because I'm a psychotherapist..

Patient: No, because you are a woman

Therapist: So, you think I have some interest of my own, my own need to, to focus on your mother... that I'm burdening you with this to my own ends

Patient: ... no, we always talk about my mother and not about my father, and that's it...

Silence

Therapist: I think there is an accusation in what you are saying... I think the accusation

...

(the patient interrupts)

Patient: you are really annoying me now

Therapist: well, but this is because I always take you to the point of maximum pain, you feel and I think that is your father, actually. Your father is the annoyance, the infuriation, but your mother is the pain.

Silence

Therapist: ... and you clearly feel that I'm doing something very cruel..

High scores would be given where the therapist explicitly draws the patient's attention to anxieties or defences (attempts to protect the self from uncomfortable feelings) that are expressed through the relationship with the therapist/therapy.

Moderate and lower scores would be given where the therapist makes a general reference to these processes but does not explore in more detail the specificity of what is taking place in the therapy or with the therapist.

Counter-transference

22. Counter-Transference. Use of *feelings* toward the patient

Does the therapist attend to and monitor the effect the patient is having on him/her and use it to clarify communications or deepen the therapeutic process? Scoring this item will normally be dependent on the therapist referring to their own feelings or experience in relation to the patient. Compare with item 23.

1	2	3	4	5	6	7
Not Observed		Some		A lot		Very much

This is a difficult item to rate for adherence as the therapist is using their own experience in the session to enable them to know something of what might be being projected into them by the patient or to understand something of the patient's own experience of which the patient may not themselves be aware. This kind of understanding is often not described directly or in detail to the patient. However there are times when the therapist refers to their own experience in the session and there is an indication that the intervention is based on counter-transferential experience. This should be differentiated from the process of 'self-disclosure' (see item 43). High scores here are recognised as simply rating the extent to which the use of counter-transference is 'visible' to raters as being utilised and are not seen as conferring a judgement about quality or appropriateness.

High scores will be given where the therapist explicitly relates something of their own experience of being in the session with the patient either by referring to feelings or activity in the session. It will often be used to try and further develop an understanding of the patient's experience.

Example:

Patient starts telling his psychotherapist what he has been doing during the week and how, after being with others, he gets confused and needs to be on his own. Therapist tries 3 interventions, which are rejected by the patient.

Therapist: it is a bit the impression you give me today; you don't want me to say too much; you want to have a chance to sit there and gather your thoughts ... *(patient laughs)* ... gather your thoughts together and put them in order.

Patient: I feel slightly manic...

Therapist: I remember at the end of last week you said that you found these sessions interesting because... you actually said that you thought what I was trying to do... is to make you think... but you also found them absolutely exhausting and I think you are saying to me, 'look, don't stir me up any more today, don't exhaust me any more today'.

Moderate and lower scores will be given where the therapist makes a general reference to their own feelings or experience without grounding it in the material of the session.

23. Counter-Transference. Use of explicit (observable) and behavioural cues.

Were the therapist's interpretations directly derived from cues/pressures of the session? This item will draw on explicit, observable cues, for example smell, actions, etc.

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

In this model, the patient sometimes communicates to the therapist through their emotional state. The therapist should be observant to the fact that certain strong emotions or anxieties that they themselves feel are sometimes derived from the patients experience. This is a form of communicative projection and may be recognised by the therapist through the experience of certain pressure or strong emotional cues. Understanding is possible when the therapist is able to use this experience to work with the patient on the location in the session of these experiences. This in turn may provide some relief for the patient.

High scores will be given where the therapist explicitly refers to material in the session which supports the idea of some important experience being communicated to the therapist through specific behavioural or emotional cues.

Example:

The patient had come to the session feeling very depressed. Although the therapist was not going to be around the following week, the patient did not refer to this situation.

Patient: Sometimes when I am at my lowest,...it's like the person who feels severely suicidal...I don't think it is as severe as that, this would worry me. I think I wouldn't be here if I was feeling like that.

Therapist: Well, I hope you would be here. I hope you would be here and would tell me about it.

There are a few more brief comments and the therapist goes on...

Therapist: when you are feeling good you know how to look after yourself, you know how to wash and shave, and find your clean jumper or your clean whatever it is and look after yourself. When you don't do that, I think you are giving me a message and the message is ... I can't look after myself at the moment, look at the state I am in, and what's more, you are not looking after me either because you are going to leave me in that state. You are not going to be here next week to help."

Moderate and lower scores will be given where the therapist makes a general reference to something being communicated (perhaps by behavioural or emotional cues) but does not directly link it to an interpretation or ground it in the material of the session.

Example:

The patient had come to the session feeling very depressed. Although the therapist was not going to be around the following week, the patient did not refer to this situation.

Patient: Sometimes when I am at my lowest,...it's like the person who feels severely suicidal...I don't think it is as severe as that, this would worry me. I think I wouldn't be here if I was feeling like that.

Therapist: Well, I hope you would be here. I hope you would be here and would tell me about it.

There are a few more brief comments and the therapist goes on...

Therapist: I think you try to show me that when you are feeling good you know how to look after yourself, but when you are not feeling good you don't.

Low scores would be when the therapist comments on the patient's material but does not make use of it as a communication about the patient's state and does not link it to an interpretation or ground it in the behavioural or emotional cues of the session.

Example:

The patient had come to the session feeling very depressed. Although the therapist was not going to be around the following week, the patient did not refer to this situation.

Patient: Sometimes when I am at my lowest,...it's like the person who feels severely suicidal...I don't think it is as severe as that, this would worry me. I think I wouldn't be here if I was feeling like that.

Therapist: Well, I hope you would be here. I hope you would be here and would tell me about it.

There are a few more brief comments and the therapist goes on...

Therapist: It is clear you don't feel able to take care of yourself at the moment.

Approach To Mental Pain

24. Avoidance of mental pain

Drawing patient's attention to the avoidance of mental pain.

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

In this group of patients, the patient's normal capacity to tolerate mental pain is sometimes compromised. In this instance we are not referring to the patient's experience of distress (which is often very evident). Rather mental pain refers to an embodied feeling of loss, of a feeling of not knowing and the vulnerability of a more primitive experience of dependency. It can also refer to experiences of guilt and an awareness of self-responsibility. This item refers to attempts made by the therapist to acknowledge an avoidance of such pain and the attempts of the therapist to try to restore the patient's capacity for mental pain. This can be done in a variety of ways, including drawing the patient's attention to why such pain may be avoided, to explore in specific terms what has happened to the patient's capacity and why; specifically to try to help the patient open up to the pain of depression.

High scores would be given when the therapist draws the patient's attention to this avoidance **and** explores or interprets the patient's use of it.

Example:

Therapist: what I have done is to let us notice something that we can come to, which is, when you approach something that is emotionally extremely highly charged and extremely difficult, ...you slide away from it, your mind just goes elsewhere ...and that in the place inside you where there might be some very painful and difficult feelings about the car crash, what there is actually, is a gap, is a sort of hole there ...

Patient: mmm... that is what it feels like

Therapist: Now, you are saying, I can't bear the feelings about this thing, neither can I bear the hole. I've got to fill it with something; cannabis, sex, being the charming baby, or, you know, whatever...

Silence ...

Patient: so ...how does one face these feelings?

Lower scores would be given when the therapist draws the patient's attention to this use of avoidance in a general way, without further elaboration.

Example:

Therapist: what I have done is to let us notice something that we can come to, which is, when you approach something that is emotionally extremely highly charged and extremely difficult, ...you slide away from it, your mind just goes elsewhere ...

Patient: mmm... that is what it feels like

25. Attack on mental capacity

Attack on mental capacities.

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

The patient often presents them-self as unable to think, speaking of confusion, blankness, memory problems. Such confusion or difficulty can be seen as a kind of protection (defence) but can also be understood as an undermining of the self or an attack on the more capable aspects of the patient's mind and their thinking capacities. In this item, the therapist draws the patient's attention to this and may link it to its protective or defensive qualities. As well as a more empathic acknowledgement, the therapist may also refer to the underlying anxiety that is brings such an attack on the self's capacities about.

In this item therefore the rater will want to consider whether the therapist acknowledged the tendency of the patient to reduce their psychological capacities/thinking capacities in order to lessen their pain and conflictual feelings? This may happen through concrete enactments (see example 1) or by what the patient does to their own mind and capacity (see example 2)

High scores would be given when the therapist draws the patient's attention to their undermining or attack of their abilities and/or thinking capacities **and** links it to their protective or defensive quality.

Example 1:

The patient came to the session after smoking dope.

Therapist: the problem is that you cannot connect with what is going on.....now, from your point of view that is why you do it, isn't it?, so that you don't have to connect and you can drift through life not having to feel any of it and ... yet also there is something in you that long to have a real life in which you can use your mind, ..it strikes me...you haven't used your mind really....really most of your life.

Example 2:

Therapist and patient are exploring the patient's feelings of confusion.

Therapist: but what I think happens sometimes is that when something is being said to you is a bit difficult, you go confused, that's what I meant when I talked about the mist, or we could call it a fog...you kind of retreat underneath a blanket of fog and you wrap up your

head...so that the horrible thing that impinged on you just a moment ago can be made to go away...

Patient: I kind of dismiss it

Therapist: I don't think you dismiss it, no, but I think you kind of shut it out, you wish it would go away and you could retreat into your burrow once more...

Patient: You see, I am starting to get confused now.

Therapist: What I take from what you say is partly that when things start getting difficult for you, say in a session between us, it may be too much, maybe you feel you had enough at the moment... that... what you want is for me to take a straight forwardly sympathetic line, and I do feel sympathetic... but I don't want to say... don't be concerned, because what I feel is, it is right to be concerned and that is why you are here and that is why I am concerned and my way of doing something about that concern is to have the kind of conversation we have been having today, which isn't always comfortable... and which may be very tiring at first.

NB: This second example draws attention to how an intervention can address two items or more at any one time. This example conveys both clarification and also the current item on reduction of mental capacities.

Moderate and lower scores would be given when the therapist draws the patient's attention to his/her tendency to reduce their psychological capacities/thinking capacities without exploring the underlying reason.

Example 1:

The patient came to the session after smoking dope.

Therapist: the problem is that you cannot connect with what is going on... also there is something in you that long to have a real life in which you can use your mind, ..it strikes me...you haven't used your mind really....really most of your life.

26. Use of defence mechanisms

Did the therapist attempt to explore and help patient to gain an understanding of particular defence mechanisms use to ward off pain?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

Defences are activities that are normal and we all employ in day to day activities to manage difficult, stressful, conflictual situations etc. They act as a protection to fragile or vulnerable aspects of the self. For example, a patient may use defences to keep themselves in the same state of mind and to ward off new understandings that would disturb their equilibrium – even where that equilibrium may be painful or mean a state of depression. In the context of adherence to this scale we are referring to the way in which defences are used over and above this to avert or deny unwanted ideas, affects and impulses.

Some of the defences which might be observed include the following:

Repression – this might be seen as forgetting, which is understood by the therapist as conveying particular meaning or information about the patient’s state of mind.

Denial – this might be seen as disagreement or refusal to consider what the therapist is saying. Again this will be understood by the therapist as conveying particular meaning or information about the patient’s state of mind.

Regression – this may be seen in circumstances where the therapist comments on the patients wish or determination to retreat to an earlier state of mind or dependency.

Acting out – here the patient may have chosen to act rather than think. Such enactments will vary from self harm to missing sessions to impulsive activities (over eating or drinking; getting into relationships very quickly; giving up productive activities; etc). The rater will recognise this when the therapist refers to the use of such activity as an avoidance of facing particular difficulties or as an avoidance of thinking.

Somatisation – here the therapist will comment on the patient’s experience of physical symptoms as expressing something of their emotional state. This in no ways makes a judgement about the ‘reality’ of such symptoms. They are in this instance seen as an alternative expression of experience that cannot be fully felt in emotional terms.

Humour – this is often thought to be a ‘mature’ defence. It will be observable where the therapist comments on the use of humour as a way of undermining, distracting or avoiding the emotional intensity of their feelings.

When reviewing the therapists activities raters’ are looking for the way in which the therapist refers to the patient’s use of such defences and should note which are used.

High scores would be given when the therapist draws the patient’s attention to their use of a particular defence **and** interprets its meaning **or** helps the patient to explore the meaning of it

Example:

The patient was struggling to speak about the effect the car crash had had on him.

Therapist: at the moment it seems to me you deal with it by avoiding it ...It may just be it is too difficult to incorporate into your view of yourself and your life.

Moderate and lower scores would be given when the therapist draws the patient’s attention to their use of defences in a general way, or without further elaboration.

Example:

The patient was struggling to speak about the effect the car crash had had on him.

Therapist: at the moment it seems to me you deal with it by avoiding it ...by trying not to think about it.

Patient: yes, I prefer not to think about the accident. I have been trying relaxation to feel calmer.

27. Use of symbols, including dreams

Did the therapist make use of symbols in the patient’s material? This will regularly occur through the interpretation of dreams.

1	2	3	4	5	6	7
No observed use of symbols or dreams		Passing reference made to symbol or dream, but not developed.		Symbol or dream given attention and some thought to its meaning.		Symbol or dream given attention and some meaning conveyed within it discussed and developed with the patient.

Symbols and dreams are an important communication in psychoanalytic psychotherapies. Although the approach to dreams will vary from therapist to therapist, they will be used to deepen understanding or to as a communication that can be used by the therapist to bring something to the patients attention – often of which they were previously unaware. This item will be most often rated through discussions of dreams, however, on other occasions day dreams and vivid associations from other material will be relevant here. For example, the retelling of particular stories from the patients life, references to films or books, etc. etc.

High scores would be given when the therapist pays attention to the patient’s dreams and/or use of symbols **and** uses them to deepen the understanding of the patient’s material.

Example 1:

Patient had to cancel the previous session due to childcare problems (half-term) and she had felt surprised by her overwhelming feelings of rage, despair, etc during that week. Therapist and patient have been working on how the patient might have had underestimated her needs and not planned a viable arrangement that would have enabled her to come to the session.

Patient: I had no idea of what was going to happen.

Therapist links a dream the patient had the week before children’s half term where there was anxiety about something awful happening

Therapist: a part of you who was anxious, who knew this could happen ...

Example 2:

Patient: I had quite an early night last night and it wasn't restful sleep - and I kept on waking up – then I must have got into a dream early in the morning and I woke up and it was only as this dream died away that I made this phone call to you... .. It was about some kind of base and I think it was a kind of library. And it had – like sort of science fiction boys' stuff – the roof opened up and this machine came out of it. And this machine gave me absolute *total freedom* to go anywhere I wanted, to explore, to take people with me. And towards the end of me waking up something weird had happened - there was a figure in this who did not like what was going on. A superior, a supervisory figure. I found myself in a trapped situation, worried about this machine, that it would be found out. And that this chap was looking for me. I don't know what *that's* about. I know the first half, that's about the joys of freedom.

Therapist: Yes and finding a base, a solid base.

Patient: Yeah and the other part is this terrible scaredness – but of what? I don't know.

There was someone in it, someone who represented a figure who was like 'I'll get you' - a figure who does not allow me to be myself - I mean in the dream it was a figure, but in life it may be something else...

Therapist: It is time, but before you go I wonder if that figure may be an aspect of you ...a part of you that won't allow the rest of you to be fully yourself.

The patient continues talking to the therapist all the way out of the door.

Lower scores would be given when the therapist pays attention to the patient's dreams and/or use of symbols but does not connect them or connects them in a general way to the patient's material (conflict, defences, feelings, anxieties ...etc).

Example of a lower score:

Patient: I had quite an early night last night and it wasn't restful sleep - and I kept on waking up – then I must have got into a dream early in the morning and I woke up and it was only as this dream died away that I made this phone call to you... .. It was about some kind of

base and I think it was a kind of library. And it had – like sort of science fiction boys’ stuff – the roof opened up and this machine came out of it. And this machine gave me absolute *total freedom* to go anywhere I wanted, to explore, to take people with me. And towards the end of me waking up something weird had happened - there was a figure in this who did not like what was going on. A superior, a supervisory figure. I found myself in a trapped situation, worried about this machine, that it would be found out. And that this chap was looking for me. I don’t know what *that’s* about. I know the first half, that’s about the joys of freedom.

Therapist: Yes, there seem to be different feelings, freedom and ...fear

Patient: Yeah and the other part is this terrible scaredness – but of what? I don’t know.

There was someone in it, someone who represented a figure who was like ‘I’ll get you’ - a figure who does not allow me to be myself - I mean in the dream it was a figure, but in life it may be something else...

Therapist: *it seems this figure is very important .*

28. Patient’s contribution to difficulties, ‘responsibility’.

Does the therapist attend to and convey to the patient, the patient’s contributions to their difficulties in life?

In considering this item, it should be noted that use of terms like ‘responsibility’ is not intended to confer a value judgement. This is NOT a discussion of fault or culpability. Nor does the use of these terms in any way deny the pain or impact of the patients’ experiences. Rather, the item refers to the ways in which the patient’s own actions and feelings further contribute to their difficulties.

In thinking about this concept it may be helpful for the rater to bring to mind situations in their own life, for example a job interview, where despite having abilities and capacities which could be used in the situation, the person found themselves performing without being able to draw on their capacities and against their own interests. A more extreme, but commonly understood example relates to domestic violence. In these situations, it is not uncommon for the recipient of the violence to precipitate an attack, perhaps in part to relieve the tension of uncertainty, sometimes to have some sense of control over the timing, etc.

In rating the item, the rater should be receptive to the therapist’s comments on the nature and purpose of the patient’s actions and feelings which perpetuate or exacerbate the painful situations and relationships that they experience.

1	2	3	4	5	6	7
Not observed.		Some		A lot		Very much

High scores would be given when the therapist draws to the patient’s attention actions/thoughts or feelings that perpetuate or accentuate their difficulties

Example:

Patient: I feel so kind of horrible about myself, so... I don’t want to engage, I don’t want to see anyone ...I feel as I kind of ...blow up ...I know how I can get when I feel like this ...it’s a feeling of lostness ...when I feel lost, I feel really lost ...I don’t want to spread it, it is like a malaise. ...I don’t want to go to a situation ...spread the fact that I’m feeling depressed...

Therapist: because you are afraid if you do, you might blow up and you might express the fed-upness ...I think that’s very relevant to what you have been saying about being afraid you blow up externally, you sort... let everybody know how angry and upset you are feeling because I think inside you there has already been an explosion which has... I remember you talking last week about ruined landscape, devastated landscape... and I think that whenever anybody tries to plant something in it, something called a helpful suggestion, you blow up that too... when you are feeling like that.

Lower scores would be given when the therapist draws it to the patient's attention in a more general or unclear way.

Example:

Patient: I feel so kind of horrible about myself, so... I don't want to engage, I don't want to see anyone ...I feel as I kind of ...blow up ...I know how I can get when I feel like this ...it's a feeling of lostness ...when I feel lost, I feel really lost ...I don't want to spread it, it is like a malaise. ...I don't want to go to a situation ...spread the fact that I'm feeling depressed...

Therapist: because you are afraid if you do, you might blow up and you might express the fed-upness ...I think that's very relevant to what you have been saying about being afraid you blow up externally, you sort... let everybody know how angry and upset you are feeling ...

Specialist Items For Refractory Depression

Many of these items describe processes in which the patient engages in ways of thinking or behaving which serve to undermine or destroy relationships, mental and emotional capacities, or other opportunities. This may be by way of an active attack or by disabling a more hopeful or healthy process. These actions are largely unconscious.

29. Turning against development

Turning against development. Compare with item 25.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Not observed		Some		A lot		Very much
--------------	--	------	--	-------	--	-----------

Does the therapist draw the patient's attention to particular ways in which the patient turns against development in the treatment? The following are examples of how this might take place:

- a. The therapist draws attention to instances where evidence of improvement or growth leads to a powerful negative reaction or relapse in the patient. This could be specifically in relation to activity in the session or in other ways for example, in relation to work and social life. Alternatively it may occur in the face of a break where previous progress appears to disappear and be lost to the patient's awareness.

Higher scores would be given when the therapist draws the patient's attention to specific ways in which improvement or growth leads to deterioration or to a negative reaction.

Example:

The patient came to the session saying that she did not see the point of carrying on with the psychotherapy, she felt it was not helping her.

Therapist: I cannot help noticing that it is almost always after a session in which I think something made a bit of sense for you, that you come back here in this particular way... you have to attack what this is about, attack, rubbish it, that it's got no value, that it's not right for you...

Moderate and lower scores would be given when the therapist draws the patient's attention to how improvement or growth leads to deterioration or to a negative reaction in a general way, or the therapist alludes to it in an unclear way.

Example:

The patient came to the session saying that she did not see the point of carrying on with the psychotherapy, she felt it was not helping her.

Therapist: I cannot help noticing that there is a big change between

last week and this week...

- b. The therapist draws the patient's attention to how capacities of the patient are seen in others such as the therapist or friends and therefore denied.

Example: *where the therapist reflects on the patient's experience of others having all the good attributes and capacities.*

- c. Although linked to 'a', this process specifically describes those situations where the patient uses their 'ill-state' either as a victim of their depression or their suffering in relation to their depression or other somatic presentation in a self-sabotaging way in the therapy. This should be compared and contrasted with other ways of turning against improvement as described in 'a'.

Example:

Context: A patient was severely depressed, spent most of her time in bed, did not eat properly and smoked very heavily. After several months of therapy, the patient showed some improvement: they became more active, more able to make some decisions and felt slightly better. After a session where the patient became aware of those changes, she did not come to her sessions for 3 weeks. When she came back, she told her therapist how she had not been able to come because she had not felt well and had gone back to spend most of her days in bed, had increased her smoking and neglected her diet. She had visited the doctors and been told that her blood pressure was high..

Therapist: you tell me you are not feeling well and have gone back to spend most of your time in bed, your blood pressure is high and you are not eating well...at the same time I don't hear any concern or anxiety in your voice... This all happens after a time where you did start feeling better and then you missed three sessions... I wonder whether feeling better provoked in you all sort of difficult feelings... somehow you seem to feel less anxious when you are not well...these are familiar feelings for you... and, somehow, you have to attack any improvement, attack yourself and attack the treatment and your contact with me...

30. Neglect of healthy capacity

Does the therapist help the patient be aware of parts of him or herself which are healthy and available to the patient, but which are ignored, neglected or covered up?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

Higher scores would be given when the therapist draws the patient's attention to specific ways in which the patient ignores, neglects or covers up healthy aspects of themselves.

Example 1:

Patient: My favourite word is ...I don't attend to life ...it doesn't seem to come easy ... I don't have a totally negative view of life, or myself, I mean...

Therapist: you know, I was quite struck when you came in today, that you have attended to yourself more than you had last time ...um you have got some nice, new shoes on, and very unpaint-spotted jeans and jersey and so on.

Patient laughs

Patient: there are very few things that haven't got acrylic paint somewhere.

Therapist: well, that may be, but you have attended to yourself sufficiently to come here in your unpainted clothes and your shoes... what that shows me is that there is capacity in you at times to pay attention, to be attentive to things and also to be surprised by things...

Example 2:

Therapist: one of the things I am struck by is ...however gloomy and sort of down you feel, you have got quite a capacity to engage with somebody else, in this case me.

Moderate and lower scores would be given when the therapist draws the patient's attention to healthy aspects of themselves which are ignored or neglected, but this is done in a general way, without linking it clearly with past or present material.

Example of a lower score:

Patient: My favourite word is ...I don't attend to life ...it doesn't seem to come easy ... I don't have a totally negative view of life, or myself, I mean...

Therapist: you know, I think that sometimes you also feel positive about life.

31. Patients' unconscious destructiveness

Did the therapist draw attention to unconsciously motivated destructiveness in the patient, through words, actions or material revealed in therapy?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

Introduction:

a). when this destructiveness is outwardly directed. This could be either within the treatment or outside it.

Higher scores would be given when the therapist draws specific links, based on the patient's material and/or their relationship, with their destructiveness.

Example:

The patient had mentioned that he was feeling very depressed and fed up and that , when he felt like this, he avoided seeing people as the patient felt he could 'blow up'.

Therapist: "I think that is very relevant to what you have been saying about being afraid you blow up externally, you sort of let everybody know how angry and upset you are feeling because I think inside you there has already been an explosion which has ...I remember you talking last week about ruined landscape, devastated landscape ...and I think that, whenever anybody tries to plant something in it, something call a helpful suggestion, you blow up that too ...when you are feeling like this.

Moderate and lower scores would be given when the therapist draws the patient's attention to this destructiveness but in an unclear or general way, without connecting it further with the patients material.

Example:

The patient had mentioned that he was feeling very depressed and fed up and that , when he felt like this, he avoided seeing people as the patient felt he could 'blow up'.

Therapist: when you are feeling like this, fed up, depressed... you seem to find very difficult to accept any help.

b) when this destructiveness is inwardly directed: the patient seems to be immersed and stuck in a process of self hatred that appears to be pre-occupying and self-perpetuating

Example:

The patient arrives up in a state of total gloom, unshaven, unwashed and heavily lugubrious, saying he thinks he should be readmitted to Hospital. He is unreceptive to my pointing out to him the link between his wish to collapse and the therapist not being here at Christmas. He says it means nothing to him, in fact it's a relief:

Patient: I can do what I want....I don't have to be tied to these....interviews or whatever they are.

He develops a daydream of a beautiful isolated lonely beach in Scotland, where he can walk for miles and see no-one and just feel at peace. The therapist thinks this is an idealisation of ‘I can do what I want’ to hide from himself the knowledge that there’s not at the moment much that he can want that he can also have. For instance it is his birthday tomorrow, and his friend wants the two of them to go out for dinner, but he is afraid that the effort of washing and finding clean clothes will be too much for him. The therapist says to him how important he feels it is that he should present himself to her as someone incapable of looking after himself. The therapist comments how the patient’s dirty clothes, and his strong body smell are part of it. The patient looks glowering and says:

Patient: I know

He gets angry with the therapist for the interpretation and wants a gavel to bang, like a judge. Later the therapist is able to show him how getting angry livens him up because he’s not so caught up in managing his own rage.

32. Excessive standards

If the patient sets themselves unreachable or unreasonable standards which they then fail to reach or maintain, does the therapist draw the patient’s attention to this.

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

Higher scores would be given when the therapist draws the patient’s attention to their unreasonable or unreachable standards in a clear and specific way, interpreting or exploring the meaning of it with the patient.

Example:

The patient is speaking about her feelings of being a bad mother.

Patient: I feel mean, horrible, useless, I feel a crappie mother...

(some more interchanges, where it is also pointed out, reminded, positive previous experiences of herself as a good mother).

Therapist: ... there is quite a lot going on in your life but I also think ... you get terribly punishing internally, punishing takes over, gripes you and then is very difficult to move forward from that state... You do become contaminated because everything is attacked, what you are, what you've done, how horrible you are... it will always be like this... I get the impression, once it's got a grip on your skin ... you go along with that because, however disquieting or worrying, however unhelpful this state of mind is, I wonder whether it also provides a funny kind of safety.

Patient: Yeah

Lower scores would be given when the therapist draws the patient's attention to their unreasonable or unreachable standards but it is done in a general way, not grounded on the patient's material, or lacks elaboration (that is, it is pointed out but without exploration of its meaning for the patient).

Example:

The patient is speaking about her feelings of being a bad mother.

Patient: I feel mean, horrible, useless, I feel a crappie mother...

Therapist: you feel today that you are a crappie mother and you delete from your mind the times that you have perceived yourself as a good mother...

Patient: Yeah,... I know that last week I was speaking of how I was much more patient and understanding of Johnny, but this morning I shouted at him..., I could have strangled him...he was being such a nuisance...but then I felt awful...

Therapist: What happened this morning?

More interchanges

Therapist: Johnny is able to awake the best and the worst of you.

33. Sado-masochistic relating.

Does the therapist reflect on the patient’s sadomasochistic pattern of relating (hurt-being hurt; reject/being rejected; push/pull; suffering/punishing)? In one aspect of this, raters should be attentive to ways in which the patient presents themselves as a victim.

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

Higher scores would be given when the therapist draws attention to the patient’s sadomasochistic pattern of relation and links it with the material or with their relationship.

Example 1.

Context:

A year into her therapy, the patient called the therapist and left a very fearful and anxious message that her new boyfriend had proposed a plan to her in which he would first kill her and then kill himself. In the phone message, the patient sounded appropriately distressed. However, when she came to the session, she did not bring up her call regarding the murder-suicide pact. After waiting 10 minutes, the therapist interrupted the patient

Intervention:

The therapist expressed surprise that she was not discussing that situation.

Patient response:

She shrugged it off, saying that it was not to be taken seriously. The therapist confronted her with the distressed tone of her message. The patient replied with an air of “belle indifference” that the therapist obviously did not understand her and could not understand her. She then added that it was clear to her that she could only count on someone like her boyfriend to understand her because it was apparent to her that her boyfriend care for her and

that the therapist did not. After some interchanges,

Interpreted

The therapist interpreted how her relationship with her boyfriend was an attack on the therapist and the therapy he offered. While appearing to be the potential victim at the hands of her boyfriend, the patient was identifying with a sadistic master in her headstrong pursuit of this relationship which was a threat to her life and to any help the therapist might offer her.

Example (taken from Clarkin 1999, p274):

Example 2:

The patient was tearful for most of the session. Her father had had a serious fall, he had telephoned her and she had gone to his flat and found him bleeding on the floor. He had been admitted to hospital. The patient had been telling the therapist how her family had not been supportive and how she, as ever, had to deal with it all (visiting his father, cleaning his flat etc), without recognition from them. She felt it was a very heavy burden and wondered whether her legs 'would give in'.

***Patient:** He is coming out of hospital next week and I know I have to be there for him... it's a lot of background stuff that I do... I know what they (her brother and sister in law) think of me.*

***Therapist:** a lot of background work that you do that doesn't get recognized ... I thought may be it is the same here with the therapy, that you don't recognize the kind of background work that I do here too... and you make your animosity very clear... that you feel the therapy and what I offer is useless... Perhaps there may be there is something that you don't recognize here?*

***Patient:** it is not helping, it is a very strange arrangement. I had to come here*

***Therapist:** I think you feel we need you too, you see, it feels like an extra kind of responsibility. You have to look after your dad, you've got to look after the Tavistock Clinic, you know it's a lot to carry... nobody you feel is looking after you*

***Patient:** well, is this going to help me?*

***Therapist:** it sounds as if at some level you won't allow anybody to help you.*

Patient: *I've been everywhere and everybody. I've done everything everybody wanted me to do... and nothing has helped.*

Therapist: *it must leave you feeling full of despair, as if you are kind of incurable, as if nothing can possibly make a difference to you, nothing can be done for you... so many different things have been tried... so many people have tried.*

Patient: *It's not a feeling, it doesn't work.*

Therapist: *you feel that I'm asking something from you that you just cannot provide, that I'm making it worse for you, as if I don't understand how difficult it is for you... and keep insisting that you do it... it ends up feeling as if you've been trapped and tortured.*

Patient: *yea.*

Lower scores would be given when the therapist draws the patient's attention to their sadomasochistic way of relating in a general or unclear way.

Example 2:

The patient was tearful for most of the session. Her father had had a serious fall, he had telephoned her and she had gone to his flat and found him bleeding on the floor. He had been admitted to hospital. The patient had been telling the therapist how her family had not been supportive and how she, as ever, had to deal with it all (visiting his father, cleaning his flat etc), without recognition from them. She felt it was a very heavy burden and wondered whether her legs 'would give in'.

Patient: *He is coming out of hospital next week and I know I have to be there for him... it's a lot of background stuff that I do... I know what they (her brother and sister in law) think of me.*

Therapist: *a lot of background work that you do that doesn't get recognized ... I thought may be it is the same here with the therapy, that you don't recognize the kind of background work that I do here too... and you make your animosity very clear... that you feel the therapy and what I offer is useless... Perhaps there may be there is something that you don't recognize here?*

Patient: *it is not helping, it is a very strange arrangement. I had to come here*

Therapist: *You feel you had no choice*

Patient: *It is the last thing I'm trying, nothing has helped up to now*

Therapist: *It might then be very difficult to think that this might help.*

34. Difficulty of disappointments and losses

Does the therapist describe to the patient how their difficulty coming to terms with disappointments or losses (as in healthy mourning) perpetuates a state of disappointment/depression.

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

Higher scores would be given when the therapist draws the patient's attention to their difficulties with losses, facing frustrations or disappointments in relationships; how they then feel depleted, bleak, weakened. This is done using the patient's material and the therapist/patient relationship.

Example

It is very near the end of treatment, the penultimate session.

The patient is speaking of his feelings of despair. He has come to the session unshaved and smelling.

Patient: *I've never felt as desperate as I do at the moment.*

Therapist: I'm not surprised you are feeling like this now... you feel you are losing me, ...

(more interchanges)

Therapist: you were the dependent and miserable baby and I had to be the mum to

clean up for you... you've come to recognise... I can help you but you also have to do for yourself

Patient: I feel at a loss ...all the things I have tried over the years... everything... they are just dying. Even my plants are dying.

Therapist: Well, are you going to let things die? ... your thoughts, ideas? ... it is not going to be easy but I think you have more capacity that you think at the moment...

More interchanges (at a stage the patient uses the word 'decay')

Therapist: when you are feeling very low you seem not to take care of your personal hygiene... and you must know that your clothes smell quite a bit. I think you are quite aware of it, you talk about decay...

Patient: it just falls away

Therapist: what falls away?

Patient: this care

Therapist: Well, this care that I give you, yes, it does, but not the care that you can give to yourself.

More interchanges

Therapist: Your capacity to take care of your body is gone because you want to show me how unlooked after you feel... You do present yourself as someone who no one wants to look after ... it is upsetting for me, it must be upsetting for you.

(more interchanges)

Patient: it is something I can't do anything about... a lovely day and I don't feel that, I want to be in the shadow.

Therapist: yes, I think at the moment you want to be in the shadow... but I think is a question of want, not can't.

Lower scores would be given when the therapist draws the patient's attention to their difficulties with losses; facing frustrations or disappointments in relationships in a general way, without grounding it in the material or elaborating on its quality.

Example

It is very near the end of treatment, the penultimate session.

The patient is speaking of his feelings of despair. He has come to the session unshaved and smelling.

Patient: *I've never felt as desperate as I do at the moment.*

Therapist: I'm not surprised you are feeling like this now... you feel you are losing me, ...

(more interchanges)

Therapist: you seem to experience the end of the sessions the same way you did when your mother died, or when you broke up with your girlfriend... it just leaves you sad and empty.

Patient: I don't see the point of it all... I feel depleted of any strength

Therapist: Endings are difficult

Separation

These items relate to breaks in communication, unexpected missed sessions, holidays and termination.

35. Ruptures to communication

Does the therapist attend to and address break-up points in the reciprocal communication with the patient (misunderstanding, withholdings, dislikes, stickiness and awkwardness, undoings and rejections) in the particular session and with the particular patient and seek to understand the sense of these difficulties and communicate it to the patient?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Not observed		Some		A lot		Very much
--------------	--	------	--	-------	--	-----------

Higher scores would be given when the therapist attends to **and** address break-up points in the communication with the patient **and** seeks to understand the sense of those difficulties and communicate it to the patient.

Example:

It is the last session before Christmas. The patient has been annoyed by therapist's interventions.

Therapist: ...and maybe you did feel misunderstood by me a moment ago ...but the speed with which you respond ...it is because it bothers you when you feel misunderstood, not because you don't give a damn.

Patient: sometimes I do think ...oh, well, here we go again, just some other bloody ...if you want to make the connection between two things that's fine ...but others.

Therapist: but is easier for you to say that something is crap, rather than opening something up ...

silence

Therapist: you are retreating into silence ...no way through this?

Patient: what am I suppose to say, I have nothing to say ...

Therapist: I think you have all sort of ideas actually ...

silence

Therapist: I think although you are able to be very straightforward and perhaps call spade a spade and tell me when you think I am talking crap. I think may be that doesn't do justice to something else that is going on, which is how stung you can feel when you feel misunderstood and then, it is as if you have to retreat completely rather than picking up ...that something could be thrashed out between us and understood rather than ...it is as if you give up on it all, then, as if there is no point in ...you say a few direct words and that's it. I wonder if it has to be like that...

Patient: something that you said ...it was too long already thinking about what I am

going to do ...I am just not interested.

Lower scores would be given when the therapist attends to **and** tries to address break-up points in the communication with the patient, but there is Little or no attempt to try to understand the meaning of it.

Example:

It is the last session before Christmas. The patient has been annoyed by therapist's interventions.

Therapist: ...and maybe you did feel misunderstood by me a moment ago ... **Patient:** sometimes I do think ...oh, well, here we go again, just some other bloody ...if you want to make the connection between two things that's fine ...but others.

silence

Therapist: you are retreating into silence ...no way through this?

Patient: what am I suppose to say, I have nothing to say ...

Therapist: I think you are feeling annoyed with me

Patient: something that you said ...it was too long already thinking about what I am going to do ...I am just not interested.

36. Impact of separations

Is the therapist attentive and sensitive to patient's reactions to periods of separation by conveying his/her understanding to the patient and working with it? Separations include any break to the contact and so may include the end of the session, missed sessions, breaks due to holidays, illness, etc.

1	2	3	4	5	6	7
Not		Some		A lot		Very much

observed						
----------	--	--	--	--	--	--

Higher scores would be given when the therapist attends to **and** conveys to the patient their understanding of the patient's reactions to periods of separation **and** works with it.

Example:

The therapist was not going to be around the following week. At the beginning of the session, the patient begins:

Patient: next week you are not here, isn't it?

Therapist: that's right.

Patient: let's put it in my diary. Things are going backwards at the moment ...you know ...I feel I am now allergenic ...I feel ...

Therapist: mm, if we put together the first two things you have said, perhaps there is a connection between them ...in your mind, that is ...at some level. **Patient:** I don't know ...I think the first thing I said to you was a simple statement, just saying I understand you won't be here, reminding myself and reminding you, that's all.

Therapist: Well, it's certainly true, it is a simple statement and it is reminding you that is reminding me ...but the simple statements often have roots somewhere quite a bit deeper ...

Lower scores would be given when the therapist attends to the patient's reactions to periods of separation, but this is done in a general way, or without trying to work or explore the meaning of it for the patient.

Example:

The therapist was not going to be around the following week. At the beginning of the session, the patient begins:

Patient: next week you are not here, isn't it?

Therapist: that's right.

Patient: let's put it in my diary. Things are going backwards at the moment ...you know ...I feel I am now allergenic ...I feel ...

Therapist: I wonder whether my not being here next week has anything to do with how you are feeling at present.

Patient: I don't know ...I think the first thing I said to you was a simple statement, just saying I understand you won't be here, reminding myself and reminding you, that's all.

Therapist: We will then meet again in 2 weeks time.

37. Impact of termination/end of treatment

Did the therapist attend to the patient's feelings concerning the termination of the treatment and address those feelings?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

High scores would be given when the therapist draws the patient's attention to their feelings concerning the termination of the treatment **and** addresses those feelings.

Example:

The patient felt rejected by a Doctor and is speaking about his feelings of anger.

Therapist: ...and you are having to face the ending here at the beginning of Aprilin ending ...I am rejecting you as well ...it leaves you alone, pushed out into the cold again ...

Patient: what do you mean? I don't really follow that

(some more interchanges)

Therapist: you feel pretty angry... I want to link it with me. Some of the anger for Dr Brown you feel towards me because I am saying the sessions finish in April.

Patient: I don't know if this might have an effect... I knew it was just for a period.

Therapist: but this doesn't mean you don't have any feelings...

(More interchanges)

Therapist: ...you are attacking your own capacity, in order not to attack Dr Brown or me

Patient: I have no reason to attack

Therapist: I am just telling you the reason!

Patient: it was all agreed, 50 minutes, 1 session weekly.

Therapist: it doesn't mean you haven't feelings about that... it's not all right, it makes you feel rotten.

Lower scores would be given when the therapist draws the patient's attention to their feelings concerning the termination of the treatment but **does not** address them or elaborate on them.

Example:

The patient felt rejected by a Doctor and is speaking about his feelings of anger.

Therapist: ...and you are having to face the ending here at the beginning of April

Patient: what do you mean? I don't really follow that

(some more interchanges)

Therapist: I wonder whether you are also angry with me because I am saying the sessions finish in April.

Patient: I don't know if this might have an effect... I knew it was just for a period

Therapist: Nevertheless, it is difficult

Patient: I suppose so.

Non analytic items

The following items refer to activities we would not normally expect to be present in sessions. However, it is very important to identify activities that might be more associated with other models of intervention where they occur as they may reflect aspects of the therapeutic model under study that are not usually recognised or acknowledged. In addition if the presence or absence of such items is associated at all with other variables such as outcome, therapeutic alliance, patient satisfaction etc., it is essential that such data are available.

Raters should therefore check for the presence of any of these items and rate where appropriate but should not be surprised if they do not appear often.

Note: The following two items require brief additional explanation. It is common in many therapeutic modalities for therapists to try and work with patients to identify key features or patterns that underly behaviour and affect. In psychoanalytic and psychodynamic models these are usually described by the therapist in terms of underlying intra-psychic, relational or emotional conflicts whereas cognitive therapists focus on errors in thinking and reasoning. The former are more often associated with unconscious activity whereas the latter rely on conscious awareness.

The items below are presented in the manner of cognitive theoretical models. They aim at identifying therapists' didactic/educative activities that address cognitive errors made by patients. The therapist's aim is therefore to 'teach' the patient how to identify the thinking processes and beliefs that determine the unhelpful, negative aspects of their thoughts.

It should be noted that psychodynamic therapists will sometimes note or comment on a cognitive process in the service of exploring of its underlying emotional meaning. The primary aim is on the unconscious process rather than the cognitive one. In this instance the items below would not be rated. Where the therapist does not make this link with the deeper emotional and unconscious process, the items below would be rated.

38. Identifying underlying assumptions (proscribed)

Identifying underlying assumptions: Did the therapist explore with the patient a general belief that underlies many of the patient's specific negative thoughts and beliefs?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some mention of underlying assumptions		Considerable discussion of patient's underlying assumptions		Extensive discussion of patient's underlying assumptions

The purpose of this item is to determine the extent to which the therapist helps the patient identify and explore her/his underlying assumptions. Underlying assumptions are basic, general beliefs that underlie and form a basis for the patient's automatic negative thoughts (i.e. thoughts which occur frequently, often without the patient's awareness). Underlying assumptions typically give rise to many different automatic thoughts, all of which have a common theme which is expressed by the underlying assumption. These assumptions are usually unarticulated rules that determine how the patient perceives and interprets: (1) events around her/him, and (2) her/his own behaviour. As such, underlying assumptions provide a key to understanding how the patient views the world.

Example

Although there is no finite, predetermined set of underlying assumptions, the following are some examples of underlying assumptions a patient might hold:

- 1 (1) I have to be successful in order to be happy.
- (2) If I make a mistake, it means I am inept.
- 2 (3) My value as a person depends on what others think of me.
- 3 (4) It is not possible to disagree with someone and still like that person.
- 4 (5) Everything in the world should be fair.

The following example should receive a rating of greater than ‘1’ on this item because the therapist helped the patient to identify an underlying assumption:

Therapist: *So despite the fact that you’re upset with her you don’t plan to tell her because you don’t want to start any trouble?*

Patient: *Yeah, it’s just not worth it to me.*

Therapist: *You’ve said that before about other situations in which you’ve not wanted to talk to someone who you are upset with or who owes you something. Have you noticed that?*

Patient: *It’s true that I hate to ask people who owe me money to repay me... usually I’d rather just not push it, you know?*

Therapist: *‘Not wanting to push it’ seems like a common reaction you have to issues like this, even if it means that you don’t let people know when they make you mad or when they’ve forgotten to repay you what you are owed. What makes it the case that you don’t want to push it?*

Patient: *I don’t want to get people mad at me and end up having them dislike me.*

Therapist: *Does it seem to you that unless you’re agreeable all the time and don’t push it, that people won’t like you?*

39. Recognising cognitive errors

Recognizing cognitive errors: Did the therapist help the patient to identify specific types of cognitive distortions or errors (e.g. all-or-non thinking, overgeneralization) that were present in the patient’s thinking in a didactic or educative manner?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

The purpose of this item is to measure the extent to which the therapist helps the patient

recognize and identify cognitive errors present in her/his thinking.

*Cognitive errors are defined as characteristic errors in information processing or aberrant (unreasonable) ways of thinking about the world. The therapist need not have assigned a specific label to a cognitive error, but must have helped the patient to recognize or identify it as such **in a didactic or educative manner.***

Example

Some type of cognitive errors are:

- (1) magnification or minimization (over- or under-stating the significance or magnitude of an event).
- (2) disqualifying the positive (dismissing the positive aspects of a situation).
- (3) overgeneralizing (applying a rule or belief based on only one observation to other situations whether or not they are similar).
- (4) personalizing (unwarrantable assumption of personal responsibility for negative events).
- (5) catastrophizing (assuming the worst).
- 5 (6) *dichotomous thinking (considering only extremes and not gradations in*
- 6 *between).*
- predicting without sufficient evidence (assuming something will happen simply because possibility exists or because it has occurred in the past).
- arbitrary inference (drawing conclusions that are not supported by the (facts).
- selective abstraction (basing conclusions on only one aspect of the available information ignoring contradictory evidence).

The following example should receive a rating of greater than '1' on this item

because the therapist helped the patient to recognize a specific type of cognitive error (dichotomous thinking) which is present in her thinking:

Therapist: *So how did your presentation go?*

Patient: *Very poorly. I was awful.*

Therapist: *How do you know it went awful?*

Patient: *I stumbled over my words a couple of times and once the slide projector jammed. It certainly wasn't the smoothest presentation I've ever given.*

Therapist: *I believe that you have given presentations in which the slide projector didn't break down and your delivery was smoother but you said you were awful. What else was wrong with your presentation.*

Patient: *Nothing really...I got through all the material I wanted to present, a miracle when you consider how badly I presented it.*

Therapist: *You said this wasn't the best presentation you've given, was it the worst?*

Patient: *No, I've certainly given worse, a lot worse. Sometimes I haven't covered all the material.*

Therapist: *Yet you say this presentation went very poorly. It sounds like unless your presentation would have gone very well, you were likely to end up thinking it went poorly. Do you see how that kind of 'all or nothing' thinking doesn't leave room for the possibility that it was neither great nor awful but somewhere in between?*

40. Assigning homework

Homework assigned: Did the therapist or patient develop one or more specific assignments for the patient to engage in between the sessions?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some attempt to		Considerable attempt		Extensive attempt to develop

		develop homework		to develop homework		homework
--	--	---------------------	--	---------------------------	--	----------

The purpose of this item is to measure the extent to which the therapist develops homework or assists the patient in developing homework. Homework is a specific assignment which the patient is to engage in (but not necessarily complete) before the next session. Instructions concerning medication should not be considered in rating this item. However, tasks such as self-monitoring mood or recording thoughts which are also measured elsewhere in this scale should be considered.

Example

This item should receive a low rating if the therapist off-handedly suggested, in order to bring the discussion to an end, that the patient engage in some behaviour between sessions:

Therapist: *That's a good idea, why don't you talk that over with your spouse? Right now I'd like us to talk instead about...*

This item should receive a low to medium rating if the therapist asked the patient to do something between sessions but did not attempt to make the assignment more specific:

Therapist: *I think this is an issue we should pursue. I'd like you to spend some time thinking about this before our next session at which time we will discuss it.*

This item should receive a medium to high rating (see Note) if the therapist developed one or more specific tasks for the patient to complete between sessions involving tasks, such as:

- a. Performing certain steps agreed upon to accomplish a task.
- b. Engaging in social activities that are discussed in the session.
- c. Gathering evidence regarding a belief.

- d. Monitoring her/his mood and activities.
- e. Generating a list of negative thoughts that occur in a particular situation.

Example:

The following example demonstrates an attempt by the therapist to anticipate and resolve problems the patient might have in performing a homework assignment. If combined with an otherwise thorough attempt to develop the assignment this example should receive a high rating on this item.

Therapist: *Do you think you'll have any problem monitoring your mood and activities?*

Patient: *Not at home, but I can't do this at work.*

Therapist: *What problems do you anticipate having if you do this at work?*

Patient: *I can't let people see me doing this, they'll know I'm in therapy and I don't think it's any of their business.*

Therapist: *It's important that you monitor your mood and activities at work as well as at home. Can you think of any way we would accomplish that?*

Patient: *I'd like to, I'm just afraid that if people know I'm in therapy, they'll think I'm loony or something.*

Therapist: *Why don't we see if we can't come up with some ways that you can do the monitoring without your co-workers suspecting that you're in therapy. One thing people I've worked with before have done was to write down their mood and activity on a different, less conspicuous piece of paper and transfer it later to the self-monitoring sheet. Does that strategy sound like it might work for you?*

41. Self-monitoring

Did the therapist encourage the patient to record feelings, activities, or events between

sessions OR review the patient's records of feelings, activities, or events?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

The purpose of this item is to measure the extent to which the therapist:

- (1) encourages the patient to monitor events in her/his life or her/his activities, mood, or other feelings, OR
- (2) reviews with the patient records of events, activities, mood, or other feelings which the patient made prior to the session.

In rating this item the rater should not consider discussions of events, activities, mood or other feelings which do not occur in the context of planning or reviewing homework assignments. The rater should not consider therapists' requests for the patient to record thoughts, nor should the rater consider discussions in which the patient's thought records were reviewed. If the rater knows that the patient is self-monitoring but does not know what is being monitored, the rater should assume that the content is events, activities, mood, or other feelings and rate that behaviour on this item.

Example

The following example should be rated greater than '1' on this item because the therapist discussed a record that the patient had made of her mood and activities.

Therapist: *Let's look at the self-monitoring you did this week. What did you notice as you were doing it?*

Patient: *It was interesting to notice how tied in my mood was to what was going on around me.*

Therapist: *Were there any particular times during the week that you were high or low?*

Patient: *Yes, there was one time that I was really down. Here, it was on Friday*

afternoon.

Therapist: *What was going on then?*

42. Self disclosure by therapist

Did the therapist make use of self-disclosure of her/his life experiences to add a shared understanding of events or processes in the therapy?

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

Example:

The patient had just had bereavement.

Patient: *I just don't think anyone can understand what I am going through unless he has gone through the same thing – or something close to it- I'm not sure you understand – or that I should expect you to. Do you know at all how I feel?*

Therapist: *Yes, I do; as a matter of fact I went through something similar when my mother died.*

43. Direct reassurance

Did the therapist offer direct reassurance, advice or guidance to the patient? Compare with item 7 (Orientation).

1	2	3	4	5	6	7
Not observed		Some		A lot		Very much

This item is intended to measure direct reassurance, advice or guidance on the part of the therapist. As explained under item 7, in psychoanalytic psychotherapy reassurance is used sparingly to communicate to the patient that the therapist is aware of the impact of the work on them and to provide a degree of orientation for the patient so that the work progresses. It is accompanied by interpretation.

See difference with use of reassurance in Item 7.

Examples:

(a)

Therapist: *it's good you were able to let your boss you were angry with her when she did something on your project without your knowledge. That's different from the way you would have reacted before, which would have been to sit and steam over it without letting her know.*

(b)

Therapist: *I know that being in therapy is hard work. I think it will be very worthwhile for you though. You're doing the kind of things now that really facilitate improvements over time.*

(c)

Therapist: *I'm very familiar with the symptoms you're describing, as I've worked quite a bit with people who are depressed. I'm confident I can help you work through some of those things.*

Anexo 2: Instrumento – Folha de Cotação Original
Adherence Manual Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2
Score Sheet

TADS

Adherence Score Sheet – Whole session version

Patient ID	
Session	
Section	

ADHERENCE RATING:	LOW	...	...	...	...	...	HIGH	
1. Involvement	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
2. Empathy	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
3. Acceptance	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
4. Collaboration	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
5. Communication st.	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
6. Clarification	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
7. Orientation	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
8. External setting	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
9. Internal Setting	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
10. Early experience	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
11. Silence	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
12. Early material	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
13. Deepening understanding	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
14. Incongruent affect and speech	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
15. Unacceptable feelings	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
16. Direct questions	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
17. Linking – non transference	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A

Experiences: past-present []
 Affective states: experiences/thoughts []
 Session comments-pre-occupations [] **TICK ONE**
 Changes in understanding-changes in functioning []
 Anxieties/defences-relationships with others []

18.	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
-----	---	---	---	---	---	---	---	------------

Transference – therapist/patient relationship								
19. Transference – past relationships and therapeutic	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
20. Transference – current relationships and therapeutic relationship	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
21. Transference – anxiety/defence, hidden feelings	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
22. Counter-Transference (Use of feelings toward the patient)	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
23. Counter-Transference. (Use of explicit and behavioural cues)	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
24. Avoidance of mental pain	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A

ADHERENCE RATING:	LOW	...	...	...	...	...	HIGH	
25. Attack on mental capacity	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
26. Use of defence mechanisms	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A

TICK ONE:

Repression [] Denial [] Regression [] Acting out [] Somatisation []
Humour [] Other []

27. Use of symbols	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
28. Patient's contribution to difficulties, 'responsibility'	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
29. Turning	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A

against development

TICK ONE:

- a. The therapist draws attention to instances where evidence of improvement or growth lead to a powerful negative reaction or relapse in the patient.
- b. The therapist draws the patient's attention to how capacities of the patient are seen in others such as the therapist or friends and therefore denied.
- c. Although linked to 'a', this process specifically describes those situations where the patient uses their 'ill-state' either as a victim of their depression or their suffering in relation to their depression or other somatic presentation in a self-sabotaging way in the therapy. This should be compared and contrasted with other ways of turning against improvement as described in 'a'.

30.Neglect of healthy capacity	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
31.Patients' unconscious destructiveness	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
32.Excessive standards	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
33.Sado-masochistic relating.	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
34.Difficulty of disappointments and losses	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
35.Ruptures to communication	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
36.Impact of separations	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
37.Impact of termination/end of treatment	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
38.Identifying underlying assumptions	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
39.Recognising cognitive errors	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
40. Assigning homework	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
41. Self-monitoring	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A

42. Self disclosure by therapist	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A
43. Direct reassurance	1	2	3	4	5	6	7	N/R or N/A

N/R– Not Rateable
N/A – Not applicable

Anexo 3: Instrumento – Folha de Cotação Traduzida

Adherence Manual Tavistock Adult Depression Study (TADS) Version 1.2

Folha de Cotação (Tradução)

TADS
Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	
Sessão	
Secção	

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

[]

Estados Afetivos-experiências/pensamentos []
 Comentários da Sessão-Preocupações [] SELECCIONE UM
 Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento []
 Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro []

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADERÊNCIA	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
25. Ataque Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
26. Utilização Mecanismos de Defesa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização
 [] Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos/Sonhos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
29. Estar Contra o Desenvolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

SELECCIONE UM:

- d. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- e. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- f. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
33. Relacionamento Sado-Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do Término/Fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R– Não Retratado
N/A – Não Aplicável

Anexo 4: Material – Intervenções Analisadas
Transcrição das Intervenções Realizadas pelo Terapeuta

Início - 25-06-10	Intervenção Terapêutica
1.	00:07 M, como é que se sente?
2.	M: Sinto-me igual, quer dizer, acho que pior. Quando saí daqui na sexta-feira fartei-me de chorar, no sábado foi horrível, foi uma choradeira que Meu Deus! Depois pronto, lá continuei com a vida, há que continuar 00:44 E o que é que a fez chorar? (-Pensar nele)
3.	M: Parece que toda a gente consegue (ter uma relação) e eu não consigo 01:44 Mas parece que não é essa a situação que a M deseja
4.	M: Se estivesse a trabalhar a coisa fazia-se mais facilmente 02:24 Distraía-se, não era?
5.	03:16 Às vezes nós distraímos-nos com os outros, arranjam coisas para não pensar no luto. Muitas vezes isso são formas de adiar o luto, de não fazer o luto mas os lutos que não são feitos acabam sempre por retornar de alguma maneira
6.	M: Chorei um bocadinho e depois levantei-me e comecei a arranjar estas coisas todas para ter alguma coisa para fazer 04:22 Reagiu, continuou com a vida
7.	07:13 Quando é que vai ser essa formação?
8.	07:31 Quero que saiba que eu vou estar cá à sua espera.
9.	M: Mas acho que também trabalhei bem porque sabia que ao fim do dia ia ter com os meus amigos, íamos jantar, íamos estar bem 09:10 Arranjou estratégias para resolver a questão
10.	M: Mas isso é bom? Eu estar a arranjar estratégias? Não devia fazer primeiro o luto? 09:20 Não há formas mágicas, não há receitas
11.	09:28 Os lutos têm de ser feitos
12.	M: Ele deve estar na boa, completamente, lá com os amiguinhas todas no flirt 09:49 As dores de cabeça estão, de certa forma, associadas à raiva
13.	M: Tem sido todas as noites ou quase todas a acordar com um pesadelo qualquer 10:27 Hum, hum...
14.	M: São sempre diferentes. Hoje era o quê? Já não sei, era não sei quem a perseguir-me 10:40 Mas lembra-se de alguns detalhes?
15.	M: Não me lembro de mais pormenores 11:09 Quem é que achava que a estava a perseguir? (-Não sei)
16.	M: Eu fui tão estúpida em acreditar no que ele me dizia 11:59 Porquê que acha que isso tem de ser estúpido, acreditar nos outros?
17.	M: Enquanto a mãe existir nenhuma mulher vai ser suficiente para ele. A senhora

	coitada... Gosto imenso dela 13:44 Às vezes há homens assim mas porquê que a M escolhe um homem assim?
18.	M: Não sei porque ele não parece assim 14:18 Não parece?
19.	16:45 No entanto, quando a M me diz: “Porquê que acreditei nele? Porquê que fui - como se chama a si própria - parva ou estúpida em ter acreditado neste H? Seria possível ter sido de outra maneira?
20.	M: Não podia 17:03 Portanto não me parece que valha a pena bater-se por isso
21.	M: Se calhar, se eu não tivesse ido ver os e-mail nada disto tinha acontecido mas a verdade é que ele estava a falar com a pita na mesma 17:38 Hum, hum...
22.	17:44 A mim parece-me que a M se começou a bater primeiro.
23.	M: Ele tinha lá uma caixa a dizer “ex” que eu nunca abri aquilo, bolas, abrir a caixa e ver fotografias de ele agarrado a outras 19:13 A M está a dizer que também expôs isso à sua tentadora mente
24.	19:50 Sim, não interessa aqui o nível de dificuldade que se põe, o que interessa é que estava lá
25.	M: É correspondia pessoal, não é para as pessoas andarem a ver 21:18 Parece que na vossa relação haviam momentos explosivos que a qualquer momento podiam armadilhar tudo porque deixar, enfim, essas questões acessíveis...
26.	M: Ele era muito do contra 22:11 Havia competição
27.	M: Ele achava que era sempre como eu queria e não era, era como ele queria 23:26 Então não havia muita paridade nesta relação
28.	M: Mas depois dava-mo-nos muito bem (...) 24:02 Sente falta das partes boas da relação (-Claro)
29.	M: Nada é perfeito 25:53 Nada é perfeito mas também nada é imperfeito, ou seja, a imperfeição total não existe
30.	27:19 Que características é que a M acha que esse homem tinha?
31.	M: Fazia-me sentir especial 28:18 Hum, hum...
32.	28:30 A M à pouco disse que os domingos eram difíceis. O que é que o domingo lhe faz lembrar?
33.	28:45 E mais atrás?
34.	M: Mais para trás? Antes dele? 28:51 Na sua infância e adolescência?
35.	M: O domingo à noite é muito... Custa muito 30:25 A M sente aquela coisa a partir do meio da tarde de domingo?

36.	M: Quando estava a trabalhar 30:30 Hum...
37.	M: O último trabalho que eu tive era por turnos por isso não havia o domingo 30:35 Hum...
38.	M: Não havia o síndrome do domingo 30:37 Sim
39.	31:01 Os domingos têm a ver com a dificuldade de separação
40.	M: Pois, separar-me do que é bom 31:18 Se calhar... A M evocou situações prazerosas relacionadas com a família. Naturalmente, no dia seguinte, há a escola, os pais vão trabalhar e há como que uma separação
41.	M: Eu tentei separar-me dele (defunto), acabar com ele mas depois 32:27 Ficou à espera que fosse ele a acabar
42.	M: Se calhar foi o facto de ele ter tido um acidente (...) Se calhar foi isso que me fez ficar mais agarrada a ele 35:15 Mas 15 anos... O que eu quero dizer com isto é que esse facto não pode ser valorizado como a razão por lá ter ficado. Portanto, poderá haver outra razão
43.	M: Sim, sim lá está, o medo de separação, o medo de ficar sozinha 35:48 Quando se separou do seu namorado dos 15 anos e encontrou o Rangel, teve um período sozinha?
44.	36:01 Recorda-se quanto tempo foi?
45.	38:41 De qualquer das maneiras, a M estava disponível não era? Porque o luto da relação anterior já tinha sido feito ainda que dentro da própria relação, as coisas já tinham terminado, só tinham permanecido por rotina
46.	M: Eu quando estou com uma pessoa estou com uma pessoa, não estou com quatro ou cinco 40:05 Disse: “Eu quando estou com uma pessoa, estou com uma pessoa, não estou com quatro ou cinco” É a sua família não é? Os pais e os filhos
47.	40:38 Tinha necessidade de se separar? Ou seja, quando estava com um irmão, se havia conflitos entre irmãos, ficar fiel a um quando era apanhada no meio de qualquer coisa? Defender mais um ou defender mais outro?
48.	M: Eu só comecei a dar-me bem outra vez com a minha irmã quando ela saiu de casa, quando ela casou 42:02 Hum...
49.	M: Com o meu irmão comecei a dar-me melhor a certa altura porque ele e o defunto, eu chamo defunto a aquele com quem eu namorei 15 anos 44:13 Hum...
50.	44:49 E em relação aos seus pais? Tinha que disputar a atenção deles? Como era?
51.	M: Eu tinha uma paixão pelo meu pai, acho que todas as meninas têm 45:40 Hum, hum...
52.	M: Uma coisa que noto é que desde miúda as pessoas não podem dizer que vão

	fazer uma coisa que depois não vão fazer 46:35 Mas como é que foi? O seu pai tinha prometido que a levava a qualquer lado?
53.	46:55 Que idade tinha?
54.	M: Era muito pequenina, acho que ainda não andava propriamente na escola 47:00 Hum, hum...
55.	47:48 Como é que era essa mulher? A mãe?
56.	M: Ela foi operada, caiu da marquesa e então em vez ser assim era assim 48:32 Hum...
57.	51:02 Mas diga-me só, porquê que ficou com essa sensação que a sua mãe gostava mais do seu irmão e o seu pai da sua irmã?
58.	M: O meu pai dizia: “Ai coitadinha (irmã), deve ter problemas, faz chichi na cama” 51:43 Que idade é que ela tinha?
59.	M: Na escola fartou-se de reprovar, eu quase que a apanhei 52:08 Hum
60.	M: Apanhei do meu pai como gente grande 53:14 Apanhou como?
61.	55:43 Portanto a atenção era sempre um bocadinho disputada, quando um tinha o outro não tinha
62.	55:54 A sua irmã tinha tolerância pelos chumbos, a M não teve pelas negativas. A M teve direito a brinde, a sua irmã não teve
63.	M: Saíamos de lá com tudo para todos 57:03 Hum...
64.	M: Depois lá está, era tudo muito mais velho que eu 1:00:28 Hum, hum...
65.	1:00:36 A questão aqui é que a M também refere a atenção como um aspecto muito importante na relação que tinha e chegou a dizer que era do que mais sentia falta, sentia falta dessa atenção. O que nós tentamos explorar um bocadinho é de onde vem essa falta de atenção, essa necessidade de atenção. Até que ponto é que essa atenção teve que ser conquistada, chamada
66.	M: Chamar a atenção para me darem atenção? 1:01:14 Sim
67.	1:01:25 Porque independentemente da relação, sofria mas com afecto. Parece que a M diz que ficou sem lugar porque o seu pai guardou para a sua irmã e a sua mãe para o seu irmão. Portanto, para os seus dois pais a M tinha que chamar à atenção, tinha que afastá-los do colo, do lugar, para lhe darem colo
68.	M: Lembro-me de ter o carinho e o mimo deles na mesma 1:02:58 Hum...
69.	M: Não sou tonta da cabeça

	1:03:15 Eu também não tenho nada essa impressão, de que é tonta da cabeça
70.	M: Porquê que eu preciso tanto dessa atenção? Porque eu tive atenção quando era miúda 1:04:46 Sim, de facto teve, teve atenção. A questão é que continua a fazer-lhe falta não é?
71.	1:05:03 E parece que também houve um domingo em que o seu pai prometeu uma coisa e...
72.	1:05:28 A questão é que às vezes podemos ter a atenção dos nossos pais mas somos crianças e o que temos não chega. Aqui a questão não é responsabilizar ninguém mas há necessidades que surgem no momento e não são correspondidas. Só que a forma como depois nós interiorizamos essas coisas depois podem ter outro tipo de... Podem mais tarde fazer sofrer numa separação
73.	1:06:32 Vamos ficar por aqui
74.	1:06:57 Em principio há a pausa de agosto
75.	1:06:57 ...Eu estarei à sua espera

Início - 05-07-10	Intervenção Terapêutica
1.	M: Estava a senhora a explicar-me as coisas e começam a cair-me as lágrimas em frente à senhora e passei a maior vergonha do mundo e depois fiquei... 01:54 E ficou...
2.	M: Só a antecipação de ir para casa e ficar a relaxar e não sei quê, que era o que me estava a apetecer, estava a deixar-me super irritada 03:18 Daí o seu stress
3.	M: É um mês de trabalho, vou ganhar mais do que no subsídio, vou estar a fazer coisas novas, vou estar ocupada, vai ser bom para mim, vão-se abrir portas mas eu não consigo estar feliz por isso, não consigo 03:54 Às vezes nós não conseguimos estar felizes quando alguma coisa falta
4.	M: Neste momento faltam-se duas coisas, uma delas muito importante que é um emprego 04:10 O que a M está a dizer é que lhe falta ao nível dos afectos, queria estar bem ao nível dos afectos e a realização profissional também resulta disso, do estar bem, do estarmos bem afectivamente
5.	M: Eu devia ficar feliz por ter trabalho e pôr o nível afectivo para segundo plano 04:47 E isso é possível?
6.	M: Não 04:52 Pois, eu também acho que não, também acho que é um bocadinho difícil
7.	05:00 No entanto, a M dizia na última sessão que tinha saudades de estar bem, de estar contente, de se rir, de se divertir, que era o que acontecia quando estava ao pé daquele homem
8.	M: Era eu que estava bem mas ele também estava bem, estávamos os dois bem 05:56 É como se a M fizesse depender esse bem estar do outro quando na realidade quem está a vivenciar e a expor e a exteriorizar esse bem estar era a M, não é?
9.	M: Sim mas estava porque estava com ele, porque lá está, eu faço sempre depender a minha felicidade de uma pessoa externa, tenho perfeita noção disso 06:33 E de onde é que acha, de onde é que a M acha que isso vem?
10.	M: Ele tratava-me como uma princesinha. Os meus pais já nos punham dentro de um redoma aos três e ele continuava a pôr-me dentro de uma redoma 09:14 Uma redoma... O que a M me quer dizer é uma redoma onde a M não teve espaço para a sua privacidade e para a sua vivência
11.	M: Eu achava que aquilo era o que eu queria 09:39 Daí a M ter que ir ao centro de emprego chorar ao pé da senhora a sua tristeza
12.	M: Estava com uma amiga minha 10:00 Para mais, não é? Ou seja, há necessidade de vivenciar, enfim, tristezas... É a sua tristeza que a M vivencia neste momento expondo-se de uma forma que lhe

	causa vergonha e também um bocadinho, segundo aquilo que a M me tem trazido, também um bocadinho auto-agressiva
13.	M: Em que eu não me sinto bem de todo, que me faz ficar mal e depois fico pior do que estava 10:04 Pois, conforme a M se abre
14.	M: Eu não quero estar a chorar à frente das pessoas, não tenho necessidade nenhuma disso. Depois sinto-me mal, eu já estava mal e depois fico pior, a bater-me por ter feito aquilo 11:57 Por outro lado, a M não vindo cá sexta-feira, para estar cá comigo para partilhar essas coisas
15.	M: Eu até comentei: “Porquê que eu não fui?” (risos) 12:17 Foi chorar ao pé de alguém que também presta serviço (risos)
16.	M: Estava a tirar o curso do Capri 13:25 Hum, hum...
17.	M: Quando descobri que ele tem 33 anos fiquei aliviada 17:14 Fez uma grande diferença
18.	M: É óbvio que eu sei porquê que isto aconteceu, porque o R começou a falar com a palerma da miúda. Pronto, é isso, percebi perfeitamente o que era 18:15 Tem necessidade de actualizar a mesma cena passada
19.	M: Não percebi 18:22 Pelo que eu percebi, o R terá envolvido-se, segundo a M, com uma rapariga mais nova, de 20 anos?
20.	M: Eu identifiquei-me com a situação 19:04 E agora voltou a reviver, revivenciar a situação com a rapariga mais nova
21.	M: Digo eu que ando com um pé atrás, não sei se me atiro outra vez de cabeça e bato com a cabeça no chão 20:03 Hum, hum...
22.	21:09 Por outro lado, a M diz: “Todos os homens traem” e de certa forma também quis verificar se eu era traidor ou não
23.	M: Não era para verificar se era traidor ou não 21:27 Estou a tentar perceber porquê que a M no fundo, na sexta-feira teve necessidade de não vir aqui a este seu espaço e eu senti, se me é permitido sentir alguma coisa deste lado, senti de alguma forma que a M queria se certificar que eu também teria disponibilidade para si, disponibilidade para estar consigo
24.	M: Acho que não foi propriamente assim, no sentido de verificar se tinha disponibilidade para mim. Digo eu, pelo menos esta é a minha análise, pode estar errada (risos) 24:00 Sabe que às vezes os psicólogos têm destas coisas, dizem destas coisas (risos). Aqui a questão é porque eu tive a necessidade de falar nisto porque sinto que precisamente a M tem necessidade de, por vezes, abdicar do seu próprio espaço, abdicar do seu próprio espaço afectivo, materno... E este decorre de coisas como o procurar situações – veja se lhe faz sentido – situações que às vezes podem ser emotivas ou auto-produtivas. O facto de repetir esta situação com esta

	rapariga, repetir a situação com o rapaz lá do tango, estar lá no centro de emprego com a funcionária a expor-se e o ir ver os e-mail
25.	M: Eu estava naquela dicotomia de não quero encontrá-lo mas ao mesmo tempo quero encontrá-lo 26:48 Hum, hum...
26.	M: Para me esquecer do que tinha visto, as fotos não eram nada mas tinha-o visto 22:28 Não quer saber mas vem sabendo, não é?
27.	M: “Não quero saber nada mas em que dia foi?”; “Não quero saber nada mas que horas eram?” 28:46 Hum, hum...
28.	M: Pelos vistos faço muita coisa que me faz mal 29:25 É natural querer saber, enfim, ter essa curiosidade mas por outro lado é importante que a M tenha presente que são situações que podem ser negativas
29.	M: É ver se ele está online ou não 31:29 Mas isso acaba por ser também uma exposição ainda que de si para si porque quando se vê essas coisas, apesar de ser uma coisa mediada pelos computadores e pelas redes, nós podemos espreitar o outro mas o outro também tem a capacidade de nos espreitar a nós. A M sabe que está offline mas ele também pode estar a ver se a M está ou não offline e nem envia sinais. Há como que uma espécie de correlação que se mantém dentro de si com planos pouco claros que depois dá aso a fantasias
30.	M: Fico sempre a pensar, será que quando eu estiver online, se ele também estiver online, vem falar comigo ou não? Estou sempre nessa agora 32:40 Pois é e se pergunta: “Se ele vier falar o que é que eu faço, respondo ou não respondo?”, “Se responder o que é que respondo?”
31.	M: Ele está lá mas não o consigo tirar agora 32:55 Mas vai ter que conseguir (-Pois...)
32.	32:57 M quem é que lá em casa aplicava os castigos? Quem é que castigava, como é que decidiam os castigos? O pai ou a mãe?
33.	M: Nós quando éramos pequenos tínhamos menos respeito ao meu pai do que à minha mãe 33:21 Tinha mais? (-Tinha menos)
34.	M: Quando a minha mãe chegava e dizia: “M S” eu entrava em sentido e esperava que a minha mãe chegasse ao pé de mim e me batesse, ela deitava-nos no colo, pegava no chinelo ou no que fosse e dava as palmadas 33:59 Isso com que idade?
35.	M: Mas castigos propriamente ditos eu não me lembro de ter tido 34:41 As palmadas já são um castigo
36.	M: A minha mãe dizia: “Se não come agora quando tiver fome é isto que vai comer, quando vier dizer que quer lanchar o iogurte ou aquilo que gosta come o almoço” 35:44 Hum, hum...
37.	36:12 Os seus pais discutiam muito?

38.	M: Eu tenho que arranjar uma casa urgentemente porque se não quem vai ser o motivo de divorcio do meus pais sou eu 39:00 Quando o seu pai falou na infância e no ciclo do divorcio, que idade tinha a M?
39.	M: Depois deixei de lhe ligar mas as primeiras vezes de que me lembro foram no quinto ano, ora quinto ano 10 anos 39:26 Já tinha acontecido antes?
40.	M: Isto durou até à faculdade. Nós saímos de casa todos e tal, eles ainda eram casados mas estavam sempre nisto 39:50 Estava a tentar perceber de onde é que vem a culpabilização que a M tem de se martirizar, de se obrigar a apanhar palmadas
41.	M: Nós não somos capazes de nos zangarmos muito tempo uns com os outros 40:55 Hum, hum...
42.	M: Não pedíamos desculpa nem nada disso mas éramos incapazes de ficar zangados 41:13 Depois passava, não era?
43.	M: Martirizar, dizer que a culpa é minha, procurar um bocado situações para... Não sei se é porque tenho dificuldade em aprender com os erros 45:10 Disse duas coisas, para já ficava a M com a culpa, não é? Quando era pequena alguém tinha que ficar com as culpas, no meio da família alguém tinha que apanhar as paranóias dos pais, alguém tinha que ficar com elas e provavelmente deve ter ficado a M com isso, até porque uma criança quando sabe que os pais se vão divorciar pensa sempre, ainda que de uma forma inconsciente, que tem alguma responsabilidade nisso. Fantasia sempre de alguma forma: “O que é que eu terei feito para que isto acontecesse a eles?”. Sobretudo se as coisas são tão volúveis em que nuns momentos as coisas estão bem e noutros já está o caldo entornado. Alguém tem que ser responsável, alguém tem que enfiar a carapuça digamos assim. Por outro lado, também me estava a dizer que as suas inseguranças são activadas na presença dos outros, nomeadamente com o R a pô-la em causa ou em situações em que surge competição com outras mulheres
44.	M: Foi um caso que nunca me tinha acontecido 47:15 Desta miúda agora?
45.	M: Aquela competição que, lá está, nunca tinha acontecido mas identifico-me com o caso 47:27 Nunca tinha acontecido ou nunca tinha tomado consciência?
46.	M: Não sei 47:39 Portanto M, pense
47.	M: Não me sinto confortável, estou sempre a pensar agora não vou dizer isto que ele pode levar a mal. Isto também não é vida para ninguém, não gosto 52:22 A M que aparece é uma M mais infantil com as inseguranças todas das meninas
48.	M: Parece que sou eu própria que ponho... 54:44 Isso é uma forma de se bater a si própria e de se privar de ser feliz

49.	M: Parece que vou sabotar a relação porque se eu sei que ele não gosta de discutir e se eu própria não gosto mas automaticamente, “puf” 55:13 Pois, a discussão surge naturalmente, agora a dimensão e o peso que a discussão ganha é que...
50.	M: Facilmente peço desculpa 56:04 É normalmente a M a pedir desculpa? Ou seja, é normalmente a M que fazia a reparação e o repor as coisas?
51.	M: Às vezes as culpas são meias-meias, não é? 56:44 Hum, hum...
52.	M: Mas sim, a maior parte das vezes 57:13 A M sentia esse espaço da zanga do outro depois tornar-se um bocado pesado para si?
53.	M: Às vezes não passa por pedir desculpa, passa por dar o primeiro passo para chegar à outra pessoa, é melhor do que ficar chateados, passar uma noite cada um virado para seu lado, por isso, era normalmente eu 59:04 Acho que já chegamos a lado do início da sessão em que a M dizia, perguntava aqui, porquê que não conseguia estar bem, não conseguia estar feliz com uma perspectiva de trabalho que era algo que desejava. Aparentemente, enfim, parece que nessas alturas a M impede-se de gozar as coisas boas da vida, não é? Culpa excessiva? O excesso de culpa e essas coisas que são mais sabotadoras, são o que a impede de gozar precisamente também as partes boas. Independentemente da M estar triste com esta separação, com esta perda que naturalmente corresponde ao luto, as outras dimensões da vida continuam. Portanto, o facto de nós estarmos triste com uma coisa à partida não deveria ser impeditivo de gozar as outras partes boas e isto sem culpa. A M levou a essas partes, do bem estar, do riso. Quando se ria e se divertia era a M que se estava a divertir mas que sente essa ausência como também privando-a
54.	M: Estar feliz... Devia estar feliz 01:01:58 Tem direito à felicidade, não é?
55.	M: Mas como é que eu me vejo livre desta culpa e me deixo ser feliz pelo menos para usufruir dos momentos felizes? 01:02:12 Acho que vindo cá e falando destas situações.
56.	M: Ficamos por aqui 01:02:35 Ah espere, sexta-feira? (-Sexta-feira às 11 horas)

Início - 6 Meses 23-12-10	Intervenção Terapêutica
1.	M: Se eu já dormia mal, então agora 00:10 Hum...
2.	M: Esta semana não há pior 00:13 Não há pior?
3.	M: Nós estávamos a tratar para comprar a casa 00:46 Hum, hum...
4.	M: A nossa esperança era que ela tivesse mais casas em Lisboa, ontem... 01:12 Ontem souberam
5.	M: Ela diz que se fartou e que agora quer reaver a casa 01:33 Que se fartou?
6.	M: Sim, é óbvio que a mulher se fartou, eu também me fartava 01:45 Ah, porque estavam em processo de negociação para comprar a casa?
7.	M: Eu sabia os processos todos, eu sabia tudo o que era necessário 02:13 Hum, hum...
8.	M: A minha irmã é professora primária, trabalha as manhãs e duas tardes, coitadinha, não tem tempo 04:02 Ah...
9.	M: Vão arrendar outra casa, tem ser na zona não vamos desterrar os meus pais agora não sei para onde 06:52 Sim, é a zona que conhecem
10.	M: E pronto 09:17 Ainda eu estava à porta e já estávamos a falar da família, não é?
11.	M: É uma irritaria 09:24 Mas vamos por partes, primeiro a M já sabe daqui que em relação a essa situação da sua irmã a M vive com um sentimento de injustiça, a sua irmã não está a pedir dinheiro nem bens materiais, a sua irmã está à procura de afecto, afecto que lhe faltou e que tenta compensar nessas coisas, não é? A sua irmã também sofre uma ausência de espaço dentro do seio da família
12.	10:12 Em relação à questão da casa, qual é a decisão dos seus pais? Os seus pais querem ficar com a casa? Querem comprar a casa?
13.	M: O meu pai arrastou, arrastou 10:29 A mim parece-me que a senhoria está a dar um ultimato e quando as pessoas dão um ultimato ainda esperam alguma coisa
14.	M: Agora vão ser advogados para cá e para lá, já não somos tidos nem achados 11:41 Porquê que a M diz isso: “A partir de agora vão ser os nossos advogados e não sabemos quanto tempo” ?
15.	M: Depois de uma vida inteira vão para o olho da rua com 70 e tal anos

	12:24 Se não correr pelo melhor pode acontecer mas até lá ainda há muito caminho a fazer
16.	M: Agora é que eles têm que se chatear com isso 13:37 E o que é que a M sente sobre isso?
17.	M: Sei lá 13:43 Como é que se fica a sentir?
18.	M: Impotente 13:50 Queria ajudar os seus pais...
19.	M: Começou por mim, passou para o meu irmão e agora são os meus pais, espero que não chegue à minha irmã que ela tem dois filhos 14:49 De repente pareceu-me que a M ficou aí a causadora de todo o mal que se começou a arrastar pelo mundo fora
20.	M: Eu acredito que as coisas más trazem coisas más e as coisas boas trazem coisas boas 15:04 Hum...
21.	M: Por isso faço um grande esforço para não estar mal, gosto de estar rodeada de coisas boas 15:27 Não penso assim, quando estou mal tenho tendência a só reparar nas coisas más porque estou mal e projecto esse mal estar também à minha volta e quando estou bem também tenho tendência a reparar nas coisas boas
22.	M: Não é a questão de eu ser causadora mas... 16:02 Nós estando de fora culpamo-nos da situação
23.	M: Mas começou por mim 16:06 A M repare como nós às vezes, mesmo que nem acreditemos muito nisso, dizemos aquele dizer só da boca para fora mas isso também nos condiciona porque também ficamos depois agarrados a essas coisas que dissemos. É como se nessa posição a M estivesse disposta a ficar como causadora
24.	M: É assim... 16:40 Porque depois lá está, tem uma certa razão, isso tem um retorno, o atrair coisas más tem um retorno que às vezes estas posições em que ficamos nos devolvem
25.	M: Pois, se nós virmos as coisas desse ponto de vista 17:04 Mas atenção, isso é o que a M devolve a si própria
26.	M: Se logo no início de Setembro eu tivesse tratado de tudo não havia este problema agora 20:59 A M responsabiliza-se por esta situação?
27.	M: É óbvio que a senhoria tem razão 21:50 Ela ainda está a testar esta última cartada
28.	M: Ela queria que a gente assinasse um contrato de promessa-de-compra-e-venda 21:58 Quando?
29.	M: O meu irmão é considerado emigrante, emigrante não residente 22:29 Hum, hum...

30.	M: Mas também com dinheiro mal gasto, jantares e almoços fora onde se gasta um balúrdio 23:54 Mas estão juntos?
31.	M: Não sei como é que os meus irmão conseguem ser tão egoístas, eu não, eu estou sempre a pensar nos outros 30:50 Que é para não pensar em si
32.	M: Como é que a minha irmã consegue estar na boa? 32:41 Como é que a sua irmã consegue estar na boa?
33.	M: Sim 32:46 Acha que ela está?
34.	M: Ela está um bocado preocupada mas não sei se ela está preocupada porque vai perder as mordomias todas que os meus pais lhe proporcionam, não sei se está por ela, ou se por eles 33:06 Que idade tinha a sua irmã quando nasceu o seu irmão? Qual é a diferença de idades?
35.	M: Estava a precisar de falar assim, dizer tudo 34:32 Já disse tudo?
36.	M: É Natal, não me quero chatear, o problema é que depois chego à cama e não durmo 34:56 Como é que vai ser o seu Natal?
37.	M: Até que eu cresci e percebi que querido ele (primo) só era para mim realmente 37:50 Porquê que disse querido?
38.	M: Porque ele é um filho-da-mãe com as mulheres 37:57 É que?
39.	M: É bom mas para mim não é tão bom 44:05 Não é bom M?
40.	M: Não é que ela seja burra mas é “calona”, é “calona! A minha irmã chumbou anos atrás de anos 45:37 Na adolescência?
41.	M: Eu era a segunda mais pequenina da turma, eu cheguei a casa lavada em lágrimas a dizer que não queria ir porque eles eram todos muito grande 46:28 Hum...
42.	M: A minha irmã esteve num colégio privado e tudo, esteve no académico 47:03 Esta falta de afecto que a sua irmã tem já vem de trás
43.	M: O que tem de novo para mim é que obriga-me a pensar, eu falo muito mas depois não penso 49:07 Obriga-a a centrar-se em si
44.	M: Custa saber que a nossa vida está assim por nossa culpa, sem saber o que fazer para mudar 49:26 Mas a vida está assim por nossa culpa, por nossa responsabilidade por isso é percebendo isso que nós também percebemos o que temos que fazer para mudar mas primeiro temos que dar esse passo

44.	M: Que é minha responsabilidade eu sei 49:54 Já sabe daqui
45.	M: M continua a pensar em homens, parece incrível 50:19 M continua a ter desejos, sinal que está viva, ainda é viva, isso é bom
46.	M: O V do Porto 50:36 V?
47.	M: É um querido 50:53 Hum...
48.	M: Eu tenho muito de dar o diminutivo quando acho as coisas queridas e fofinhas 51:01 Tem que se defender ainda, pô-los pequeninos que é para não dar a dimensão correcta
49.	M: Não é isso que estou à procura 53:21 Ficou a pensar nesse homem...
50.	M: Era da maneira que eu ia aprender a dançar tango 55:01 Era o quê?
51.	M: Era da maneira que eu ia aprender a dançar tango 55:06 Hum...
52.	M: Também pode não ser nada mas era bom que fosse 55:44 O que é que a M acha? Quer dizer, não está a dizer isto aqui por acaso
53.	M: eu acho que pode ser qualquer coisa 55:51 Percebeu alguma coisa (-Claro)
51.	M: Vamos ver, às vezes estas coisas podem ser confundidas 56:03 Mas o que é que lhe diz a sua intuição?
52.	M: Que ele está a começar a ter qualquer tipo um interesse 56:11 E a M?
53.	M: Já sabe que eu vou sempre a correr 57:35 Já está aqui a por: “É pá e se ele não sabe falar de outra coisa?”, “E se ele...”
54.	57:45 É o vosso desejo, deixe estar. Este homem dança tango, só é preciso dois para dançar tango. Eu não estava a falar de outra coisa, eu estava a falar de um homem que dança, nasce a fantasia que também sexualmente é um homem. Como se “ Finalmente vou aprender a fazer amor, tenho desejo de fazer amor bem com este homem” Aprender a dançar tango é isso
55.	M: É... 58:24 Deixe estar o desejo, deixe...

Início - 6 Meses 07-01-11	Intervenção Terapêutica
1.	M: Da última vez quando eu saí daqui em quê que a gente ficou? Pensar em quando me sinto culpada? 00:22 E o que é que pensou sobre isso?
2.	M: Que está nas minhas mãos mudar, isso já sabia, agora como... 00:48 Como é que isso se faz?
3.	M: Percebi que é daquelas fulanas que gosta de estar rodeada 01:41 Hum, hum...
4.	M: Ainda por cima o dia em que o R fazia anos 02:58 Quem é que fazia anos?
5.	M: Ver pessoas que já não via há não ser quanto tempo e agora estou 9kg mais gorda 03:59 Mas pelos vistos, nesse lado, também nesse campo está a assumir a responsabilidade.
6.	05:49 Mel com açúcar?
7.	05:57 Isso também não ajuda
8.	06:24 O que a M me trás é que, de facto, é difícil assumir as responsabilidades. Aquilo que se pretende é transformar a culpa em responsabilidade. Portanto, nós deixarmos de sentir a culpa e passamos a sentirmo-nos responsáveis porque quando sentimo-nos responsáveis temos controle, sabemos os nossos limites, sabemos até onde podemos ir, sabemos que as coisas dependem de nós e lidamos com os nossos sucessos e com os nossos fracassos de uma forma ajustada. Mas é como se, neste momento, a M dar esse passo fosse fosse difícil e ainda tem que fazer essas cedências aos outros. Passar o fim-de-ano com quem não lhe apetecia, ir almoçar com pessoas que...
9.	M: Também com o que eu engordei a certa altura o corpo pode dizer que chega 08:17 O corpo a dizer que chega ou a M a dizer a si própria que chega? A M já deve ter percebido que não é assim que consegue, não é ao instalar esse preenchimento com a comida que vai libertar-se do vazio e da tristeza
10.	09:35 Como é que foi o Natal?
11.	12:03 Isso também foi bom, a M deixou-se ficar no seu lugar
12.	M: A minha sobrinha adora-me, se eu digo “ai” ela também diz “ai”, também é de mais mas pronto, a miúda há-de crescer e há-de ter a sua opinião 12:34 Que idade tem ela?
13.	M: A minha irmã dá-lhe uma peça de roupa que ela não veste mas se disser que foi a tia que deu a miúda já veste 12:44 É uma identificação com uma figura feminina
14.	M: Não me cabia a mim

	14:19 Parece-me que a M reagiu bem, foi assertiva: “as prender estão ali, esta não é a minha casa, façam o que quiserem”
15.	M: E agora vou viver lá para casa 2 meses 14:45 Vai viver para onde?
16.	M: Para a casa dos meus pais 14:56 Como é que acha que se vai sentir?
17.	M: Espero que não seja como da última vez 15:45 Isso foi à quanto tempo?
18.	M: A senhoria “lixou-se”. Para pôr os meus pais fora de casa ela precisa de ter a casa à 5 anos 16:18 Precisa de?
19.	M: Ter a casa à 5 anos e ela tem a casa à um ano e pouco 16:22 Hum...
20.	16:32 Se calhar isso é uma oportunidade para se retomar as negociações
21.	16:47 Mas já vão saber como
22.	M: A minha amiga Xanax 17:12 Tem uma amiga Xanax?
23.	M: Tento fazer as coisas diferente daquilo que habitualmente fazia 21:27 Sim mas aí a M sentiu um preço demasiado elevado para aquilo que está em causa.
24.	M: Depois há quem diga que eu estou com uma depressão e devia tomar anti-depressivos e não sei quê mas não quero tomar nada disso 22:55 A M está triste mas está funcional
25.	23:08 Os anti-depressivos resolvem as coisas momentaneamente não é? Leva o químico, altera mas não resolve tudo
26.	M: Acho que estou a dar com eles pela companhia 24:40 Ou então também se identifica com as partes menos boas
27.	M: Acho que não é isso 24:54 Ou porque também há uma função de anestesia que a M várias vezes trás. Os problemas comparados com aqueles...
28.	M: Ele pergunta sempre como é que eu estou mas ouve e automaticamente passa para as coisas dele 26:13 Às vezes as pessoas agarram-se às pessoas...
29.	M: Eu sinto-me tão sozinha que não sou capaz de abdicar de umas pessoas que eu sei que estão ali (...) Eu quero a companhia das pessoas porque estou sozinha 26:50 Sacrificando... Repare que aí tem um preço grande pois se a M está com uma pessoa e sente: “Estou aqui, estou a gastar dinheiro”, não é você que está com a pessoa, fica logo a relação... Há outras formas de estar
30.	M: O que me apetece é meter-me de baixo dos lençóis, dormir 2 meses e acordar com tudo resolvido 27:47 Um pouco como aqui não é? A M gostava que esta bolha em que nós

	estamos abarcasse tudo o resto e depois quando saísse daqui já tinha as coisas resolvidas
31.	M: Ela quer sempre manter aquela facada optimista e depois eu sei que muitas vezes ela também se põe a chorar e não sei quê e não sei que mais 28:51 Sim porque uma coisa é o optimismo, outra coisa é ficar...
32.	M: Tento fazer as coisas de um lado diferente mas pelos vistos o lado diferente que eu estou a fazer não é o mais correcto porque não é suposto custar tanto 30:12 Abdicar do seu espaço de prazer que é um espaço que é seu nestas situações de festejo para estar a correr atrás de uma promessa de emprego tem um preço que eu diria que a M sentiu. Em algumas coisas não é bem esse o caminho mas também é importante que a M vá vendo que há outros caminhos, mesmo que alguns sejam errados
33.	M: Estava cheia de dores nos pulmões 31:39 Está a tomar alguma coisa?
34.	32:12 O que é importante é que a M veio até cá.
35.	M: Eu sei que responsabilidade é minha, eu sei que depende tudo de mim mas continuo sem saber o que fazer 33:09 Sim, mas tenção porque a M trás coisas diferentes. Mal ou bem tentou ir e ver se leva este emprego, vai estando com as pessoas ainda que isso... Estar com as pessoas está, não está de uma forma livre porque os condicionamentos financeiros condicionam esse estar, não é?
36.	M: Depois aquilo é tudo muito das drogas e depois vão “snifar” coca e vão “snifar” não sei quê e vão tomar não sei quê (...) Drogam-se todos e depois vão todos para a cama uns com os outros 35:59 Ter ido para um, ainda por cima, ambiente perigoso
37.	M: Tendo esta idade sei muito bem 36:19 Não era perigoso porque a M reconheceu que
38.	M: Reconheço que é mais fácil, saber muito melhor andar drogada o dia inteiro que estou tão anestesiada que nem sequer penso que a minha vida é isto ou aquilo 36:46 É mais fácil do que vir a um lugar destes pensar. (-Bem mais fácil) E sentir que crescer faz bem ou tem que se sofrer para crescer?
39.	M: É fácil uma pessoa acomodar-se e não ser feliz, é difícil sofrer em busca da felicidade 38:44 Hum...
40.	M: Era o medo de ficar sozinha, só pode 40:25 Hum, hum...
41.	M: Aos 20 anos há tanta coisa, há tanta vida para ser vivida 40:40 A M também já sofre em anos antes, em abandonos que já foram sentidos
42.	M: Como era a mais nova ela (mã) mimava-me muito 42:35 Era a bonequinha e agora estava a associar com o começo do ano (-Em que fui palhacinha)
43.	42:47 Mas era bom ser bonequinha?

44.	M: Mafaldinha e que as minhas mãozinhas são mãozinhas de bebé 43:25 Não a quer deixar crescer. Quando eu digo que vinha daí a bonequinha, vinha daí o ganho secundário mas que não preenchia
45.	M: Depois eu sentia-me excluída 44:09 Barrada...
46.	M: Ficava sozinha a brincar com as minhas bonecas 44:19 Nunca é só um abandono, isto é sempre um somar de várias coisas, não é?
47.	M: Mas isto é tão irrelevante mas eu pelos vistos dei-lhe um valor tão grande 44:33 Sim
48.	M: Que me marcou e prejudicou para a o resto da vida 44:41 É a forma como nós sentimos essas coisas, quer dizer, nós estamos a aprender a lidar com o mundo e com as suas mazelas
49.	M: Tenho uma família que está lá sempre para mim, disfuncional ou funcional, como todas as outras 45:10 Não há famílias perfeitas
50.	M: E já quando estava com o R, apesar de estar com ele, como a gente se via pouco durante a semana, também me sentia sozinha 47:42 Portanto não é por estar com um homem que a solidão desaparece
51.	M: Porque quando nós estávamos noutra altura eu estava super feliz 48:00 Noutra altura que era o início de relação?
52.	M: Na adolescência deixei de dar beijinhos aos pais 48:45 Zangou-se com eles?
53.	M: Sei lá se me zanguei com eles ou se foi aquela estupidez de ir atrás do irmão 48:58 Se calhar também estava zangado com eles
54.	M: Não sei para quê que... 50:10 Não sabe?
55.	M: Acho que no fundo ele até queria porque sabe muito bem encontrar uma mulher como eu 50:50 Se calhar até queria
56.	M: Se eu fosse manipuladora agora tinha tudo o que queria mas não sou, sou tão burra. Vou tirar um curso (risos) 52:32 De manipulação (risos). Sabe que as pessoas manipuladoras não têm uma vida fácil. Aparentemente parece que conseguem tudo mas o investimento que está por trás e a adesão que as move para correr atrás... Porque há muito investimento para conseguir manipular o outro, dá muito trabalho e as pessoas sofrem por isso
57.	M: Eu não consigo ser manipuladora 53:14 Mas porquê que tem que ser? O que é que uma pessoa manipuladora consegue?
58.	M: consegue aquilo que quer 53:31 Conseguem dos outros aquilo que não são capazes de fazer por si próprios
59.	M: Mas eu também

	53:43 Não é a mesma coisa, não é de todo. Não tem a ver com a estrutura da M, a M quer ser amada, sentir-se apoiada e preenchida. O que eles pretendem é uma alavanca motivacional como se esse mecanismo os levasse a. A necessidade de colocar fora de si. A M ainda tem a necessidade de colocar fora de si mas quem age e quem actua é a M. No manipulador isso não acontece, o manipulador não tem a capacidade de agir, tem de pôr os outros a agir. Não é uma vida fácil, não deseje M
60.	M: Ela é minha amiga mas não é aquela amiga assim... A gente fala de vez em quando mas ela tem uns amigos muito estranhos 59:09 As pessoas escolhem mesmo
61.	M: Tenho vergonha 59:19 Tem vergonha?
62.	M: Eu sei que isto é muito fútil mas eu não me sinto bem 01:00:33 Porquê que a M pensa isso?
63.	M: As pessoas não se vêm por aquilo que são por fora mas sim por dentro, por dentro continuo igual 01:00:58 Continua igual por dentro?
64.	M: As minhas opções são todas as erras 01:02:30 Todas M?
65.	M: Passar a passem de ano com a outra foi... Estúpida que não levei o carro, se tivesse levado o carro tinha-me vindo embora 01:03:18 Mas foi lá ver
66.	M: Mais uma vez a tentar que os outros resolvam a minha vida 01:05:00 Acha que os outros acertam e sabem o que estão a fazer?
67.	01:06:38 Tão porquê que na altura era fácil e agora não?
68.	01:07:04 Sabe que essa facilidade é à custa do supérfluo, não é? Se já a tivemos
69.	M: A minha responsabilidade agora é ter trabalho que não consigo ter 01:07:20 Ainda não consegue ter mas a M procura, vai fazendo por isso, foi lá ver este trabalho...
70.	01:07:30 Pode ir pensando o que é que gostava de fazer. O que é q gostava de fazer? Trouxe um bom modelo, essa rapariga que lutou pelo seu sonho
71.	M: Não sei... Está na hora 01:08:22 Hum... Pense no que é que gosta de fazer

Meio - 12 Meses 14-06-11	Intervenção Terapêutica
1.	M: Aqueles 2kg que com um esforço enorme consigo perder e fico toda feliz, ganho-os assim (estalar de dedos) 01:15 Hum, hum...
2.	M: Fiquei super feliz quando ela me disse aquilo 02:57 A M consegue gerir essas coisas
3.	M: Só que nós somos três lontras agora a comer, sou eu, ela e um amigo dela 03:21 Hum...
4.	M: Venho da escola e é um descalabro, ponho-me a comer que nem um animal 04:09 Hum...
5.	M: Virar o isco para a coisa ser para o meu lado, não vai faze-lo 06:32 Porquê que não vai faze-lo?
6.	M: Queixava-se que o namorado dela falava de coisas importantes por mensagem, ela faz o mesmo 07:06 As pessoas normalmente fazem aquilo que conhecem, não é?
7.	M: Estava comigo na quinta-feira, o que é que lhe custava ter dito? Eu dizia: “Fantástico, vai em frente e ainda bem que falas-te comigo, agradeço esse respeito que tiveste por mim” 07:26 Como é que eu, M, agora que estou a ficar mais madura, como é que eu vou lidar com a imaturidade dos outros?
8.	M: É assim um bocado tolo porque eu sei perfeitamente que acordo mas o cérebro não deve saber e depois acordo de hora a hora 09:43 Aí estava preocupada e nas outras noites tem dormido?
9.	M: Continuo a não conseguir dormir mas pronto 10:53 Quem era lá em casa que a ia acordar?
10.	M: A minha mãe sempre dormiu muito, ainda hoje em dia tem 70 e tal anos e continua a dormir até tarde mas pronto, era assim, quando era miúda quem me preparava para a escola era a minha mãe 12:00 Dormir muito era o quê exactamente?
11.	13:39 Há bocadinho disse uma coisa curiosa que era a sua mãe acordava para penteá-la, para...
12.	M: E era a minha mãe: “Perdi eu anos, perdi eu tanto tempo a pentear esse cabelo e tu agora não queres usar mais...” 14:37 Qual era a sensação da M? Era agradável?
13.	M: Tinha que vir o rabo-de-cavalo feito de casa porque eu não conseguir fazer a mim própria, era era impossível 15:22 Mas porquê?
14.	M: Vou fazer um daqueles testes para analisar os 500 alimentos, já ando tão

	desesperada para dormir que faço qualquer coisa 16:25 Hum, hum...
15.	M: O desespero e tanto 16:58 É curioso associar mais uma vez o alimento e a alimentação à falta de sono
16.	M: Depois acabei por comprar um bolo de chocolate, para quê? 18:00 Para quê? Se me pudesse dar uma resposta o que é que dava?
17.	M: A gente já sabe que eu como para preencher o vazio 18:45 Sim, mas a questão é, ontem estava bem, estava acompanhada pelos seus pais, estava com quem gosta, estava numa festa. Às vezes é apenas ter prazer nas coisas, não é? E a M não se põe a gostar da vida e das coisas boas
18.	M: Eu gosto 19:16 Sim. “Fui comer qualquer coisa que tive vontade e me apeteceu e naquele momento era aquilo” Parece isso mas depois aparece a culpabilização, ou seja, o prazer que podia ter tido, o saborear uma coisa que lhe apeteceu, que teve desejo e assumir esse desejo é depois... Tem a culpa e a função de a M bater-se
19.	M: Porquê que eu me culpo tanto, essa é que é a questão 20:00 Ainda na última sessão falamos nisso. Havia um homem lá em casa que assim como dava colo e afecto também dava o castigo
20.	M: Pois e o docinho é isso mesmo, é o fazer bem e depois “pumba” 20:22 E os homens que a M se envolve também são homens que depois lhe abandonam ou os põe a abandonar portanto como estamos aqui a ver, não é?
21.	M: Lá vou eu outra vez para um moreno de olhos claros 21:29 Cuidado que tem aqui o seu psicólogo que também é moreno (risos)
22.	M: Moreno de olhos claros (risos) (...) Mas meu pai tem olhos esverdeados, tem olhos verdes 21:55 O seu pai é moreno e de olhos claros?
23.	M: O policia encontrei-o nos Santos, que era um amigo colorido que eu tinha que também é moreno de olhos verdes. É tudo o mesmo 22:41 Normalmente apaixonamo-nos por pessoas que são parecidas com um dos nossos pais ou são o inverso
24.	M: Um fulano que está com a namorada ao lado e está a fazer-se a outra, quer dizer 23:50 Quem é a outra? (-Era eu)
25.	M: Agora, se o meu pai é o que simboliza o dar o carinho e o dar a proibição e eu transporto isso para a comida, como é que eu me livro disto? 25: M...
26.	M: Não faço a mínima ideia 25:38 Mas pelo menos já sabe que aquele que foi o seu primeiro homem da sua vida, com quem teve os primeiros afectos, marcou a forma como se relaciona também, não é? Tem de estar atenta
27.	M: E agora como é que eu consigo... 26:06 Agora tem que perceber, perceber exactamente porquê que... Trouxe primeiro esse rapaz da praia, uma das coisas boas no início da sessão foi o rapaz

	que estava interessado em si e agora aparece esta namorada, não é? É mais uma vez uma situação triangular
28.	M: Contou tudo, que se tinha separado e não sei quê 27:59 Abriu o jogo. (- É verdade.) Disse com quê que contava
29.	M: Mas tenho um bocadinho pé atrás, não vá a coisa... Não vá ele andar mas é atrás da mãe do filho 28:16 Sabe isso?
30.	M: Não sei 28:18 Então são só as suas ideias, não é? De qualquer das maneiras, voltando um bocadinho às...
31.	M: Ao C? 28:25 Às questões triangulares. A M dá sempre nome às coisas (risos)
32.	M: Dou (risos) 28:43 A questão das situações triangulares é que há sempre alguém que fica de fora, não é?
33.	M: Normalmente sou eu 28:54 O que é que isso quer dizer?
34.	29:05 M, quando o seu pai tinha discussões com a sua mãe e ameaçava ir-se embora. A M trouxe isso, recorda-se? Falou várias vezes, isso até surgiu várias vezes. Para onde é que iria o seu pai?
35.	M: Ia embora e acabavam-se as discussões, eu até cheguei a dizer: “Queres ir-te embora, vai-te embora” Eu ficava com a minha mãe 29:40 Era adolescente, não era?
36.	M: Eu ficava com a minha mãe e depois quando pensava nisso pensava que o meu pai se ia casar, ter outra mulher, que ia ter uma mulher rica porque eu ia ter um quarto só para mim em casa do meu pai 30:03 Hum...
37.	M: Porque eu dividia o quarto com a minha irmã 30:16 Se podia ter algum ganho, não era?
38.	M: Tinha que haver alguma coisa boa, que então era o quarto só para mim 30:26 Como é que isso lhe faz sentir?
39.	M: Na altura aquilo foi um choque para mim e chorei e não sei quê, depois aquilo tornou-se um habito 30:43 Hum, hum...
40.	M: O meu pai começava a discutir: “Vou sair porta fora” e saia e batia com a porta 31:34 Não aguentava, não era?
41.	M: O meu pai está mais calmo e a minha mãe está mais refilona 33:08 Hum...
42.	M: Havia sempre desculpa, porque eram as eleições ou porque era não sei quê 34:09 Havia sempre coisas mais importantes, não era?

43.	M: Apesar do meu pai até dar bastante atenção à família, havia sempre coisas mais importantes 34:44 Havia sempre coisas mais importantes (-Era)
44.	35:00 Às vezes, uma menina pensar em separar os pais pode ser uma crueldade
45.	M: Não sinto isso, para ser sincera, não. Eles nem sequer se separaram nem vias de, o meu pai nunca chegou a sair de casa 35:48 Lá arranjam maneira de estar juntos
46.	M: Se eles se tivessem separado eu se calhar poderia hoje em dia sentir qualquer coisa mas não, não sinto isso 36:01 Estava aqui a tentar perceber exactamente, porque a M é que colocou a questão, não é?
47.	M: O que é que aconteceu para me me culpabilizar e punir? Não faço ideia 36:31 Desejar a separação dos pais
48.	M: Muito sinceramente não sei se é por aí 36:44 O que é certo é que a M vai tendo situações triangulares. A primeira situação triangular que nós vivemos é precisamente essa, não é? Nós com os nossos pais, o nosso amor pela mãe ou o nosso amor pelo pai
49.	M: Acho que mais triangular do que pai/mãe/eu é os meus irmãos/eu 37:07 Ah, mas aí é o plano da competição
50.	M: Porque aí sim, havia ali... 37:22 Mas aí é uma outra versão e é uma versão que também tem vindo a abordar mas que ainda temos que ver, nomeadamente porquê que a M acha que ficou no lugar com a mãe? Porquê que não havia espaço com o seu pai e com a sua mãe para a M?
51.	M: Querer afastar a minha mãe para ter o meu pai só para mim? Quanto muito queria afastar a minha irmã para ter o meu pai só para mim, agora afastar a minha mãe não 38:21 O que é que dá mais culpa?
52.	M: Pois 38:26 Porque a questão de mérito é complexa
53.	M: Por isso é que eu digo, eu é mais em relação à minha irmã e ao meu irmão do que em relação à minha mãe 38:36 Hum, hum...
54.	M: É uma relação triangular ou quadrada 38:50 É, pode competir com a sua irmã pela atenção e pelo afecto do seu pai. Agora, uma menina não pode pensar em afastar a mãe para ficar com o pai, ainda por cima porque gosta da mãe. Como é que se pode pensar isto, não é?
55.	M: Não era vai-te embora e eu quero ir contigo 39:26 Sim, porque a M queria de facto a sua mãe. Há pouco quando falou do cabelo, apesar de aquela coisa ser dolorosa apareceu como um cuidar, uma espécie de carinho ou de uma festa que a sua mãe fazia no seu cabelo, apesar de ser assim...
56.	M: Doloroso

	39:57 Mas era o contacto, o estar ali com a sua mãe
57.	M: Se eu me sinto culpada de ter dito ao meu pai ou ter desejado que o meu pai, para acabar com as discussões e termos uma vida sã, se fosse embora 40:45 Achava que era o seu pai que ameaçava
58.	M: Usava-nos, dizia: “Depois de eles acabarem de estudar a gente separa-se” 41:20 O que é que isso faz a uma criança?
59.	M: Voltaria a dizer dizer hoje se ele começasse com as fantochadas dele a dizer: “Vou-me separar” 41:57 M, estamos aqui a pressupor que há aqui processos inconscientes que nós não... Que aparecem e desaparecem depois nesta forma de funcionar em que aquilo que dá prazer é também aquilo que retira prazer, o que dá afecto também é castigador portanto, é um bocadinho a tentativa de compreender este...
60.	M: Este mau ambiente todo é porque nós não acabávamos de estudar e sendo que eu sou a mais nova eu acabaria por último, apesar de não ter sido bem assim foi quase. A minha irmã era uma “calona”, apesar de ser 5 anos mais velha acabou o curso quase ao mesmo tempo que eu 43:05 “Calona” ou alguém que sabendo que com o fim dos estudos esperava a separação dos pais, arranjou maneira de adiar a coisa?
61.	M: Tinha-me a mim e ao meu irmão ainda. Ela podia acabar que ainda vinham mais 5 anos 43:24 Ou o que ela estava a querer dizer aos seus pais... Uma criança ou adolescente que à partida não tem...
62.	M: A minha irmã é muito “calona” 43:58 A M não está disposta a perdoar a sua irmã, não é?
63.	M: E nos estudos era assim, ela foi pelo mais fácil 45:12 E portanto ganhou sequelas pela sua irmã, dessa situação
64.	M: Mas era a “Maria Joãozinha coitadinha” 45:25 Hum?
65.	M: Mas ela era a “Maria Joãozinha coitadinha” 45:35 O que é que isso quererá dizer? Quando nós dizemos que alguém é coitadinha?
66.	M: Era assim 46:17 O que é que isso lhe faz pensar?
67.	M: Por mais que eu fizesse tudo do bom e do melhor e mais isto e mais aquilo, nunca era suficientemente boa para ele (pai). Ele estava sempre a exigir mais 47:05 Hum, hum...
68.	M: Será que ele me fazia sentir assim ou era eu? 47:22 Bom, o que é que acha?
69.	M: Portanto ele fazia-me sentir assim 47:50 O seu pai era um homem seguro?
70.	M: O meu pai aparenta ser super seguro 48:01 Seguro?

71.	M: Sim, que sabe tudo e que não sei quê e não sei que mais 48:10 Quais são as pessoas que têm a necessidade de mostrar aos outros que são seguras?
72.	M: Porque eu tive a humildade suficiente para dizer à minha chefe que preferia mil vezes estar a fazer aquele tipo de trabalho num sítio muito confortável 49:22 Geriu a situação
73.	M: Dar parte fraca significa uma machada nas costas 50:13 Dar a parte fraca?
74.	M: Se eu mostrar que não estou segura, se eu mostrar as minhas fraquezas as pessoas aproveitam-se 50:30 Por outro lado, mostrar-se demasiado segura pode fazer com que os homens, enfim, estejam dispostos a trocá-la porque acham que sabe gerir a situação
75.	M: Pensam que se fizerem asneira eu não vou estar lá 51:19 Eu estava a dizer isto pensando neste caso da D e do F
76.	M: Quando as pessoas percebem as minhas inseguranças é que elas atacam 52:11 Neste caso que inseguranças?
77.	M: Porque já sei que no momento em que eu baixo a guarda vai acontecer porcaria 54:28 São as duas defesas também
78.	M: É um nó na cabeça que eu já nem sei 54:55 Desculpe?
79.	M: Às vezes é um nó tão grande na cabeça que eu já nem sei 55:08 O nó é o quê? Aquela sensação de capacete?
80.	M: Estava a pensar em carro 56:55 Pronto, carro também é um símbolo fálico
81.	M: Está na hora? 57:16 Tá na hora, vamos ficar por aqui

Meio - 12 Meses 28-06-11	Intervenção Terapêutica
1.	M: A minha cunhada foi a desculpa que eu arranjei para comer que nem um animal 00:34 Hum, hum...
2.	M: Quanto mais penso mais como 01:04 E o que é que pensa?
3.	M: Penso que tenho que emagrecer 01:07 E o que é que pensa para além disso? A quê que associa esse ganho de peso nesta altura?
4.	M: O R telefonou a perguntar se eu o podia ajudar a dar a aula 03:07 Do tango?
5.	M: Caiu-me tudo ao chão 04:17 Mas porquê? O que é que sentiu?
6.	M: Aparece uma terceira pessoa que pode roubar 04:43 Uma mulher, não é?
7.	M: Foi super agressiva comigo, coisa que eu nunca a vi ser porque a miúda é um doce 05:57 Hum...
8.	M: Se ele primeiro telefonou para ela e depois arrependeu-se e telefonou para mim é diferente. Não sei... 06:54 De qualquer das formas aparece mais uma vez uma mulher
9.	M: Agora que comecei acupuntura tenho que me controlar porque s então estou a gastar dinheiro que mal tenho 08:03 Acupuntura para quê?
10.	M: Sinto que regredi muito, tenho andado a fazer batota no trabalho 09:04 Porquê?
11.	M: Só vão para o fim da lista quando fazem “log out” e “log in” outra vez 10:09 Mas isso quer dizer o quê?
12.	M: Nós estamos numa fila não é? 10:14 Hum...
13.	M: As massagens estavam a correr bem 11:29 Estavam? (-Estavam e estão)
14.	M: O M lá da empresa 13:14 Ah sim, tinha-me falado
15.	M: Enfim, não percebo 14:02 Portanto?
16.	M: Portanto está-se tudo a desmoronar

	14:10 Quer dizer, há uma situação em que a M sente que foi preterida ou foi enganada, não é? Como foi o caso do seu colega de tango e da D e depois vingasse na comida
17.	M: Acho que até estou mais inchada do que estava em Janeiro 14:55 Portanto, M?
18.	M: Pelos vistos a cabeça continua a mesma porcaria 15:33 Mas a M já não está no mesmo sitio, não é?
19.	M: Sonhei 16:23 O que é que a M pensa desses sonhos?
20.	M: Agente fala com ela (mãe) e ela não percebe as coisas 17:14 E o que é que a M faz quando ela não percebe as coisas?
21.	M: Isto qualquer pessoa percebe 18:59 Hum, hum...
22.	M: Digo eu, na minha santa ignorância 19:04 A M irrita-se com a sua mãe como o seu pai também se costumava irritar, não é?
23.	19:46 Portanto a M está preocupada com a mãe, não é?
24.	20:40 Portanto não é a vida da M que está a desmoronar, é... Há aqui o seu pai e a sua mãe e a M sente que não pode deixar cair as coisas
25.	M: Só pode estar a gozar com a minha cara 22:50 Ou projectou-se
26.	M: Ele deve pesar 100kg 23:04 Mas a M sabe que provavelmente ele não estava a ralar com você, estava a ralar com a inveja que tinha do que estava a fazer
27.	M: As pessoas às vezes gostam muito de mandar “bitaites” na vida dos outros e não olham para o próprio umbigo 23:46 Mas é como se a M não pudesse ver que nesse caso há um desajustamento, não é? Ele, o seu amigo, não estava a falar consigo
28.	M: Depois vieram-me dizer em tom de crítica, não gostei 24:12 Hum, hum...
29.	M: Eu já não estou bem e ainda ouvir dizer que... 24:17 E a M não gostou porque?
30.	M: Porque eu sei que não devia ter comido a bola-de-berlim 24:26 Porque essa crítica foi directamente à sua culpabilização
31.	M: Estava-me imenso a apetecer 24:45 Pronto
32.	M: Sempre a comer 25:35 Como se a comida fosse... O que é que a comida lhe é?
33.	M: Dei comigo a pensar, se eu encontrasse o R, gorda como eu estou, eu dizia que estava grávida 26:42 O que é que isso ia resolver?

34.	M: Nada mas para ela não pensar que estava gorda pensava que estava grávida 26:51 Está a tentar competir com...
35.	M: Eu senti que tinha que ter força para ir dar a formação 28:08 Hum, hum...
36.	M: Qual será a mensagem que eu passo para os homens para eles se afastarem? 29:18 Ou pelo menos porquê que a M vai ter com homens que já não estão disponíveis
37.	M: O da praia desconfiava, o C 29:44 Hum, hum...
38.	M: Mesmo assim, tirando o C eu não podia saber 30:19 Primeiro homem da vida da M não estava muito disponível, não estava disponível porque estava zangado com a sua mãe e porque estava muito ocupado
39.	M: Descobri hoje que o S tem namorada, disse-me a outra 30:54 A M tem que estar atenta, não é? Já sabe que tem tendência para ir à procura deles tipo de situações
40.	M: Ou de atrair estas situações, não é? 31:08 O que é certo é que a M lá se vê depois enrolada nestas situações mas de facto, também aparece aqui a questão das mulheres na vida da M. Uma mulher que é sua cunhada e que serve um bocadinho de escapatória, não é? A sua mãe que parece que está meia perdida e esta mulher que aparece agora a dar aulas de tango que era uma coisa que a M tinha
41.	M: Não sei 32:04 É como se a M acreditasse numa espécie de exclusividade que tinha mas depois há sempre alguém
42.	M: Tive que conquistar o meu espaço e quando o tenho agarro-o e não quero que fuja. Eu faço isso com as relação e com as coisas 33:56 Mas é natural que queira um homem só para si, não é?
43.	M: Quero um homem só para si mas também quero uma relação de exclusividade no tango 34:08 Mas aí outra questão, é como se a M agarrasse essa exclusividade e não pudesse perceber que há volta podiam haver outras coisas capazes de interferir
44.	M: É, fico cega 34:46 Como se nos momentos em que o seu pai a agarrava ao colo e brincava com a M fossem momentos de facto exclusivos mas que depois, é como se a M esquecesse que havia ali os seus irmãos e a sua mãe
45.	M: Apesar de não ser nada, gosto também pelo facto de irritar a minha irmã 35:34 Hum...
46.	M: Gosto dessa atenção particular que é para comigo 36:07 Sim porque essa atenção foi muito conquistada
47.	M: É uma coisa única para mim não é para mais ninguém e eu pelos vistos ajo assim com tudo na minha vida 36:25 Como é que aconteceu a questão da mãe? De a M ficar com a mãe? De dizer que era da mão quando os seus irmãos eram cada um dos seus pais?

48.	M: Já não se justificava 39:36 Então e para onde é que ela foi?
49.	M: Para a casa da filha 40:08 Mas a mãe estava em permanência?
50.	M: Sim, sim. A mãe vivia connosco 40:14 Vivia convosco?
51.	M: Sim 40:16 Então e a filha?
52.	M: Vivia na casa dela e a mãe era interna 40:16 Sim...
53.	M: Vivia naquelas casas dos comboios 40:53 Hum, hum...
54.	41:24 Que idade tinha?
55.	M: A mãe quando morreu devia ter uns 85, 86 anos e a S deve ter agora uns 60 e tal anos 42:04 Há pouco a M estava a dizer que na adolescência tinha sido brusca com a mãe, porquê?
56.	M: Ela fazia sempre puré com almôndegas que era o que eu gostava 43:08 Hum...
57.	M: Tinha uma ligação bem mais forte com ela do que com qualquer uma das minhas avós. A minha avó por parte do meu pai, sempre achei que ela não gostava de mim 44:24 Portanto era como se uma parte do seu pai não gostasse da M
58.	M: Não vejo as coisas assim, não vejo propriamente assim 44:42 Os nossos avós fazem os nossos pais
59.	M: Eu nunca pensei que o meu pai não gostasse de mim 44:58 Mas qualquer coisa que rejeitasse na M
60.	M: Era mais a minha avó 45:06 O que é certo é que teve que lutar para ter a atenção deste homem
61.	45:56 Estava a falar que tinha uma relação maior com a mãe do que com os seus avós e eu fiquei na expectativa que a M dissesse que tinha uma relação maior com a mãe do que com a sua mãe
62.	M: Não, porque eu chegava a casa e contava tudo os meus namorados à minha mãe 46:23 Hum...
63.	M: Tendo em conta os tempos que eram, que não eram estes 47:50 Hum...
64.	M: Aprendi a minha lição e nunca mais menti 48:03 E depois foi castigada?
65.	M: Depois desmorona e parece um castelo de cartas 49:30 A M parece que tem a necessidade de... Para já como se não pudesse dizer:

	<p>“Aquilo que eu estava à espera não era exactamente assim mas também...” Estamos a falar de contratempos</p>
66.	<p>M: Não os consigo contornar ou passar por cima ou o que quer que seja 50:16 São o que são, não é?</p>
67.	<p>M: E como eu culpabilizo-me 50:51 Depois, de qualquer das formas, há como que uma espécie de afecto de compensação relacionado com a comida, não é? E a M à pouco trouxe que era a mãe que fazia esse molho por cima das almôndegas e do puré (-Se calhar é isso) Como se a mãe fosse a compensação de alguma coisa que faltou. De algum afecto que a M hoje diz: “Sou tão avida dele, preciso tanto de mimo, preciso tanto” Porque houve um dia em que esse afecto lhe faltou</p>
68.	<p>M: Mas a verdade é que que continuo a sentir a falta 52:55 Então qual desses foi o mimo que lhe faltou?</p>
69.	<p>M: MAs com os homens é uma possessividade que até... 53:35 É uma possessividade grande mas também por outro lado, em relação às mulheres, é como se a M anulasse e não visse, não visse o interesse da D pelo mesmo rapaz e não visse que esta rapariga também estava a querer um lugar no tango. É verdade que é muito possessiva mas também desvaloriza este lado, o lado das mulheres</p>
70.	<p>M: Afinal a culpa é da minha mãe 54:29 A M tem necessidade de se zangar com ela, não é?</p>
71.	<p>M: Não sei 54:59 A M alguma vez achou que a sua mãe era uma mulher perdida, que estava perdida?</p>
72.	<p>M: A minha mãe não ficou naquela choradeira que eu um dia que perca a minha mãe sei que fico 56:42 Portanto a sua mãe tem dificuldade em expressar os afectos, não é?</p>
73.	<p>M: Tem, tem. Mesmo com os meus sobrinhos, eu vejo a minha mãe a querer dar beijos e não sei quê mas aquilo parece que não é natural 57:11 A zanga foi de tal maneira que a M teve anos sem beijar a sua mãe</p>
74.	<p>M: Já nos falamos, já nos cumprimentamos. Tínhamos deixado de falar 57:48 Já nos falamos, não é? Esse acto falhado da M é muito interrogativo aqui porque provavelmente durante muitos anos esteve de facto sem falar com a sua mãe, falar no sentido de se entenderem</p>
75.	<p>M: É estranho, devia estar zangada com ela, era era? Acho que estou é agora 01:00:34 A gente não se pode zangar com os nossos pais, zangamo-nos com connosco próprios, então sabotamos a nossa vida</p>
76.	<p>M: Para a semana há mais 01:00:54 Fica por aqui</p>

Fim - 18 Meses 14-01-12	Intervenção Terapêutica
1.	M: As coisas vão de mal a pior, já não aguento 00:09 Então?
2.	M: Acho que tenho que me render aos comprimidos e queria perguntar a sua opinião porque vou ao médico para a semana 00:24 Hum...
3.	M: Já choro por tudo e por nada, já não aguento, estou muito cansada 00:36 Mas conte-me lá o que é que tem sentido
4.	M: Na última noite desatei a chorar, graças a Deus estava lá a E que me deu um bocadinho de apoio 05:34 Disse à bocado que o R e a I não reconhecem?
5.	M: O R e a I estão a apostar na V 06:53 E isso o que é que a faz sentir?
6.	M: Não merecem o esforço que eu faço, nem financeiro, nem físico, nem psicológico 08:27 Como é que tem dormido M?
7.	M: Eu nem tenho coragem de me chegar ao pé dele sequer 11:23 Hum...
8.	M: Sinto-me um caco. Acho que esperei demasiado da vida 12:03 E o que é que a M vai fazer agora?
9.	M: Estou numa bola, em vez de andar rebolo 12:40 Mas a M aumentou agora de peso?
10.	M: Em compensação quando começo a chorar deixo de comer, nem sequer penso na comida 13:03 E o que é que faz a M chorar? Quais são os pensamentos ou as coisas que fazem a M chorar?
11.	M: Ela nem sequer me perguntou 14:49 A D?
12.	M: Eu só soube no próprio dia 15:12 Hum..
13.	15:19 Se ela tivesse perguntado o que é que a M teria respondido?
14.	M: Respondia que ia perguntar ao M, só que eu sei que o M não queria dançar com ela 15:26 Q o M não?
15.	M: Que o M não queria dançar com ela 15:30 E a M o que é que gostava de ter respondido?
16.	M: Ela inscreveu-nos sem sequer nos perguntar, é óbvio que a seguir quem se

	lixou foi ela 15:59 Mas não foi o R que...
17.	M: Ela fez assim, nós inscrevemo-nos todos pela internet 16:05 Hum...
18.	M: A menina como é muito fina pediu ao R para fazer mas podia ter ido à internet, ao site e fazia como nós fizemos 16:14 Hum...
19.	M: Ela vira-se para mim: “Estou muito mal”, e eu olho para ela e desato a chorar 17:19 Como é que se sentiu?
20.	M: Estou a ver que o que vai ter que ir à vida é tango, não me dá dinheiro e estoura-me, apesar de eu gostar muito ando estourada 19:24 O tango é que tem que ir à vida?
21.	M: Porque eu não tenho forças, ando sem forças, estou muito cansada 19:39 M vem aí o Natal...
22.	M: Vamos dançar à noite 19:59 Hum...
23.	M: Segunda-feira tenho que ir dar aula com o R, terça-feira tenho que ir dar aula com o R 20:34 E isso não é bom?
24.	M: Ela vai fazer a segunda hora 21:43 De facto, aquilo que seria suposto ser o espaço de prazer da M... Mas com tanta competição... Porquê que estes espaços têm que ser tão competitivos e por outro lado, porquê que são os espaços de prazer as primeiras coisas que a M quer sacrificar?
25.	M: Se me mandarem embora, mandam-me embora e a culpa não é minha 22:23 Hum...
26.	M: Mas a pressão psicológica que eles estão a fazer lá é enorme 22:56 Sim, acredito que sim. A M sabe que estão a fazer isso em todo o lado?
27.	M: Mas está a ser muito difícil e não é só para mim 23:07 Hum, hum...
28.	M: Os meus colegas dizem o mesmo 23:09 Sim, sim
29.	M: E eu estou numa fase da minha vida que não consigo fazer frente a isto 23:26 Uma fase da sua vida que sente a sua auto-estima também muito fragilizada
30.	M: Olho ao espelho e vejo uma mulher feia, não vejo nada bonito 23:43 E a M é uma mulher feia?
31.	M: Neste momento não consigo ver nada bonito 23:52 Não consegue ou não quer ver?
32.	M: Agora assim não, torna-se desagradável 25:19 E o que é que a M acha que vai acontecer?

33.	M: Eu espero que ele ponha a mão na consciência e diga: “Então bora lá trabalhar os dois juntos como deve ser” 25:35 Mas sabe que ao fazer isso corre o risco de ele dizer que não
34.	M: Eu agora nem me sinto à vontade de dizer: “Bora dançar” 25:51 Hum...
35.	M: Depois há aqueles que dançam muito bem e que não nos pegam, acham que são os maiores 26:34 E a M acha que este afastamento do M a dançar consigo tem a ver com...
36.	M: Fiquei parva a olhar, não tive paciência e vim-me embora 27:09 Zangada?
37.	M: Disfarcei a coisa 27:28 Hum, hum...
38.	27:32 Portanto, esta situação do tango faz lembrar muitas coisas da vida da M
39.	M: Neste momento é a única coisa que eu quero 28:32 Portanto a M, de certa forma, está a dizer: “Eu já falhei nos vários aspectos da minha vida, nomeadamente com a dieta e agora também vou falhar no trabalho que estou a fazer com o terapeuta”
40.	M: Estava tudo a correr muito bem e de há um mês e meio para cá, “pumba”! 29:03 Estava tudo a correr muito bem?
41.	M: Não consigo pôr-me boa para mim mesma 30:17 Não consegue?
42.	M: Não consigo pôr-me boa para mim mesma 30:24 Hum...
43.	M: Alguém que cuide de mim 30:54 E porquê que não há-de ser a M a cuidar de si?
44.	M: Eu tentei cuidar de mim, não resultou, saiu asneia 31:24 Portanto a M está a dizer que ainda não é suficientemente adulta para tomar conta de si própria, à pouco disse que queria que os seus pais tomassem conta de si
45.	M: É tão bom ser criança, quero voltar a ser 31:42 A M não quer ser a mulher adulta e autónoma?
46.	M: É bom mais difícil 31:55 Ninguém disse que era fácil mas os ganhos são outros
47.	M: É passar o dia todo a chorar 32:22 Portanto é como se a tristeza da M não pudesse ser uma tristeza vivida, tem quer ser uma tristeza destrutiva que depois mina todos os afectos, o prazer que a M tem da vida
48.	M: Deu no telejornal que aumentou o consumo de anti-depressivos e não sei quantos por cento 34:15 Hum, hum...
49.	M: Passam excesso de anti-depressivos

	34:26 Hum...
50.	M: E eu vou passar a fazer parte desse rol 34:50 Mas vai resolver isso
51.	M: Podia sair da BlackBerry, não tinha que trabalhar naquele sítio horrível 35:19 A M fez aí uma associação entre os comprimidos e o euromilhoes: “Se houvesse uma solução mágica para a minha vida”
52.	M: Ficava só um quarto da minha vida que nem o dinheiro nem os comprimidos resolvem 35:50 Que é?
53.	M:Um namorado, filhos, estabilidade emocional 36:00 E acha que isso é só um quarto da sua vida?
54.	36:23 Quando é que a M começa a perdoar-se a si própria e a amar-se a si própria?
55.	M: Não sei 36:34 Porque a partir do momento que a M fizer isso não vai precisar nem de comprimidos, nem de euromilhões. Porque a partir daí, a M vai estar bem no sítio onde estiver, estando consigo vai estar bem. Não vai depender que olhem para si e vejam se está mais gorda ou menos gorda. Vai fazer o seu trabalho, pode ser mais chato ou menos chato mas é o trabalho possível neste momento e vai fazê-lo sem se aborrecer muito com isso
56.	M: Gostar de mim neste momento está difícil 37:24 Hum?
57.	M: Gostar de mim neste momento está difícil 37:26 Mas o que é que impede a M de gostar de si?
58.	M: Nem sei 37:34 Porque claramente a partir do momento em que a M está a fazer tudo bem, a perder o peso que desejava, a realizar coisas, a investir... De repente (-De repente vai tudo por água abaixo) Como se: “Eu não tenho o direito a isto, isto não me é devido, alguém que me retire isto e eu tenho que agora ser castigada por isto”
59.	M: Mas é estúpido porque eu acho que mereço tudo de bom porque não sou uma pessoa má 38:08 Mas eu também acho, não tenho dúvidas
60.	39:57 Pois, como na história da M, portou-se sempre bem, era sempre boa filha e depois o sua irmã conseguiu
61.	M: Vê-se que eu e o meu pai estamos muito bem 40:36 Hum...
62.	40:42 Mas a M desconfia desse afecto?
63.	M: O meu pai é como eu, o meu pai dá tudo 40:56 A M não me tinha dito aqui há uns tempos que os seus pais ajudavam financeiramente mais a sua irmã?
64.	M: Porque eu não aceito, os meus pais não são abonados, vivem da reforma

	42:21 Também porque não aceitar um presente do seu pai?
65.	M: A mulher a dias não é o meu pai que me a paga 42:45 Hum...
66.	M: A ginástica não é o meu pai que me paga 42:51 Hum...
67.	44:10 Portanto a M portava-se muito bem mas quem consumia os afectos era a sua irmã
68.	44:41 Não tem que ser o 8 ou 80
69.	M: Eu nunca vou para o meio termo, não é o meu raciocínio 45:04 Sim mas enquanto coloca a fasquia nesse patamar claro que é sempre mais difícil
70.	M: Começo a pensar que eu nunca vou ser boa a fazer nada e eu era muito boa em muita coisa mas actualmente... 45:46 E isso aconteceu como?
71.	M: Como? 45:53 Ser boa a fazer as coisas desaparece de um dia para o outro?
72.	M: A minha prima era bailarina e eu achava que que nunca seria tão boa como a minha prima e sabia lá lá eu se ela era boa ou não 45:55 Prima bailarina como sabe é a primeira bailarina do... (risos)
73.	M: Mas era prima mesmo (risos). Nunca insisti com os meus pais para fazer isso porque achava que nunca poderia ser melhor que 47:38 Ah!
74.	M: Não sei... 47:48 Como a M agora acha que as outras mulheres são melhores que a M, que esta V é melhor, que aquela lá do trabalho é melhor. De onde é que isso vem?
75.	M: Sei lá... Da minha irmã, de achar que a minha irmã é melhor que eu, que o meu pai gostava mais dela que de mim 48:20 A sua irmã consumiu e ainda consome os afectos lá de casa, não é? O que sobrou para a M foi muito pouco
76.	M: Pois 48:32 O que é que está a sentir M?
77.	M: Não sei, cansaço 48:41 Fale-me lá um pouco desse cansaço. A M sente esse cansaço como se fosse o quê? Uma espécie de capacete na cabeça?
78.	M: Não sei... Eu hoje já adormeci três vezes em frente ao computador 49:00 É físico?
79.	M: É físico porque eu estou exausta fisicamente 49:06 Hum...
80.	M: E é mental porque a primeira coisa que eu tenho vontade de fazer quando começo a ficar cansada é chorar 49:13 Hum...

81.	M: Daí o meu ciúme e a minha insegurança tão grande. Achar que qualquer mulher é melhor que eu 50:30 A M apagou os homens da sua vida à primeira do facebook
82.	51:06 Retira-se da luta, não é? A mesma M que está prestes a retirar-se lá do tango para deixar o espaço livre para a outra
83.	M: A partir de Janeiro já pedi a redução de horário 51:47 Hum...
84.	52:51 A M está a dormir quantas horas?
85.	M: Agora estou num sentido completamente oposto 54:57 E se de repente saísse o euromilhões à M, em que é que ficava?
86.	M: Fazia só o que gostava 55:15 Mas q M tem ido todos os dias à noite?
87.	M: Só à sexta-feira que eu não tenho, dou explicação às miúdas até às 8:30h da noite 55:32 Aí consegue deitar-se um bocadinho mais cedo
88.	M: Mas não tenho que ir, tenho os fins-de-semana de folga 56:26 Em relação a isso dos comprimidos, eu não sou contra que as pessoas que aqui vêm tomem comprimidos como alguns colegas meus são. Portanto se a M acha que está a precisar... De facto os comprimidos não suprimem a falta de descanso e em segundo lugar, é normal e às vezes acontece, muitas vezes acontece, quando se está num processo terapêutico, haver como que uma espécie de regressão, normalmente a pessoa aparece com um depressão, melhora e depois...
89.	57:39 Quando é que a M vai ter a consulta?
90.	58:31 E a M só vai a essa consulta para isso?
91.	M: É muita tosse para muito tempo 58:53 Hum...
92.	M: Para ver se está tudo bem, de resto, de saúde 59:01 Hum...
93.	M: Não sei se está na hora 01:01:01 Está, está na hora
94.	01:01:08 Ia propor uma coisa, vá lá ao médico, peça lá a receita, ouça o que ele tem a dizer naturalmente e depois quarta-feira falamos

Fim - 18 Meses 20-01-11	Intervenção Terapêutica
1.	M: A certa altura só me deu vontade de comer, comer, comer, comer 0:48 Estavam a falar de quê?
2.	M: A minha mãe, a gente fala com ela e ela faz de conta que a gente não está a falar com ela. Foi assim que ela aguentou o casamento com o meu pai como é óbvio, se não, não aguentava 07:43 O que é que a M disse?
3.	M: Só assim é que ela aguentou o casamento com o meu pai 07:47 E a seguir?
4.	M: Se não, não aguentava 07:50 Hum...
5.	M: Ela estava-se nas tintas 08:34 A sua mãe parecia cansada M?
6.	M: Parecia cansada quando? 08:38 Quando era pequena
7.	M: A minha mãe tinha três filhos mas tinha uma pessoa em casa o dia todo que ajudava 09:20 O trabalho duro era para a mã
8.	09:37 O seu pai tinha duas mulheres em casa
9.	M: Visto assim tinha quatro 09:51 Estava a associar ao facto de a M ter sempre uma a trabalhar fora de casa e outra dentro, é como se equiparasse as duas
10.	M: A mã sempre foi vista mais como a nossa ama do que outra coisa qualquer 11:11 Então havia diferenças?
11.	M: Quanto muito a mã, como nós dizíamos, era uma segunda mãe mas isso foi uma coisa, um termo, que nós arranjamos já a mã tinha saído de casa 11:50 Desde quando é que a M acha que a mã era para si, era sua?
12.	M: Desde sempre (...) Durante muitos anos era eu e a mã muito tempo juntas 12:48 E como é que era a mã? Era uma pessoa que se caracterizasse como?
13.	M: Tudo o que ela fez foi para o bem dos outros (...) Era uma pessoa muito boa, carinhosa e amiga 13:48 Ela era triste?
14.	M: Era normal 15:33 E a mãe da M?
15.	M: A minha mãe é o “zen” da família 15:42 É o “zen” como?
16.	M: Está tudo bem

	15:48 Não será daí que ela é deprimida ou... (-Não)
17.	M: “Às vezes as pessoas estão tão cansadas de viver, é tão difícil viver que mais vale morrer” 16:32 A sua mãe disse isso?
18.	M: Sim 16:51 Relativamente à sua avó, a mãe dela? (-Sim)
19.	M: A minha avó materna morreu no mesmo dia que a Princesa Diana 17:29 90 e... Não sei, não faço ideia
20.	M: 90 e tal 17:46 Hum, hum...
21.	M: Para aí há 10 anos 17:56 Sim, já fez dez anos, já fez pelo menos dez anos
22.	18:24 A sua mãe dava-se bem com a mãe dela? (-Dava)
23.	M: Assim eu gostava de ser, não dar importância ao que os outros dizem, não ligar nenhuma 20:50 No entanto, a M tossiu aqui o seu o seu cansaço e o seu estado actual com essa frase que a sua mãe lhe disse sobre as pessoas que estão cansadas da vida
24.	M: Não, as pessoas estão cansadas porque já não têm razão nenhuma e morrem. Eu não desejo morrer 21:16 Não mas deseja estar dois meses quieta num vale de lençóis
25.	M: Também está aqui com a sua colega, acho que é M, não é? 22:12 Hum, hum...
26.	22:40 E a M o que diz deste espaço?
27.	M: Acho que já nada chega enquanto eu não conseguir pôr a cabeça em ordem 23:20 Hum, hum...
28.	M: Neste momento não estou a consegui 23:24 A M deixou bem claro que não chega porque foi à procura dos comprimidos
29.	M: Não chega 23:36 Mas o que é que a M estava à espera de mim?
30.	M: Todos nós procuramos respostas 23:51 Mas as respostas estão com a M
31.	M: Uma vez disse porquê que eu não me permitia estar feliz (...) Só que a verdade é que o meu dia é tão cheio que eu não me posso permitir a estar feliz 25:15 Mas aí é como se... Há aí duas questões, primeiro a M deixou claro que não queria estar a chorar no emprego, logo foi comer, portanto a comida é uma forma de a M preencher o vazio, abafar a sua tristeza
32.	M: A partir daí sabia que se comesse não chorava 26:45 Hum, hum...
33.	26:50 É esse o momento que a M identifica em relação à ingestão de alimentos?
34.	27:46 O que a M está a dizer é: “Para não fazer o luto deste homem, comecei a

	comer”
35.	28:01 Portanto adiou este luto
36.	M: Pois, 2 anos 28:34 Agora agarrou uma oportunidade
37.	M: Só que agora já não dá mais 28:34 Já não dá mais?
38.	M: Já não dá mais porque eu já não controlo, as lágrimas já me caem em qualquer situação 28:55 Chora
39.	M: Não me pode dar ao luxo de estar triste 29:28 Não se pode dar ao luxo de estar triste porquê?
40.	M: Porque eu não posso chorar no local de trabalho 29:38 E em casa não chora? Quando está sozinha
41.	M: Hoje tenho aqui este espaço 29:48 Porquê que não chora aqui? (-Já estou a chorar)
42.	M: Não quero ir para a cama a chorar baba e ranho porque depois não durmo e eu preciso de dormir 30:13 Hum...
43.	30:37 Mas aqui a M sabe que pode chorar
44.	31:58 Mas só vai começar em Fevereiro?
45.	M: Foi da Groupon e não sei quê 32:09 Hum, hum...
46.	M: Agora tenho que ir à segunda-feira, terça-feira, quinta-feira e à sexta-feira quando a I não pode ir 33:09 M mas não era suposto o tango ser uma fonte de prazer?
47.	M: Mas já não está a ser, está a ser uma fonte de tenção enorme 33:20 E o que é que quer fazer em relação a isso?
48.	M: Eu sei que isso é uma coisa que está a ser agora 33:35 Hum, hum...
49.	34:08 Já à pouco a M tinha dito isso mas eu fiquei sem perceber o que motivava a M ainda, se, enfim, a perspectiva de aprender tango, se a questão de ser ultrapassada pela V
50.	M: As duas (...) Mas também não quero que o meu lugar desapareça para as mãos da V 35:21 Bom mais uma vez a M sente pressão pela concorrência de uma mulher, quando há mulheres em jogo...
51.	36:30 Aí é o principio da realidade, tem que ter dinheiro para subsistir. Agora, o tango seria um espaço de lazer, de prazer. Para onde é que foi esse prazer?
52.	37:20 E o que é que sente? O que é esse suplício?
53.	M: Só que estou a dar uma aula não posso fazer as coisas mal feitas, tenho que

	fazer as coisas bem feias 38:00 E o que é que a M pretende ao colocar-se nessa posição? Saber que vai fazer alguma coisa e os outros vão repararem?
54.	M: Os outros não reparam, quem repara é o R que está a dar a aula comigo 38:18 Alguém repara, não é? E a M está logo disposta a dar razão e a agarrar essa crítica não é?
55.	M: Porque ele tem razão, nestas questões ele está com razão 38:30 Porque primeiro a M sabe que está a fazer mal, começa por boicotar-se a si própria
56.	M: Quando estamos nos braços de um homem, a certa altura, se estamos confortáveis deixamo-nos ir 39:08 Hum...
57.	39:20 Quando está nos braços de um homem deixasse ir
58.	M: Ah pois, a historia da minha vida (...) Enquanto estou atenta corra tudo muito bem, quando me deixo ir e confio “pumba”, “tchau”, corre tudo mal. Nem sequer tinha pensado nisso 39:40 A M está a dizer que é difícil confiar nos outros. Das mulher já sabe o que é que vem ou são passivas como e sua mãe e a mã ou estão sempre dispostas a ocupar o seu lugar como a sua irmã. Dos homens, quando confia deles as coisas correm mal
59.	M: O problema é que eu confio 40:11 M, ainda bem que confia. A questão aqui é que a M acredita nisto, acredita que eles vão traí-la, que vão arranjar pitas de vinte anos
60.	M: Sim, é verdade. Enquanto eles acreditam que me podem perder andam ali nas palminhas 40:48 Mas como a M diz e muito bem, se andar contraída com o abdómen contraído durante muito tempo aí cansa muito
61.	M: Cansa muito 41: 21 Sim, também acho que sim. Depois M, na sua vida aparecem estas coisas em que acredita, não é? O primeiro homem da sua vida em quem confiou era o seu pai. Também nem sempre foi justo, nem sempre esteve presente, às vezes fez promessas que não cumpriu. Portanto, essa já vem de lá muito de trás não é?
62.	M: Ou então são uns “panhonhas” como o meu irmão 42:08 Porquê que a M acha que o seu irmão é “panhonhas” ?
63.	42:20 Mas então diga lá
64.	M: Eu, uma pita de 13 aninhos a querer sair à noite, a discutir com o meu pai e a levar tareias 42:56 A levar tareias?
65.	M: Levei, apanhei tanto do meu pai 43:05 Como é que era quando apanhava do seu pai?
66.	43:20 Na sua irmã o seu pai batia? (-Muito raramente)
67.	44:07 Passou do seu pai para a sua mãe?

68.	44:19 Estamos a falar do bater. Como é que a M sente em relação a isso?
69.	M: Eu também provoquei muito 44:37 Então a culpa era sua? (-Não)
70.	M: Depois tornei-me muito malcriada para o meu pai 45:45 E o que é que era ser malcriada? Dê-me lá uma exemplo
71.	M: Chamava-lhe nomes e tudo, era mesmo malcriada 45:53 O que é que lhe chamava?
72.	47:13 Portanto às vezes deixava ir e outras não deixava mas assim não dá, tem de haver uma justificação
73.	47:25 Portanto não havia uma regra sobre quando é que podia ir e quando é que não podia. Não havia limite
74.	47:40 Isso costuma ser uma razão para enfurecer os jovens ao ponto de, enfim, quando não há limites os adolescentes costumam pedir por limites e chamar nomes aos pais é pedir pelo limite (-O meu pai era muito castrador)
75.	48:02 Agora o que vinha era um bocadinho violento em relação a aquilo que estava em jogo
76.	M: Quando eu digo que ele me batia com o cinto não era de espancar, pegava no cinto e dava-me 48:11 O que é que a M sentia?
77.	M: Raiva, o que eu sentia era raiva não era dor 48:20 E humilhação?
78.	M: Sim 48:49 A M não quer perdoar-se por isso?
79.	M: Depois cai a real e vi que tive atitudes um bocado más, hoje até me riu disso 49:23 E não se culpabiliza? Dá-me ideia que se culpabiliza
80.	M: Não, disso não 49:23 Desde o início que estamos a falar sobre isso está a desculpar o seu pai
81.	M: Mas isto é uma coisa que tem uns anos que eu parei e pensei porque nem sempre achei que o meu pai que é um bom pai era um bom pai 50:33 Há quanto tempo é que parou e pensou sobre essa questão?
82.	M: Foi de certeza depois da minha primeira separação. Eu com a minha primeira separação cresci muito mas só depois disso, só depois dos 30 anos 50:53 Foi quando se viu sozinha? (-Sim)
83.	51:25 Depois a M chega a não querer a proximidade física com os seus pais
84.	M: Mas o afastamento físico começou antes disso 51:39 Hum...
85.	M: Mas a minha mãe, é porque a minha mãe nunca foi uma mulher carinhosa de se chegar e dar beijinhos e mimos e isso, nunca foi 52:25 Hum...
86.	M: Em relação ao meu pai (...) Na adolescência eu tinha tanta raiva acumulada contra ele (...) Isto juntando às mil-e-uma vezes que ele dizia que se ia separar da

	minha mãe. Ah, no outro dia veio outra vez com esse história: “Qualquer dia separo-me” 53:42 O que é que isso fez sentir a M?
87.	M: Que o meu pai é estúpido, sempre com a mesma lenga-lenga 53:49 Sim mas o que é que isso fez sentir a M?
88.	M: Depois vira-se o feitiço contra o feiticeiro porque em vez de me pôr ao lado dele, põe-me contra ele 54:27 Seja como for, o seu pai lá foi fazendo da M cúmplice dessa questão
89.	55:04 Dá um grande medo a uma criança perder o pai
90.	55:35 Dizer isso também aos filhos, que se vai separar por causa deles é...
91.	55:51 Sim mas dá um grande peso (-Dá)
92.	56:01 Se calhar era por isso que a sua irmã não acabava a escola
93.	M: Se calhar, nunca pensei nisso 56:11 A sua irmã devia estar muito assustada, com um grande pânico, para não sendo uma pessoa com nenhuma debilidade...
94.	M: É mandriona mas além disso não tem mais nada 56:33 Independentemente disso a sua irmã devia estar muito assustada. O seu irmão devia estar cheio de raiva, de tal maneira que andava paralisado, era “panhonhas” como chamava a M e a M teve que apanhar com o cinto, teve que se por a jeito para apanhar com o cinto
95.	M: Eu sempre exteriorizei tudo 57:00 Pois mas pode ser que apanhar com o cinto ainda seja considerado umas migalhas de afecto do seu pai
96.	M: Ai, credo, não! 57:19 Então porquê que a M usa a comida contra si?
97.	M: Isso é diferente do que apanhar 57:32 A M não sente aqui uma semelhança entre as duas coisas?
98.	M: Eu queria era discussão 57:13 E acha que quando isso acontece está a querer o quê?
99.	58:13 Eu acho que era a maneira possível de comunicar com o seu pai, de se relacionar com o seu pai
100.	M: Eu dizia: “Eu vou ligar para aquela linha a dizer que tu me tratas mal e tu és preso” 58:36 Q idade tinha?
101.	M: Sei lá, uns 13, 14 anos, por aí 58:47 O que é que acontecia a seguir?
102.	M: Nada. Nunca aconteceu a gente deixar de se falar 59:49 Hum...
103.	59:53 Mas isso era mesmo verdade? Ou seja, as coisas desapareciam assim?
104.	M: Era. No dia seguinte era como se nada tivesse acontecido 01:00:31 Nada era falado, nada era reposto, não havia reparação

105.	M: Não se falava sobre o assunto 01:00:41 Hum...
106.	M: Não se falava sobre sentimentos naquela casa 01:00:45 Hum, hum...
107.	01:00:58 O que é que irritava tanto o seu pai e a sua mãe? O que é que a sua mãe irritava tanto o teu pai? Era a passividade dela?
108.	01:01:43 A M alguma vez assistiu a alguma coisa de violência do seu pai sobre a sua mãe?
109.	M: Acho que a minha mãe nunca teve medo dele, ele nunca lhe fez mal 01:02:37 Quem é que saía em defesa de quem?
110.	M: Todos, todos a defendíamos 01:03:13 Hum...
111.	01:03:48 O que é que está a pensar?
112.	M: Pelo menos eu tinha mãe (...) Mal ou bem, com todas as discussões e não sei quê 01:04:15 Sim, mal ou bem os seus pais ficaram juntos, mesmo com todas as ameaças, mesmo vos fazendo acreditar na fantasia de separação, dessa relação um bocadinho cruel, um bocadinho sado-masoquista.

Fim - 24 Meses 21-06-12	Intervenção Terapêutica
1.	M: Uma perca de tempo 05:53 Mas porquê que a M acha que foi perca de tempo?
2.	M: Então não foi? Perca de tempo, de atenções e de energias 06:02 Então mas a M não queria saber se este homem estava interessado em si ou não?
3.	M: Devia ter percebido logo no início 06:07 E como é que faz isso?
4.	M: Cancela uma, cancela duas, acabou, não vale a pena estar a insistir 06:25 Hum...
5.	06:29 Então e com quem é que a M está zangada?
6.	M: Comigo 06:32 Porquê?
7.	M: Perdeu-se no ar 07:23 Mas porquê que a M sente que perdeu tempo? Bom, queria saber deste homem, queria saber se este homem estava interessado, percebeu que os sinais não eram, não correspondiam...
8.	M: Mas eu já tinha dito: “Não vale a pena, ele não está interessado” mas depois... 07:54 Quanto tempo?
9.	M: Sei lá, dois meses, um mês e meio. Não faço ideia, não tive a contar mas foi o suficiente para me irritar e para mal tratar quem não devia, nomeadamente o G 08:27 E porquê que a M fez isso?
10.	M: Como estava irritada explodi mas ele não merecia 08:43 Era?
11.	M: Não quero estar a ser aquela M bruta, não gosto, sinto-me mal, não gosto de ser assim 10:01 Portanto a M está a dizer que quando tem as atenções de um homem, maltrata os outros que estão interessados em si, é isso?
12.	M: Não 10:18 Então o que é que aconteceu aqui com o G?
13.	M: Não é quando tenho as atenções de um homem 10:27 Neste caso estava na expectativa de se relacionar
14.	M: É a frustração de não ter, é o contrário 10:40 Então explique-me lá
15.	M: Foi um homem como podia ter sido uma mulher, foi quem me apareceu à frente, foi quem eu estava mais próxima 11:12 Isso costuma acontecer M? As pessoas que gostam da M, a M...

16.	M: São as pessoas que são mais próximas que quando estou mal mais maltrato, são os meus pais e a pessoa que está comigo 11:37 Como é que isso acontece? O que é que acontece?
17.	M: São as pessoas que estão lá independentemente 11:58 Que estão garantidas
18.	M: Estava mesmo incomodada comigo 13:08 Isso faz-me lembrar alguns relatos que a M fez relativamente ao seu pai quando o seu pai vinha às vezes enervado com outras situações
19.	M: Vinha chateado lá da assembleia e não sei quê e não sei que mais e berrava connosco a torto e a direito, com o que quer que a gente fizesse, com qualquer coisinha 13:44 E a M faz o mesmo?
20.	M: Dá-me um leva três 15:52 Hum...
21.	M: O G vira-se e diz: “Eu não gosto muito dessa M” 16:05 Ele disse?
22.	17:36 Fiquei a pensar numa coisa. O pai da M dizia como é que a M devia ser ou devia falar ou devia portar-se ou comportar-se?
23.	M: Não (...) O defunto foi a primeira vez 19:33 E o R também?
24.	22:23 O que é que a M está a pensar?
25.	M: Estou a pensar que escolhi mal o meu curso, adorei ter tirado mas devia ter enveredado por outros caminhos 22:45 Portanto está a martirizar-se como fez aqui à bocadinha quando disse que perdeu um mês e meio
26.	M: Não posso ir para esta área porque se não vou ficar desempregada e não vou ter trabalho e escolhi exactamente a área que não me deu trabalho 23:13 Qual era a área que a M pensava?
27.	M: Eu tinha arranjado trabalho porque houve o “boom” 23:31 Hum, hum...
28.	M: São opções, escolhas 23:45 Mas está arrependida?
29.	24:48 Estava eu a pensar, o seu curso teria sido uma má opção porquê?
30.	M: São oportunidade que aparecem 26:12 Então mas vai fazer esse trabalho?
31.	M: Não sei como é que vou fazer isto 28:04 Não estou a perceber
32.	M: Eu quando me ofereci para tratar disto nem pensei muito nisto, não é? Mas quando pensei, pensei: “Espera lá, quando eles me depositarem dinheiro isto vai ajudar a pagar isto e aquilo” 29:28 A M está a fazer alguma coisa errada?

33.	M: Não mas nunca me passou pela cabeça este estratagema que eu sei que há muita gente que faz mas que a mim nunca me passou pela cabeça ter que fazer 29:46 A M está a resolver uma situação, não é?
34.	M: Eu estou 29:54 O que é que incomoda? O que é que a está a incomodar?
35.	M: Não é confortável 32:45 Mas se o prazer da companhia da M não fosse importante...
36.	M: Eu sei e agradeço como é óbvio. Sei que eles fazem porque gostam da minha companhia, gostam de mim e tudo isso 33:02 É isso que a deixa incomodada?
37.	M: Se eu vou para o tango falar destas coisas que me chateiam, que não tenho dinheiro, que tenho que pagar dívidas, que os meus pais não sei quê, que a minha irmã não sei que mais, então onde é que tenho um espaço de lazer? Não tenho 37:44 Mas porquê que a M iria precisamente encher o espaço de lazer com “porcaria”? Acha que não merece? Acha que não merece divertir-se?
38.	M: Disse o G: “Se tu dizes que não aconteceu nada entre ti e o M eu acredito mas se tu alguma vez me mentes...” 40:11 O G?
39.	M: O G 40:13 Há pessoas intuitivas, há.
40.	M: Meu dito, meu feito! Um dia fomos à praia e vesti uma daquelas mini-saias curtinhas (risos) 40:46 M... E a M diverte-se (risos)
41.	M: O rapaz tem que ganhar confiança nele 41:03 Assim está no mau caminho de certeza
42.	M: Mas pronto, fiquei chateadíssima com a história, essa é que é essa 41:25 Outro homem que sentiu-se inseguro ao pé da M
43.	M: Não sei se ele sente, não percebi 41:34 Mas foi por isso
44.	M: Não percebo 41:50 O que é que quer perceber? O que é que gostava de perceber?
45.	M: Está-me a pedir de mais agora 42:11 Então?
46.	M: Agora está-me a pedir de mais 42:14 O que é que... Mas quer pôr-se a adivinhar o que é que...
47.	M: Começa nesta brincadeira, nesta empatia que criamos um com o outro e depois... 43:21 Hum...
48.	M: Paciente como não sou, esperei 43:45 Hum...
49.	M: É pena, cada vez mais me convenço

	44:09 Esperou quanto tempo?
50.	M: Sei lá, de mais para ter um balde de água fria destes 44:20 Quanto tempo é que foi?
51.	M:Não interessa, foi tempo de mais para ter um balde de água fria destes 44:27 Então não responde M?
52.	M: Foi de mais, não interessa 44:34 Pronto, a M saberá a resposta
53.	45:16 Para todos os efeitos foi um recuo
54.	M: O que é que ele quer?! Tinha ido sozinho, não tinha ligado a ninguém 46:14 Sim...
55.	47:22 O quê que esta situação lhe faz lembrar?
56.	M: É mais do mesmo (...) Eu não me posso apaixonar pelo G, tem muito bons princípios, é tão carinho 48:05 E gosta de si
57.	M: Pois, gosta de mim mas não gosta de mim totalmente, ia ter graves problemas 48:23 Isso agora soou a ameaça
58.	M: Realmente é uma pena a gente não poder escolher 48:59 É uma pena?
59.	M: Nós não podermos escolher 49:04 Como assim?
60.	M: De quem gostamos 49:10 Mas nós escolhemos de quem gostamos. É uma escolha que se faz
61.	M: Não, não é uma escolha consciente 49:29 Às vezes podem haver outros factores que influenciam mas de uma maneira geral é uma escolha consciente, nós é que normalmente temos tendência para gostar de pessoas com características, no caso das mulheres, parecidas ou opostas ao pai e no caso dos homens, parecidas ou opostas à mãe. Escolhemos aquilo que conhecemos, não é?
62.	M: eu já percebi que escolho homens iguais ao meu pai 50:16 Que levam a M ao colo como um trofeu mas que depois traem a sua confiança
63.	51:06 E olhar para longe? Para o oposto daquilo que conhece?
64.	M: Nem sei como é que um homem é o oposto daquilo que conheço, nem sei 51:23 O oposto não tem aquilo que se conhece por isso...
65.	M: Não sei mesmo. Se não me fizer rir não lhe acho graça 51:42 Isso é importante
66.	M: Se não tiver cultura vou falar sobre quê? Telenovelas e futebol? Também não pode ser 51:59 Não é isso, estamos a falar de maneiras de ser
67.	52:05 Sem querer dar um conselho mas dar se me é permitido, acho que faz bem em escolher um homem que a faça rir

68.	M: Se não é um tédio 52:17 É importante, é importante
69.	53:41 O que é que a M está a pensar?
70.	M: Como é que será um homem o posto daquilo que estou habituada 53:47 Hum, hum...
71.	54:00 Vai ver que vai . Seja como for, apesar desta situação, deixe-me que lhe diga também, M ficou a saber, tirou a suas conclusões dessa conversa mas não o confrontou, o que é diferente. Portanto a M sabe um pouco o que é que se passou, o que é que se passa sobre a intenção de afastar a M mas o que eu quero dizer é que há poucos dados
72.	M: Se não tivesse intenção de afastar hoje é quinta-feira já tinha dito qualquer coisa 55:17 O que realmente se passou a M não sabe ou sabe pouco. Agora, independentemente disso a M aprendeu alguma coisa
73.	M: Aprendi. Não vale a pena chorar e ser paciente, afinal eu tinha razão 55:42 É isso que quer? Não, a M aprendeu outra coisa
74.	M: Aprendi, aprendi 55:52 Às vezes estando mais disponível as coisas acontecem (- Claro) Também se estiver com menos expectativas... Essas coisas, sabe que quando as expectativas começam a subir é aí que as coisas acontecem
75.	M: Eu tenho muitas expectativas, não consigo deixar as coisas andar eu crio muitas expectativas 56:13 Mas porquê? O que é que acontece? Se deixar as coisas andar é que as coisas acontecem
76.	M: Mas eu não consigo deixar as coisas andar eu crio muitas expectativas 56:20 Pois cria, cria muitas
78.	M: Sempre a ver o que é que pode acontecer 56:37 Pois mas M, o problema é que enquanto a M inventa a vida dentro da sua cabeça depois esquece-se da vida a acontecer
79.	M: Pelo menos já aprendi a não viver o passado, agora o futuro... 56:58 M, o passado aqui neste espaço, só importa às vezes ir lá atrás e tal para que a M reescreva a sua história pessoal, compreenda, interprete e é só isso
80.	M: Está na hora 57:41 Então vamos ficar por aqui

Fim	Intervenção
05-07-12	Terapêutica
1.	M: Eu disse: “És um palerma, convidas-me para sair mas dizes que não tens paciência para me aturar” 00:50 Ele disse isso?
2.	M: Eu digo aquilo que sinto e reajo aquilo que me fazem 04:23 Hum...
3.	04:52 Foi agressiva
4.	M: E eu fiquei agarrada 05:48 Hum?
5.	M: Estávamos os dois sempre no picanço 07:33 Hum...
6.	M: Os homens é à pancada (...) É assim, é à pancada 11:23 Também quer dar pancada no seu terapeuta?
7.	M: Não, não que me faz muito bem 11:33 Podia estar aborrecida por eu... Era-me de todo impossível
8.	M: Atrasei-me, não consegui chegar cá às 20.00h, até ajudou 12:08 Às 20:00h era mesmo impossível, depois percebi que conseguia chegar cá às 20:15h, 20:20h mas na altura não podia garantir
9.	M: Por acaso até ajudou 12:24 Então pancadas M, O que é que isso quer dizer?
10.	M: Eu não gosto de ser assim 12:31 Porquê que não gostava de ser assim?
11.	M: Eu gosto de ser carinhosa 12:38 Porquê que achava que dar pancada nos homens resulta?
12.	M: Porque quando somos carinhosas eles ficam certos e seguros que nós estamos ali e não vêm atrás de nós 12:54 À bocadinha estava a ouvi-la falar e a M desconfiou que podia haver outra mulher. Chegou a falar com ele sobre isso?
13.	M: Há comportamentos quase como um casal 13:44 Quase como um casal?
14.	M: Mas não tive medo de demonstrar aquilo que eu sentia, demonstrei que estava chateada com ele 15:33 A M ainda se defende mas eu sinto que se defende menos do que se defendia aqui à uns tempos, ou seja, acho que neste momento a M já tem alguma segurança para mostrar que pode mostrar parte de si, que pode se expor e que daí não advém o que é mau. Agora pronto, pode tentar saber mais, ter calma, saber quais são os pensamentos dele e também dentro da M que pensamentos é que a M tem em relação a isto
15.	M: Agora parece que está nas minhas mãos o convidar

	16:36 Não quer reiterar o convite lá de casa do jantar?
16.	M: Terça-feira, quarta-feira, quinta-feira dou aulas 16:55 Hum, hum...
17.	M: E depois mais isto, eu na vida dele 17:44 Hum...
18.	M: Agora já dá (boleia) mas dá a uma pessoa 18:16 Hum...
19.	M: Depois já está tudo bem 20:25 Mas porquê que não haveria de estar? E o G sabe do apreço da M pelo M?
20.	M: Não pode saber 20:37 Não sabe?
21.	21:05 E acha que ele não desconfia?
22.	M: Não sei... 21:11 E a M não desconfia do lado dele, do G poder ter interesse em outra mulher?
23.	21:24 Mas da mesma maneira que a M tem as suas desconfianças, há de perceber que o G também há de ter as dele
24.	M: Claro 21:35 Estou só a tentar... Estou só a tentar ver aqui... Porque a M apresenta essas atitudes do G como se surgissem do nada e fica magoada com as mesmas mas provavelmente pode haver uma razão, uma explicação
25.	M: Se eu pudesse escolher então escolhia o G porque eu sei que é uma pessoa com princípios, é uma pessoa com valores e não sei quê 23:08 Se pudesse escolher?
26.	M: Sim, se eu pudesse escolher de quem gostasse 23:12 Hum...
27.	M: Mas o problema do G é que não desenvolve 23:20 Mas a M sabe que pode escolher
28.	M: Eu sei que vibro mais pelo M, apesar de o G fisicamente ser muito mais interessante 23:33 Mas é uma escolha ou não? Escolher o M em vez do G?
29.	M: Mas isso é uma escolha física, não sou eu que escolho 23:41 Então quem é?
30.	M: alguma coisa cá dentro que escolhe 23:48 Ah! Alguma coisa cá dentro que escolhe, que é a M
31.	M: Sim mas o que eu quero dizer é que não é uma escolha consciente 23:56 Mas nós aqui também falamos das coisas inconscientes não é?
32.	M: Pois mas é uma coisa que não é consciente 24:02 Que é sempre difícil perceber onde é que acaba uma coisa e outra, não é?
33.	M: Eu fartei-me de rir 24:10 O que é que é?

34.	M: Eu fartei-me de rir 24:12 De quê?
35.	M: Agora tenho mais um (critério), que saiba dançar tango ou que queira aprender a dançar tango 25:20 Hum...
36.	25:31 Ainda estou a pensar naquilo que disse: “Se pudesse escolher escolhia o G”
37.	M: E depois era eu e ele a fazer uma pergunta 28:32 À E?
38.	M: Mas ele tem muito que aprender 30:05 Hum, hum...
39.	M: O resto não tem 31:41 E o resto é o quê?
40.	M: Não vejo telenovelas há 20 anos 33:03 Mas o G vê telenovelas?
41.	M: Para isso não preciso de um homem ao meu lado 33:03 E o carinho... A questão aqui não é como dizem os seus amigos, dar uma oportunidade ao G. Aqui o que me interessa é que naquilo que a M trás há uma certa contradição porque a M disse: “O G tem aquilo que nem o defunto nem o R tinham, que era valores, princípios, carinho, atenção e tempo.” portanto, o que procura mas isto não chega
42.	M: Atraía-me muito mais (M) mas não está a dar-me atenção, nem carinho, nem mimo 34:14 Então pense o que é que isso quer dizer. O que é que isso quer dizer?
43.	M: O M está a repetir o padrão os doutros 43:28 Também não sabe. (-Também não sei) Ao que parece
44.	M: Eu sinto mais pelo M do que pelo G, a questão é essa. Apesar de o G ser um homem mais bonito e mais interessante fisicamente 34:55 Porque até aí nessa parte, não é?
45.	M: Tem um corpo mais desenvolvido mas não é macaquinho nem nada, está bem 35:44 O que é um macaquinho?
46.	M: Eu com o M mexo mais 36:10 O seu pai costumava estimular muito a M do ponto de vista intelectual?
47.	M: Deixei de ser presunçosa, eu era presunçosa por causa dele 38:11 Como é que isso acontecia? Como é que a M deixava de ser quem era por causa dele?
48.	M: Mas lá está, o meu medo outra vez é esse. Ele não tem tempo, não me dá atenção porque não tem tempo mas é com ele que me sinto melhor 40:04 Às vezes é muito difícil a gente largar aquilo que conhece, não é? É melhor o que conhecemos mesmo que nos cause sofrimento do que o que desconhecemos, o arriscar.
49.	M: Não sei se me começo a pressionar a mim mesma porque quero ter filhos 40:54 Isso quer dizer o que? Não é o querer ter filhos que isso eu percebi mas o

	pressionar-se a si mesma?
50.	M: Pensei: “Este homem não é bonito mas eu não me importo” 43:18 Há coisas maiores, há coisas nestes homem que...
51.	M: E eu farto-me de rir com ele 43:40 Bom M, deixe ver o que acontece
52.	45:56 Mas então vai continuar a dar aulas?
53.	M: A coordenadora dá ouvidos porque é amiguinha das outras 47:00 Hum...
54.	M: Se no outro, na BlackBerry, foram dizer que eu era agressiva a falar com as pessoas e agora estas vê-me dizer que é difícil falar comigo e não sei quê e não sei que mais, se calhar há qualquer coisa em mim que eu não estou a ver 50:25 O que é que a M pensa sobre isso?
55.	M: O que é que se está a passar comigo, o que é que eu estou a fazer para me virem dizer isto? 52:13 Mas isso não acontecia antes?
56.	M: Havia muitas mulheres que não gostavam de mim mal eu pus o pé na empresa 52:44 Hum...
57.	M: Mal eu pus o pé na empresa 52:47 Hum...
58.	52:52 As mulheres não lhe falavam na x, na BlackBerry diziam que era agressiva e aqui na escola dizem que causa mau ambiente. São sempre mulheres, não é?
59.	53:16 Sim, se calhar há qualquer coisa na relação que a M estabelece com as mulheres que leva a que...
60.	53:35 E antes disso?
61.	M: Dávamo-nos bem 53:46 Hum... Isso era? Recorde-me lá, a M era? (-Era Relações Publicas)
62.	M: Eu entrei e elas viram-me como uma ameaça 54:26 Hum...
63.	M: As mulheres não se chegavam ao pé de mim, os homens chegavam 54:41 Hum..
64.	M: Era o oposto. Aí era inveja 55:26 E agora acha que era diferente?
65.	56:43 Bom, nada nada não será. A M vê isso acontecer e vêm-lhe dizer portanto alguma coisa se passa

Anexo 5: Material – Cotações das Intervenções Analisadas
Cotação das Intervenções Realizadas pelo Terapeuta,
Folha de Cotação Por Sessão

TADS

Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	A
Secção	Início

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

[X]

Estados Afectivos-experiências/pensamentos

[]

Comentários da Sessão-Preocupações

[] SELECCIONE UM

Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento

[]

Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro

[]

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
25. Ataque Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

26. Utilização Mecanismos de Defesa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização
[] Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

29. Estar Contra o Desenvolvime nto	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

- g. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- h. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- i. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

33. Relacionamento s Sado- Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do Término/Tim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R– Não Retratado
N/A – Não Aplicável

TADS
Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	B
Secção	Início

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

[X]

Estados Afectivos-experiências/pensamentos

[]

Comentários da Sessão-Preocupações

SELECCIONE UM

Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento

Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
25. Ataque Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

26. Utilização de Mecanismos de Defesa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização []
Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

29. Estar Contra o Desenvolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

- j. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- k. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- l. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

33. Relacionamentos Sado-Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do término/fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R– Não Retratado
N/A – Não Aplicável

TADS
Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	C
Secção	Início

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

Estados Afectivos-experiências/pensamentos

Comentários da Sessão-Preocupações SELECCIONE UM

Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento

Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	ALTO
---------------------	-------	-----	-----	-----	-----	-----	------

25. Ataque Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
26. Utilização Mecanismos de Defesa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [X] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização []
Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
29. Estar Contra o Desenvolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

SELECCIONE UM:

- m. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- n. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- o. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

33. Relacionamento Sado-Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do término/fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	①	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	②	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R– Não Retratado
N/A – Não Aplicável

TADS
Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	D
Secção	Início

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente
 Estados Afectivos-experiências/pensamentos
 Comentários da Sessão-Preocupações SELECCIONE UM
 Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento
 Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
25. Ataque Capacidades	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Mentais								
26. Utilização Mecanismos de Defesa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização
[] Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
29. Estar Contra o Desenvolvime nto	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

SELECCIONE UM:

- p. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- q. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- r. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

33. Relacionamento Sado-Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do término/fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R – Não Retratado
N/A – Não Aplicável

TADS

Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	E
Secção	Meio

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

[]

Estados Afectivos-experiências/pensamentos

[]

Comentários da Sessão-Preocupações

Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento

Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro

SELECCIONE UM

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
25. Ataque Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

26. Utilização Mecanismos de Defesa	<u>1</u>	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	----------	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [X] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização
[] Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos	<u>1</u>	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
-------------------------------	----------	---	---	---	---	---	---	------------

28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	<u>2</u>	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	----------	---	---	---	---	---	------------

29. Estar Contra o Desenvolvime nto	1	2	3	4	5	6	7	<u>N/R ou N/A</u>
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

SELECCIONE UM:

- s. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- t. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- u. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	2	3	<u>4</u>	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	----------	---	---	---	------------

31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	<u>N/R ou N/A</u>
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	<u>N/R ou N/A</u>
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

33. Relacionamento s Sado- Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	<u>N/R ou N/A</u>
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do término/fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R – Não Retratado
N/A – Não Aplicável

TADS
Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	F
Secção	Meio

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

[]

Estados Afectivos-experiências/pensamentos

[]

Comentários da Sessão-Preocupações

Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento

Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro

SELECCIONE UM

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADRERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
25. Ataque Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

26. Utilização Mecanismos de Defesa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização []
Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos	①	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	4	⑤	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

29. Estar Contra o Desenvolvime nto	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

- v. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- w. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- x. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	①	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

32. Padrões Excessivos	1	②	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

33. Relacionamento s Sado- Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do término/fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R– Não Retratado
N/A – Não Aplicável

TADS

Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	G
Secção	Fim

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

[X]

Estados Afectivos-experiências/pensamentos []
 Comentários da Sessão-Preocupações [] SELECCIONE UM
 Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento []
 Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro []

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
25. Ataque Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

26. Utilização de Mecanismos de Defesa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização []
Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

29. Estar Contra o Desenvolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

- y. O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- z. O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- aa. Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

33. Relacionamentos Sado-Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do término/fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	①	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	①	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R– Não Retrato
N/A – Não Aplicável

TADS
Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	H
Secção	Fim

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

[]

Estados Afectivos-experiências/pensamentos

[]

Comentários da Sessão-Preocupações

Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento

Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro

SELECCIONE UM

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
25. Ataque Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

26. Utilização Mecanismos de Defesa	<input checked="" type="radio"/>	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	----------------------------------	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [X] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização
[] Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos	1	2	3	4	5	6	7	<input checked="" type="radio"/>
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	<input checked="" type="radio"/>	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	----------------------------------	---	---	---	------------

29. Estar Contra o Desenvolvime nto	1	2	3	4	5	6	7	<input checked="" type="radio"/>
--	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

SELECCIONE UM:

- bb. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- cc. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- dd. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	<input checked="" type="radio"/>	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	----------------------------------	---	---	---	---	---	------------

31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	<input checked="" type="radio"/>
---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	<input checked="" type="radio"/>
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

33. Relacionamento s Sado- Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	<input checked="" type="radio"/>
---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------

34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do término/fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R – Não Retratado
N/A – Não Aplicável

TADS

Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	I
Secção	Fim

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

Estados Afectivos-experiências/pensamentos

[]

[X]

Comentários da Sessão-Preocupações

[] SELECCIONE UM

Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento

[]

Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro

[]

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
25. Ataque Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

26. Utilização de Mecanismos de Defesa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

Repressão [] Negação [] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização []
Humor [] Outro []

27. Utilização de Símbolos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

29. Estar Contra o Desenvolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

- ee. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- ff. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- gg. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

33. Relacionamento s Sado-Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

34. Dificuldades com desapontamento s e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do término/fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R– Não Retratado
N/A – Não Aplicável

TADS
Folha de Cotação – Total da Sessão

Paciente ID	M
Sessão	J
Secção	Fim

NÍVEL DE ADERÊNCIA:	BAIXO	...	...	...	...	...	ALTO	
1. Envolvimento	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
2. Empatia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
3. Aceitação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
4. Colaboração	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
5. Estilo de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
6. Clarificação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
7. Orientação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
8. Setting Externo	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
9. Setting Interno	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
10. Experiência Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
11. Silêncio	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
12. Material Precoce	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
13. Aprofundar Compreensão	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
14. Incongruência Afecto/Discurso	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
15. Sentimentos Inaceitáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
16. Pergunta Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
17. Estabelecer Ligações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

Experiências: passado-presente

Estados Afectivos-experiências/pensamentos

[X]

[]

Comentários da Sessão-Preocupações

[] SELECCIONE UM

Alteração da Compreensão-Alteração do Funcionamento

[]

Angústias/Defesas-Relacionamentos com o Outro

[]

18. Transferência – relação terapeuta/paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
19. Transferência – relações passadas/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
20. Transferência – relações actuais/relação terapêutica	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
21. Transferência – angústias/defesas, sentimentos escondidos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
22. Contra-Transferência. Actualização dos sentimentos relativos ao paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
23. Contra-Transferência. Utilização de dicas e comportamentos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
24. Evitar da dor mental	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

ADHERENCE RATING: BAIXO ALTO

25. Ataques Capacidades Mentais	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

26. Utilização Mecanismos de Defesa	①	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

Repressão [X] Negação [] Regressão [] Passagem ao acto [] Somatização [] Humor []
Outro []

27. Utilização de Símbolos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

28. Contribuição do Paciente Relativamente às Dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

29. Estar Contra o Desenvolvime nto	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

SELECCIONE UM:

- hh. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para alturas em que alguma prova de melhoria ou crescimento resulta numa reacção negativa ou recidiva por parte do paciente.
- ii. [] O terapeuta chama a atenção do paciente para a forma como as capacidades do último são vistas pelos outros, por exemplo, terapeuta ou amigos e por isso mesmo negadas.
- jj. [] Embora a relacionado com o ponto a), este processo descreve situações em que o paciente utiliza a sua indisposição para se fazer passar por vítima do seu sofrimento com representações somáticas e, desta forma, auto-sabotar a terapia. Deverá ser comparado com outras formas de estar contra o desenvolvimento, conforme descrito no ponto a).

30. Negligência Capacidades Saudáveis	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

31. Capacidades destrutivas do Paciente	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---	---	---	---	---	---	---	---	------------

32. Padrões Excessivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

33. Relacionamento s Sado- Masoquistas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
--	---	---	---	---	---	---	---	------------

34. Dificuldades com desapontamentos e Perdas	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
35. Ruturas de Comunicação	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
36. Impacto das Separações	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
37. Impacto do término/fim da Terapia	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
38. Identificação de Suposições Subjacentes	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
39. Reconhecimento Erros Cognitivos	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
40. Atribuição de Trabalhos de casa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
41. Auto-Monitorização	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
42. Auto-Revelação do Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A
43. Tranquilização Directa	1	2	3	4	5	6	7	N/R ou N/A

N/R – Não Retratado
N/A – Não Aplicável