



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE
MUDANÇA EM PSICOTERAPIA**

Paula Alexandra de Oliveira Norte

Orientador de Dissertação:
Professor Doutor António Pazo Pires

Coordenador de Seminário de Dissertação:
Professor Doutor António Pazo Pires

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

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

Agradecimentos

Estou em dívida para com todas as pessoas, que são uma referência na minha vida e me ajudaram no meu trabalho, definindo modelos de comportamento, qualidades humanas e modos de *ser* que me inspiraram e instruíram. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Ao Professor Doutor António Pazo Pires, meu orientador, pelos seus ensinamentos, pela sua paciência, simpatia, enorme disponibilidade e compreensão e pelo seu apoio nos momentos de maior ansiedade e insegurança.

Ao António, pelos momentos de partilha, pelo apoio, pelo seu exemplo de companheirismo e amor.

À família, pelo apoio incondicional, pela partilha da vida e compreensão, pela absoluta firmeza com que sempre me apoiaram.

Aos amigos o meu sincero bem-haja pela amizade, disponibilidade, pelas horas partilhadas, pelo apoio e incentivo constantes.

À Kioko Koiso, por me mostrar que é possível dar um avassalador contributo a um planeta inteiro sem se ser avassalado por isso.

Em especial à minha mãe, pessoa extraordinária, de uma sabedoria serena, uma infinita paciência, uma profunda compaixão.

Obrigada, mãe.

Índice

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA	1
Resumo.....	2
Abstract	3
Mudança Psíquica	5
Investigação em Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise	7
Escala e Instrumentos de Processos Terapêuticos	10
Fases de Mudança	14
Conclusão	17
Referências Bibliográficas	18
ARTIGO EMPIRICO.....	21
Resumo.....	22
Abstract	23
Introdução.....	24
Método	26
Participantes	26
Instrumentos	28
Procedimento.....	30
Resultados	32
Discussão.....	39
Referências	41
ANEXOS.....	43
Anexo A: Tabela dos Estudos Empíricos.....	44
Anexo B: Lista de Exemplos de Mudança nas Variáveis do CHAP.....	47
Anexo C: Folha de cotação da DMRS	53
Anexo D: Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 1).....	54
Anexo E: Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 2)	72

Anexo F: Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes.....	84
Anexo G: Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância da Avaliação Quantitativa nas Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes	85
Anexo H: Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes (Paciente 1 e Paciente 2).....	86

ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

Avaliação de Processos de Mudança

Resumo

A presente revisão de literatura procura fundamentar e explorar o conceito de mudança psíquica, que ocorre como resultado do processo de intervenção terapêutica. São várias as investigações que documentam e sustentam a efetividade da psicoterapia psicanalítica e, da psicanálise, no entanto apesar das inúmeras investigações pouco se sabe sobre como ocorre a mudança no decurso de uma terapia. Através de estudos sobre o processo terapêutico é possível compreender como se dá a mudança no decorrer do tratamento e, identificar os mecanismos de mudança terapêutica. A aplicação de escalas e instrumentos padronizados podem contribuir de diversas formas para a avaliação de intervenções e tratamentos e, assim auxiliar na identificação das variáveis que podem estar associadas à mudança terapêutica. Neste sentido, identificar variáveis das quais pode depender a eficácia/efetividade, de uma determinada intervenção psicoterapêutica, auxilia na promoção de estratégias que podem ser impulsionadoras do processo de mudança.

Palavras-chave: mudança psíquica; eficácia da psicoterapia; mecanismos de mudança; processo terapêutico.

Abstract

This literature review aims to substantiate and explore the concept of psychic change which occurs due to the therapeutical intervention process. Several studies document and uphold the efectiveness of psychoanalytical psychotherapy and psychoanalysis. However, despite the great number of existing studies, we know little about how change occurs in the course of a therapy. Studies on the therapeutical process allow us to understand how change occurs in the course of the treatment and to identify the mechanisms of therapeutical change. The application of scales and standardized instruments may contribute in several ways to the evaluation of the interventions and treatments and thus help to identify the variables which may be associated with therapeutical change. Therefore, the identification of variables which affect the efficacy/effectiveness of a specific psychotherapeutical intervention helps to promote strategies which may be catalyzers for the change process.

Keywords: psychic change; effectiveness of psychotherapy; mechanisms of change; processes of change

Introdução

A presente revisão de literatura procura fundamentar e explorar o conceito de mudança psíquica, que ocorre como resultado do processo de intervenção terapêutica.

Atualmente, embora de forma não consensual, o termo mudança psíquica é utilizado tanto para caracterizar mudanças que ocorrem no estado mental ou funcionamento do paciente, como para explicar uma mudança mais persistente.

Apresentamos algumas investigações realizadas sobre mudança psíquica, bem como os resultados obtidos. São várias as investigações que documentam e sustentam a efetividade da psicoterapia psicanalítica e da psicanálise, no entanto é importante a realização de estudos que, através de medidas válidas e fiáveis, permitam conhecer melhor o processo interventivo por meio do qual a mudança psíquica ocorre. Assim como também, avaliar os seus resultados e, conseqüentemente, permitir a sua reestruturação e aperfeiçoamento. Ainda no que respeita à procura da compreensão da mudança psíquica surge a necessidade de perceber as fases pelas quais o processo de mudança se desenvolve. O estudo das fases de mudança, consiste em perceber e poder prever através dos padrões de recuperação, que determinada quantidade de terapia é necessária para o paciente recuperar. Para a medição dos resultados foram elaborados dois modelos, o Modelo de Dosagem e o Modelo Trifásico, ambos validados empiricamente.

A pesquisa para a presente revisão de literatura foi realizada em todas as bases de dados da “EBSCO”, sendo que a maior parte dos artigos encontrados pertenciam à “psycINFO”, “PsyARTICLES” e “PEP ARCHIVE”. Foram selecionadas as palavras chave: “psychic change”; “agentes of change”; “psychoanalytic psychotherapy”; “psychoanalysis”; “process”; “research in psychoanalytic psychotherapy”; “efficacy in psychoanalytic psychotherapy”; “dose model”; “phase model”, combinando-as entre si. Os resultados foram limitados aos trabalhos publicados entre 2007 a 2013, no entanto foram admitidos estudos mais antigos. Com o intuito de complementar a pesquisa, foram incluídos diversos artigos de revistas científicas e, livros consultados na biblioteca do ISPA-IU.

Mudança Psíquica

Em termos gerais, a psicanálise é uma prática que visa auxiliar os pacientes a lidar com o seu sofrimento emocional. O sofrimento resulta muitas vezes na dificuldade de acionar mecanismos de defesa saudáveis diante dos conflitos psíquicos. É esse sofrimento que leva o paciente à procura de ajuda mesmo quando ele não tem disso uma consciência clara. Ao pedido de ajuda, ao pedido de mudança, alia-se por vezes uma poderosa resistência à mudança, só ultrapassável se o paciente tiver suficiente capacidade de tolerar o sofrimento e confiança na sua capacidade de suportar mudanças psíquicas e expectativas no tratamento.

Freud admitia que a construção elaborativa operada ao longo do processo analítico seria fundamental na obtenção da cura, pois flexibilizava os mecanismos de defesa, diminuía a resistência, tornava os imperativos superegóicos menos rígidos, a encruzilhada nuclear do Édipo era resolvida na análise da neurose de transferência (Malpique & Fleming, 2010).

Blum (1992) expressou categoricamente que o objetivo do trabalho psicanalítico é a mudança psíquica, noções de cura foram abandonadas. Joseph (1992) advertiu que existe, alguma ambiguidade acerca do significado de mudança psíquica, pois o termo é utilizado tanto para designar qualquer tipo de mudança no estado mental ou funcionamento do paciente, quanto para designar uma mudança a longo prazo, mais duradoura e desejável. A mesma autora, considera que a mudança não se constitui num estado final, ocorrendo constantemente durante o processo terapêutico e, representa um meio através do qual o paciente lida com suas ansiedades e relacionamentos. Nesta medida, pensar em mudança psíquica significa considerar a interação que se estabelece entre terapeuta e paciente. Blum (1992) considera que, atualmente há um novo foco sobre como e porque a mudança ocorre, e os agentes inter-relacionados de mudança.

Braier (2000, *in* Zanatta et al., 2013) defende que, o primeiro agente de mudança consiste no estabelecimento de um bom vínculo entre paciente e terapeuta. O vínculo afetivo e a aliança de trabalho são elementos fundamentais, portanto, é preciso que o terapeuta consiga transmitir confiança ao paciente a fim de trabalhar seus processos inconscientes (Zanatta et al., 2013). Conforme Gabbard (2006, *in* Zanatta et al., 2013), para que o vínculo e a aliança de trabalho sejam estabelecidos é necessário que o terapeuta possua as seguintes características: empatia, calor humano, interesse genuíno,

competência profissional, que tenha capacidade de se preocupar e cuidar dos outros. O *insight*, ou seja, tornar consciente o material inconsciente, é importante, pois facilita e reforça a mudança terapêutica - mas não é o essencial (Morgan et al., 1998, *in* Brum et al., 2012). Também é relevante como o paciente se vê e como se relaciona com as pessoas, e isso ocorre a partir da relação entre a dupla terapêutica, no aqui e agora, através de interações verbais e não-verbais. Conforme Fonagy (1998, *in* Brum et al., 2012), quando se estabelecem momentos de relação, o terapeuta é visto pelo paciente como um novo objeto, e seu envolvimento permite um afastamento de suas experiências passadas com outras pessoas, viabilizando a alteração de seu conhecimento relacional implícito. Nesta mesma direção, Beebe (1998, *in* Brum et al., 2012) complementa que os momentos autênticos de relação entre terapeuta e paciente, bem mais do que as interpretações do material inconsciente, são as bases para as verdadeiras transformações psíquicas.

A psicanálise postula uma forma de mudança que se caracteriza por apresentar efeitos particularmente persistentes, denominando-se de mudança estrutural. Este conceito foi definido em psicanálise como uma reconfiguração estável na organização mental, cujos comportamentos observáveis que dela derivam manifestam-se de forma consistente ao longo do tempo (Moore & Fine, 1990; Sandell, 2005 *in* Josephs & Bornstein, 2011). O termo estrutura, refere-se assim a uma organização temporal estável da personalidade e dos padrões habituais que os pacientes adotam na tentativa de resolverem os seus conflitos inconscientes (Rapaport, 1960 *in* Grande et al., 2009).

Acredita-se que as alterações que incidem sobre este nível mais profundo da personalidade são essenciais para a obtenção de efeitos terapêuticos persistentes em vários níveis (como por exemplo ao nível sintomático). A intervenção psicanalítica, bem como as técnicas utilizadas, visam a promoção deste tipo de mudanças (Kernberg, 1991, 1999; Moore & Fine, 1990, *in* Grande et al., 2009). Desta forma, a estabilidade, alcançada após a ação terapêutica, permite uma redução da vulnerabilidade para a recaída quando o sujeito lida com circunstâncias de vida desfavoráveis (Josephs & Bornstein, 2011).

Investigação em Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise

De acordo com Wallerstein (2005), as questões centrais da investigação em psicanálise e nas psicoterapias psicanalíticas são : 1) Que mudanças ocorrem durante e como consequência da terapia (isto é a questão do resultado)? 2) Como essas mudanças ocorrem, ou como elas são ocasionadas – ou seja, por meio da interação, de que fatores no paciente, na terapia e no terapeuta, e na evolução da situação de vida do paciente (isto é a questão do processo)?

A avaliação da efetividade da psicoterapia, tem sido um tema de grande controvérsia, especialmente a partir do estudo de Eysenk (1952). Este autor, numa revisão que abrangeu 24 estudos de psicoterapia psicodinâmica e eclética, concluiu: *“Pacientes tratados através da psicanálise melhoraram até um índice de 44%; os pacientes tratados ecléticamente melhoraram em 64%; os pacientes tratados sob custódia ou por médicos de clinica geral melhoraram até um índice de 72%. Parece existir, portanto uma correlação inversa entre recuperação e psicoterapia.”* (Eysenk, 1952, p.322). Após a divulgação destes resultados, houve um crescente interesse em demonstrar a eficácia em psicoterapia. Este estudo pioneiro, contribuiu para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de metodologias, com o objetivo de avaliar a eficácia da psicoterapia.

Luborsky e colaboradores (1975) efetuaram um estudo de comparação entre várias psicoterapias e, verificaram que a maioria dos estudos apresentavam diferenças não significativas entre a proporção de doentes que melhoravam. Segundo os autores, a hipótese mais provável para este facto devia residir nos componentes comuns às várias psicoterapias. Esta hipótese ficou conhecida, como o Veredicto do Pássaro Dodó, alusão ao clássico “Alice no País das Maravilhas”: “todos ganharam, todos merecem prémios”.

O Projeto de Pesquisa em Psicoterapia (PRP) da Fundação Menninger que teve início em 1954, foi com certeza o programa mais ambicioso sobre mudanças que ocorrem em tratamentos psicanalíticos e psicoterapêuticos (a pergunta sobre o resultado) e como essas mudanças acontecem ou são provocadas (a pergunta sobre o processo) (Wallerstein, 2005). Esta investigação, teve a particularidade de acompanhar o percurso de vida de 42 participantes (22 pacientes realizaram psicanálise e, 20 pacientes, psicoterapia psicanalítica). A duração dos tratamentos oscilou entre os 6 meses e os 12 anos. Todos os pacientes (100%), foram avaliados após 2/3 anos. Durante

30 anos, foi possível recolher muitas informações acerca dos vários pacientes. No relatório final do Projeto de Pesquisa em Psicoterapia (PRP), Wallerstein (1986), refere que elementos de interpretação e *insight* e elementos de relacionamento e apoio estão presentes em diferentes tipos de psicoterapia. Os resultados deste estudo demonstraram também que técnicas de apoio podem contribuir para mudanças estruturais tão duradouras quanto aquelas derivadas de estratégias interpretativas e, que estas técnicas são mais utilizadas em tratamentos analíticos do que supostamente seria esperado (Wallerstein, 1986).

No Instituto Psicanalítico de Boston (Kandrowitz et al., 1990), selecionaram vinte e dois pacientes para participarem num estudo, numa fase inicial da avaliação aplicaram testes projetivos para verificar a: 1) disponibilidade e modulação de afeto, 2) qualidade das relações objetais, 3) teste adequado da realidade, 4) motivação para a mudança. Um ano após o tratamento, a bateria de testes inicial foi repetida e, tanto analista como paciente foram entrevistados. Dos vinte e dois pacientes, considerou-se que nove tiveram um resultado analítico bem-sucedido; cinco, um resultado limitado; e oito essencialmente não haviam sido analisados. A maioria dos pacientes obteve benefícios terapêuticos em cada uma das dimensões de mudança e resultado e, em cada dimensão o benefício excedeu o resultado analítico. O estudo demonstrou que a psicanálise exerceu um efeito positivo na intensidade e na qualidade das relações objetais dos pacientes. Ou seja, um resultado consistente e importante é que a maioria dos pacientes obteve benefício terapêutico, o que poderá ser explicado pela evocação e, resolução interpretativa da neurose de transferência (Kandrowitz et al., 1990).

O estudo de Berlim II A (Rudolf, Manz et al., 1994 *in* Jung et al., 2006), foi uma investigação que analisou o processo e o resultado de pacientes com múltiplos diagnósticos, atendidos em ambulatório duas a três vezes por semana em psicanálise, psicoterapia dinâmica, terapia focal ou grupo-terapia, e de pacientes internados em tratamento psicanalítico, que às vezes, incluía também grupo-terapia, Gestalt-terapia e terapias não verbais. Tanto o grupo de pacientes internados como os tratados em ambulatório, evidenciaram uma melhoria significativa nos sintomas psíquicos e físicos, traços narcísicos, relacionamentos interpessoais e teste de realidade (Jung et al., 2006).

O Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP) (Sandell et al., 2000), é um estudo em que, participaram 405 pacientes, 331 (em psicoterapia psicanalítica – 1 a 3 sessões por semana) e 74 (em psicanálise – 3 a 5 sessões por semana) sobre a eficácia da psicanálise e psicoterapia psicanalítica. Os

participantes deste estudo foram avaliados durante três anos, em vários momentos da terapia (antes, durante e após). Verificou-se uma melhoria progressiva nos sintomas e no funcionamento global em ambos os grupos (psicanálise e psicoterapia psicanalítica), durante os 3 anos essa melhoria foi mais significativa nos pacientes que fizeram psicanálise, a duração e a frequência do tratamento foram parcialmente responsáveis pelas diferenças encontradas nesse grupo.

Leichsenring (2005) realizou uma revisão sobre evidência empírica de resultados em psicoterapias psicanalíticas publicadas entre 1960 e 2004. Verificou, evidência de efetividade para a psicoterapia psicanalítica nas seguintes patologias: transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos de *stress* pós-traumático, transtornos somatoformes, personalidade *borderline*, bulimia nervosa, anorexia nervosa, transtornos de personalidade e transtornos relacionados com uso de substâncias. Os resultados estariam relacionados com a utilização das técnicas psicoterapêuticas e, do desenvolvimento da aliança terapêutica (Leichsenring, 2005).

Leichsenring e colaboradores (2008), realizaram uma meta-análise para avaliar os efeitos da psicoterapia psicodinâmica de curto e longa duração. Foram incluídos estudos com número mínimo de 50 sessões, sendo 11 ensaios clínicos randomizados e 12 estudos observacionais, num total de 1.053 pacientes com diversos transtornos (personalidade, depressivos, ansiedade, crônicos). Os resultados revelaram eficácia do tratamento com psicoterapia psicanalítica de longa duração (*long-term psychodynamic psychotherapy – LTPP*) para os transtornos referenciados.

Evidência empírica demonstra a eficácia da psicoterapia psicodinâmica, pacientes que realizam terapia psicodinâmica mantêm os ganhos terapêuticos e, parecem continuar a melhorar após o término do tratamento Shedler (2010), .

Num artigo de revisão, Jung e colaboradores (2006) apresentam algumas críticas dirigidas à investigação de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração: a ausência de diagnósticos padronizados; a inadequada informação sobre os procedimentos de tratamento; a falta de grupo de controlo e a randomização; as perdas durante o tratamento e no seguimento; a heterogeneidade dos grupos de pacientes; a falta do poder estatístico e uso de estatística inadequada; a ausência de avaliação independente do resultado; a inexistência de padronização e a validade questionável de algumas medidas do resultado. Existem evidências de bons resultados da psicoterapia de orientação analítica em patologias específicas, como: transtornos ansiosos; transtornos depressivos e transtornos de personalidade (Jung et al., 2006).

Wallerstein (2005) descreve a existência de quatro gerações sucessivas de pesquisa de resultados em terapia psicanalítica, tanto no que se refere à questão temporal como no grau de sofisticação e, complexidade conceptual e metodológica. A primeira geração, de 1917 até à década de 1960, composta por dados estatísticos de resultados avaliados em diferentes categorias de pacientes; a segunda geração de 1950 até à década de 1980, aplicação de medidas e escalas construídas, avaliações anteriores e posteriores e prognósticos de resultados esperados; terceira geração, da década de 1950 até à década de 1980 (contemporânea da segunda geração), adiciona o processo às medidas de resultado e estudos de seguimento da fase “ pós-analítica”; quarta geração, da década de 1980 até ao presente, envolve novas medidas de resultado especificamente adaptadas para a avaliação da estrutura psicológica e mudança estrutural, coordenada com medidas de processo mais sofisticadas similarmente aperfeiçoadas. Na atualidade, essas pesquisas prometem avanços consideráveis sobre os mecanismos de mudança em terapias psicanalíticas, que podem por sua vez, ajudar a orientar o tratamento de maneira mais efetiva.

Embora a investigação de resultados em psicoterapia psicanalítica forneça dados com importantes implicações para a prática clínica, no entanto estes não apresentam alternativas de como resolver dilemas e dúvidas clínicas característicos da psicoterapia, independentemente da sua natureza específica ou da perturbação (Peuker et al., 2009).

Escalas e Instrumentos de Processos Terapêuticos

Apesar das inúmeras investigações realizadas ao longo das últimas décadas no âmbito da investigação em psicoterapia continua-se sem saber concretamente *como* é que a psicoterapia leva e produz mudanças. (Miranda et al., 2009). O objetivo do estudo sobre processo terapêutico consiste em identificar fatores envolvidos no processo terapêutico e que sejam capazes de facilitar ou promover a mudança (Goldfried & Wolfe, 1996, *in* Yoshida, 1998).

A investigação ao nível dos processos tende a centrar-se na diferenciação de dois fatores distintos – fatores específicos e fatores comum (Miranda et al., 2009). A noção de fatores específicos refere-se aos mecanismos de mudança que são específicos a cada terapia. Os fatores comuns estão presentes em praticamente todas as modalidades de

psicoterapia. Stiles, Shapiro e Elliott (1986, *in* Serralta, 2010) consideram como fatores comuns relevantes para a mudança terapêutica: a) qualidades e atitudes do terapeuta que estão presentes nas diferentes orientações terapêuticas, tais como o envolvimento emocional e comunicação de novas perspectivas para a situação do paciente; b) fatores do paciente, como a participação na terapia, a exploração do mundo interno e as expectativas de melhora implícitas na busca de ajuda e esforços para manter a terapia; c) a aliança terapêutica, que compreende o acordo e envolvimento mútuo entre paciente e terapeuta para o progresso do tratamento.

A investigação ao nível dos processos centra-se nas interações dinâmicas que ocorrem ao longo das sessões terapêuticas (Garfield, 1990; Sirigatti, 2004 *in* Miranda et al., 2009). O recurso a gravações de sessões terapêuticas, permite o acesso aos conteúdos do processo terapêutico, favorecendo uma compreensão mais rigorosa do que sucede durante uma sessão. Para além, de permitir o estudo exaustivo de mecanismos subjacentes, através dos quais as mudanças ocorrem, quer pelo terapeuta quer por avaliadores independentes.

A aplicação de instrumentos padronizados pode contribuir de muitas formas para a avaliação de intervenções e tratamentos e, assim auxiliar na identificação das variáveis que podem estar associadas ao sucesso e/ou fracasso do tratamento psicoterapêutico (Peuker et al., 2009). Dentro do movimento atual de avaliação de processo psicoterapêutico, diversos autores propõem distintas formas de avaliação (Fishman, 2002; Goldfried & Wolfe, 1996; Hill, Thompson & Willians, 1997; Hilliard, 1993; Howard et al., 1996; Kächele, 2000; Krause et al., 2006, Brum, et al., 2012) tendo em vista a complexidade dos fenômenos processuais (Kächele, 2000, *in* Brum et al. 2012), tem-se privilegiado o estudo de caso. Os psicanalistas usam desde há muito tempo o método de estudo de caso para apoiar a validade das suas hipóteses teóricas e comprovar a eficácia dos seus tratamentos (Lingiardi, et al., 2010).

Através do uso de escalas e instrumentos de medida baseados em análises intensivas de processos terapêuticos pretende-se: explicar os mecanismos subjacentes através dos quais as mudanças ocorrem; circunscrever os eventos bem definidos de mudança que tenham significância prática e teórica; identificar num processo terapêutico específico, momentos de mudanças que possam ser generalizados (Yoshida, 1998).

A escala *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)* elaborada por Rolf Sandell em 1987, foi construída com o objetivo de avaliar as mudanças que ocorrem

durante ou depois de uma psicoterapia ou psicanálise, comparativamente ao estado inicial do paciente. A finalidade é avaliar em que medida o paciente se vivencia como mudado enquanto pessoa, consciente e inconscientemente, em cinco variáveis: Sintomas (S); Capacidade Adaptativa (CA); *Insight* (I); Conflitos Básicos (CB); Fatores Extra terapêuticos (FE).

Sá (2008) aplicou a escala *CHange After Psychotherapy Scales* (CHAP; Sandell, 1987) a notas de 384 sessões, escritas em discurso direto correspondentes aos 3 anos e 8 meses de uma psicanálise. Com este estudo, a autora pretendeu estudar a mudança ocorrida ao longo da análise, concluindo que desde muito cedo na terapia foram observadas mudanças. A autora, considera que o facto dos incidentes cotados como Conflitos Básicos se destacarem e, os Sintomas serem os menos evocados poderá ser justificado pelo pedido da paciente e por estes terem cedido na análise que a paciente fez anteriormente (fez psicoterapia psicanalítica, frente a frente, três vezes por semana, durante um ano e meio). Desde o início da psicanálise o *insight* destacou-se com valores elevados. No segundo ano de análise, a quantidade de incidentes para todas as variáveis foi pouco significativa. A mudança apresentou um padrão sequencial em que os Sintomas e a Capacidade Adaptativa começaram por evoluir de forma inversa, acabando, ao final de um ano e meio por progredir positivamente de forma idêntica, enquanto que os Conflitos Básicos e o *Insight* parecem ter apresentado o comportamento oposto, pois começaram por evoluir de forma análoga e após sensivelmente dois anos divergiram (Sá, 2008).

A escala *Defense Mechanism Rating Scales* (DMRS; Perry, 1990) mede a utilização de mecanismos de defesa durante uma terapia, baseando-se em entrevistas clínicas transcrições ou gravações (áudio e vídeo). O manual do *DMRS* descreve como é possível identificar os 28 mecanismos de defesa individuais.

Perry, e colaboradores (2009, *in* Loureiro, 2012), efetuaram um estudo com o objetivo de observar quais os processos de mudança no funcionamento defensivo ao longo de Psicoterapias de curta, média e longa duração e, verificar de que modo a avaliação quantitativa dos mecanismos defensivos pode ser um bom indicador de progresso e eficácia em investigação psicoterapêutica. Para o efeito, utilizaram como instrumento a *Defense Mechanism Rating Scales* (DMRS), na sua versão quantitativa. Assim, analisaram quatro casos clínicos, um de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, e os restantes três casos de Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica.

Perry, e colaboradores (2009, *in* Loureiro, 2012), concluíram: 1 – À medida que os pacientes mudam, estes aumentam os seus níveis de *Overall Defensive Functioning – ODF*, e a instabilidade dos seus funcionamentos defensivos tende a decrescer; 2 – Mudanças nos níveis defensivos ocorrem de forma progressiva. Assim, os pacientes trocam defesas no nível mais baixo da hierarquia (menos adaptadas/imaturas), por defesas no meio da hierarquia, e só mais tarde conseguem atingir defesas situadas no nível mais alto da hierarquia (adaptadas /maduras); 3 – Em conformidade com a maioria das investigações, à medida que o funcionamento defensivo melhora, os sintomas decrescem, e outros aspetos do funcionamento do paciente evoluem. 4 – Diferentes pacientes ou grupos de patologias, têm um ritmo de mudança próprio, que pode variar consoante diferentes tipos de tratamento, ainda não determinados. Assim, os estados depressivos podem estar associados com maiores mudanças num período inicial, que *a posteriori* se atenuam, enquanto distúrbios de personalidade podem ter períodos iniciais de estagnação mais longos, antes que a mudança se inicie e passe a ser mais ou menos estável (Loureiro, 2012). No entanto, os autores ressaltam que os resultados obtidos, são referentes a dois funcionamentos de ordem depressiva, e dois distúrbios *borderline*, podendo apenas cobrir alguns fatores, sendo que outros tipos de funcionamento, podem/devem estar associados a outros ritmos de mudança, não contempladas no estudo (Loureiro, 2012). Os autores sublinham que estes moderadores (características do paciente) e mediadores (tipo de tratamento; frequência das sessões; aliança terapêutica; duração do tratamento, entre outros), ficam por definir e validar de modo mais aprofundado (Loureiro, 2012).

Num estudo, (Lingiardo, et al., 2010) descrevem a progressão de uma análise a partir da perspetiva do terapeuta, assim como também de uma equipa de avaliadores independentes, utilizando métodos empíricos para estudar transcrições de sessões terapêuticas. Para o efeito, utilizaram como instrumentos: o *The Shedler-Westen Assessment Procedure - 200* (SWAP-20; Shedler & Westin, 1999), instrumento de avaliação utilizado para fazer o diagnóstico da psicopatologia da personalidade; o *Defense Mechanism Rating Scales* (DMRS; Perry, 1990) mede a utilização de mecanismos de defesa durante uma terapia, baseando-se em entrevistas clínicas transcrições ou gravações; *Analytic Process Scales*, (APS; Waldron et al., 2002), este instrumento baseia-se no estudo de transcrições de sessões terapêuticas. Com o intuito de aplicar o APS e DMRS, selecionaram 20 sessões de um total de 240 sessões, utilizando 4 sessões a cada seis meses (início, 6º mês, 12º mês, 18 mês e final do 2º

ano). O *SWAP-200* foi aplicado de doze em doze meses, correspondendo a 4 sessões selecionadas para cada período respectivo. No início da terapia, a paciente evidenciava traços obsessivos, paranoides e hostis e, de externalização.

No final do primeiro ano, a avaliação com recurso ao *SWAP-200* verificou um aumento significativo na personalidade saudável, não evidenciando critérios para um diagnóstico de perturbação de personalidade. Nesse mesmo período, os resultados obtidos com a *DMRS* demonstraram um aumento no funcionamento defensivo geral, apesar de não se evidenciar no domínio neurótico, aproximava-se mais de um nível mais maduro. Os resultados no final do segundo ano de análise, demonstraram um aumento simultâneo do *high functionig score* do *SWAP-200*, dos níveis de funcionamento defensivo (*Overall Defensive Functioning – ODF*) na *DMRS*. Na *APS*, verificou-se uma correlação substancial entre as intervenções do terapeuta e o progresso do paciente. Os autores, concluíram que a diminuição de defesas neuróticas e obsessivas acompanhadas por um aumento de defesas a nível maduro (defesas mais adaptadas), determinam uma noção clara da natureza e extensão do progresso da paciente.

Estes estudos ilustram, como os métodos clínicos e empíricos podem complementar-se de forma sinérgica, e levar a uma compreensão mais profunda e precisa do processo analítico e mudança psíquica.

Fases de Mudança

O estudo das fases de mudança, consiste em perceber e poder prever através dos padrões de recuperação, que determinada quantidade de terapia é necessária para o paciente recuperar. Para a medição dos resultados foram elaborados dois modelos, o Modelo de Dosagem e o Modelo Trifásico, ambos validados empiricamente.

O Modelo de Dosagem, foi concebido com base em objetivos pré estabelecidos, tais como: a demonstração da efetividade da psicoterapia na prática clínica e, a previsão dos seus resultados (Kopta, 2003). O conceito de “dose” corresponde ao número de sessões realizadas e, o resultado ou efeito do tratamento, é medido através da percentagem de melhoria ou probabilidade de melhoria para um paciente (Kopta, Howard, Lowry, & Beutler, 1994). Kopta (2003) numa meta-análise, verificou que quanto maior for o número de sessões (dose) realizadas numa terapia, maior a probabilidade de melhoria (efeito) por parte do paciente. Dos dados avaliados averiguou

que, após a entrevista inicial, 15% dos pacientes apresentavam melhorias, 50% dos pacientes melhoraram após oito sessões, 75% após 26 sessões e para 85% dos pacientes após 52 sessões (Kopta, 2003). Nesta meta-análise observou-se que diferentes grupos de diagnóstico demonstraram diferentes padrões de “dose-efeito”, ou seja, pacientes com sintomatologia depressiva respondem mais rapidamente à psicoterapia, seguido de pacientes com sintomas ansiosos, enquanto os pacientes com patologias psicóticas apresentam níveis de resposta mais lentos (Kopta, 2003).

O Modelo Trifásico é uma extensão do Modelo de Dosagem (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986 cit in Joyse et al., 2002). Neste modelo (Howard et al., 1993) consideram que o paciente durante o processo passa por três fases ou níveis sequenciais de mudança terapêutica: remoralização; remediação e reabilitação. A remoralização é caracterizada por uma redução da “desesperança” (pessimismo) e consequente aumento das expectativas sobre o benefício da terapia (Lutz & Stulz, 2007), o aumento no bem-estar subjetivo quer a nível psicológico, quer a nível emocional estaria relacionado com o início da terapia (Stevens et al, 2000). A fase da remediação corresponde à remissão dos sintomas, tal sucede quando a aliança terapêutica positiva foi estabelecida entre terapeuta e paciente. Nesta fase é também importante a mobilização de novas estratégias de *coping* por parte do paciente (Lutz & Stulz, 2007). Esta fase coloca em foco a resolução dos sintomas do paciente, sendo a fase em que é necessário um maior número de sessões (Joyce et al., 2002). Por fim, a fase da reabilitação envolve mudanças nos padrões de vida mal-adaptados, bem como novas formas de lidar com vários aspetos da vida, resultando em uma melhoria no funcionamento da vida do paciente (Joyse et al., 2002; Lutz & Stulz, 2007). A uma melhor funcionalidade de vida, pode assumir a forma de uma maior estabilidade no emprego ou no desenvolvimento da capacidade para estabelecer relacionamentos íntimos a longo prazo (Stevens et al., 2000).

Um princípio importante deste modelo está relacionado com o pressuposto de que a mudança numa das fases (remoralização), constitui uma condição prévia para a mudança nas fases seguintes (remediação) (Joyse et al., 2002). No entanto, o aumento do bem-estar pode ser uma condição necessária (mas não suficiente) para a redução de sintomas, assim como a fase de redução dos sintomas foi descrita como necessária, mas não suficiente para a promoção da terceira fase, melhoria no funcionamento de vida (Joyse et al., 2002).

Contudo o Modelo Trifásico não pode ser generalizado a diferentes formas de psicoterapia. Esta é uma conclusão a que Joyse et al. (2002) chegaram num estudo

realizado com uma amostra de 144 pacientes em ambulatório, que visava fornecer um teste direto para o Modelo Trifásico da mudança em psicoterapia, através da investigação da eficácia das formas de interpretação e de apoio de curto prazo.

No seguimento deste modelo, (Howard, et al. 1993 *in* Stevens et al., 2000) referem que as mudanças dramáticas no bem-estar subjetivo ocorrem desde a segunda sessão de terapia.

Kopta, Howard, Lowry, e Beutler (1994 *in* Stevens et al., 2000) referem que as taxas de remissão dos sintomas de angústia aguda ocorreram, pelo menos, em 24% no período entre o agendamento da primeira consulta e a primeira sessão de terapia. Além disso, pelo menos 50% dos pacientes com estes sintomas tinham experimentado significativa remissão em menos de 10 sessões. Os sintomas de stress crónico apresentaram taxas de remissão mais baixas nas sessões iniciais, no entanto houve uma remissão entre 60-86% em pacientes com estes sintomas por volta da 52^a sessão. Por outro lado, as mudanças ao nível do funcionamento da vida ocorreram em, no máximo, 59% dos pacientes, na 52^a sessão, e em 18 sessões, menos de 50% tinham experienciado melhorias clinicamente significativas no funcionamento da vida.

Considerando os estudos de (Howard et al, 1993; Kopta et al. 1994, *in* Stevens et al., 2000), parece confirmar-se que a melhoria no início do tratamento possa ser atribuído a fatores comuns como a expectativa de ganho terapêutico, no entanto parece improvável que os elementos mais específicos da terapia possam ser tão rapidamente ativados. Já com o aumento das sessões de terapia os fatores específicos podem passar a exercer uma maior influência passando a exercer resultado sobre outras áreas da mudança psíquica.

Uma vantagem proporcionada por estes modelos prende-se com a possibilidade de definir grupos de tratamento em estudo de investigação. Utilizando um critério comum, concluiu-se que para 50% dos pacientes a aplicação de 6-8 sessões é um critério razoável para uma exposição suficiente para o tratamento. Finalmente, é de referir que esta metodologia foi a primeira a possibilitar uma previsão da duração da terapia (Kopta, 2003).

Não obstante das limitações, o Modelo Trifásico proporcionou uma nova compreensão do processo de mudança que ocorre ao longo do tempo, bem como um novo método para estabelecer e acompanhar os objetivos terapêuticos (Kopta, 2003).

Conclusão

A questão relacionada com a avaliação da efetividade da psicoterapia tem sido historicamente um tema de debate, especialmente a partir da revisão de Eysenck (1952) quando este autor questiona a eficácia da psicoterapia. Desde então, realizaram-se vários estudos que comprovam a eficácia da psicoterapia. Posteriormente, os investigadores interessaram-se em perceber se os vários tipos de psicoterapia são equivalentes em termos de eficácia. Os resultados comparativos entre os vários modelos teóricos são equivalentes – o que ficou conhecido como o paradoxo de equivalência, ou o “veredicto do pássaro DODO”: *“todos ganharam, todos merecem prémios”*.

O objetivo principal de estudos sobre processo terapêutico é alcançar uma compreensão mais profunda e precisa sobre como ocorre a mudança no decurso de uma terapia, isto é identificar os mecanismos de mudança.

Através do uso de escalas e instrumentos de medida baseados em análises intensivas de processos terapêuticos pretende-se: explicar os mecanismos subjacentes através dos quais as mudanças ocorrem; circunscrever os eventos bem definidos de mudança que tenham significância prática e teórica; identificar num processo terapêutico específico, momentos de mudanças que possam ser generalizados (Yoshida, 1998). O uso de escalas e de instrumentos psicológicos podem contribuir na avaliação da evolução clínica do paciente antes, durante e após a intervenção (Peuker, 2009). Assim como, auxiliar o terapeuta a delinear a evolução terapêutica.

No estudo dos processos que sustentam a mudança terapêutica temos dois modelos que se tornaram relevantes nas intervenções psicoterapêuticas, representados pelo Modelo de Dosagem (Dose Model) e, o Modelo Trifásico (Phase Model). Embora os estudos que objetivam a sustentabilidade destes modelos não apresentem resultados homogêneos, o seu contributo teórico e prático foi evidenciado não só para a compreensão do conceito de mudança psíquica, como para a realização de avaliações, que visam a recolha de dados referentes aos resultados das intervenções psicoterapêuticas realizadas.

Referências Bibliográficas

- Blum, H. P. (1992). Psychic change: The analytic relationship(s) and agents of change. *The International Journal Of Psychoanalysis*, 73(2), 255-265.
- Brum, E., Frizzo, G., Gomes, A., Silva, M., Souza, D., & Piccinini, C. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29 (2), 259-269.
- Eysenk, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19 (3), 344–57.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that ‘everyone has won and all must have prizes’?. *Archives Of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Joseph, B. (1992). *Equilíbrio e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph*. Rio de Janeiro: Imago.
- Josephs, L., & Bornstein, R. F. (2011). Beyond the illusion of structural change: A process priming approach to psychotherapy outcome research. *Psychoanalytic Psychology*, 28(3), 420–434.
- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J., Piper, W.E., & McCallum, M. (2002). A Test of the Phase Model of Psychotherapy Change. *The Canadian Journal Of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 47(8), 759–766.
- Jung, S., Fillippon, A., Nunes, M., & Eizirik, C. (2006). História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Revista de Psiquiatria*, 28(3), 298-312.
- Kantrowitz, J. L., Katz, A.L., & Paolitto, F. (1990) Followup of psychoanalysis five to ten years after termination: I. Stability of change. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 38(2), 471-496.
- Kopta, S. M. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: a defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 727–733.

- Kopta, S., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 1009–1016.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R. & Staats, H. (2005). The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *International Journal of Psycho-Analysis, 86* (2).
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA: Journal Of The American Medical Association, 300*(13), 1551-1565.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S., (2010). An empirically supported psychoanalysis – The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology, 27*, 190-218.
- Loureiro, D. (2012). *Mudança dos Mecanismos de Defesa e das Características de Personalidade no Processo Terapêutico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lutz, W., & Stulz, N. (2007). Multidimensional Patterns of Change in Outpatient Psychotherapy: The Phase Model Revisited. *Journal of clinical psychology, 63*(9), 817–833.
- Malpique, C., & Fleming, M. (2010). *Psicanálise e mudança psíquica. Cartografias para uma viagem*. Porto: Edições Afrontamento.
- Miranda, F. L; Pires, A. P; Canta, G. (2009). "Specific factors or common factors? Process and change in psychoanalytic psychotherapy", *European Psychiatry 24*, 1.
- Perry, J., (1990). *Defense Mechanism Rating Scales*. Boston: Cambridge Hospital – Harvard Medical School.
- Peuker, A., Habigzang, L., Koller, S., Araujo, L. (2009). Avaliação de processo e resultados em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo 14*(3), 439-445.
- Sá, V. (2008). *Avaliação de Mudança em Psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sandell, R. (1997). *Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP) - manual and commentary*. Stockholm: Karolinska Institute.

- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP). *International Journal Of psycho-Analysis*, 81(5), 921-942.
- Serralta, F. B. (2010). *O PQS (Psychotherapy Process Q-Set) e o exame da relação entre processo e resultados na Psicoterapia Psicodinâmica Breve*. Tese de doutoramento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Stevens, S. E., Hynan, M. T., & Allen, M. (2000). A Meta-Analysis of Common Factor and Specific Treatment Effects Across the Outcome Domains of the Phase Model of Psychotherapy. *American Psychological Association*, 7(3), 273–290.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wallerstein, R. S. (2005). “Pesquisa sobre resultados”. In: , E. S. Person, A. M. Cooper & G. O. Gabbard (Eds.), *Compêndio de psicanálise* (pp. 305-319). Porto Alegre: Artmed.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Yoshida, E. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.
- Zanatta, D., Paloski, L., Candaten, M., Besold, V. (2013). Aspectos envolvidos na mudança terapêutica de pacientes em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psicologia em Foco*, 5 (6), 29-30.

ARTIGO EMPIRICO

Avaliação de Processos de Mudança

Resumo

Ainda não se realizaram estudos, que tenham estabelecido uma relação entre mudança a vários níveis (sintomas, capacidade adaptativa, *insight*, conflitos básicos) e, o uso de determinados mecanismos de defesa, ao longo de uma psicoterapia. O objetivo deste estudo, consistiu em observar uma relação entre mudança a vários níveis (sintomas, capacidade adaptativa, *insight*, conflitos básicos) e, o uso de determinados mecanismos de defesa de duas pacientes em psicoterapia psicanalítica, durante cerca de dois anos. As gravações áudio de sessões de duas pacientes em psicoterapia psicanalítica foram analisadas através da *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP*; Sandell 1987), foram analisadas 54 sessões (24 meses) e, 34 sessões (19.5 meses) de cada paciente respetiva. Os mecanismos de defesa foram avaliados com a *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS*; Perry 1990), foram selecionadas e, analisadas 33 gravações áudio de sessões correspondentes ao início, 6º, 12º, 18º, 24º meses, num total de 19 sessões para a paciente 1. Para a paciente 2, as sessões corresponderam ao início, 6º, 12º, e 18º meses, num total de 14 sessões. Os resultados encontrados indicam que ambas as pacientes melhoraram em termos de mudança estrutural. Numa paciente, a mudança é concomitante à mobilização da capacidade adaptativa e, conflitos básicos promovidos pelo aumento do *insight*, na outra paciente há uma mudança precoce, precedida por um aumento na capacidade adaptativa.

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

Abstract

In are you not have conducted studies, which have established a relationship between changes at various levels (symptoms, adaptive capacity, insight, basic conflicts) and the use of certain defense mechanisms, along with psychotherapy. The aim of this study was to observe a relationship between changes at various levels (symptoms, adaptive capacity, insight, basic conflicts) and the use of certain defense mechanisms in two patients in psychoanalytic psychotherapy for about two years. The audio recordings of the two patients in psychoanalytic psychotherapy sessions were analyzed by CHange After Psychotherapy Scales (CHAP; Sandell 1987), 54 sessions (24 months) and 34 sessions (19.5 months) of each respective patient were analyzed. The defense mechanisms were assessed with the Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS; Perry 1990), were selected and analyzed 33 audio recordings of sessions corresponding to the beginning, 6, 12, 18, 24 months, a total of 19 sessions for patient 1. For patient 2, the sessions corresponded to the beginning, 6, 12, and 18 months, a total of 14 sessions. The results indicate that both patients improved in terms of structural change. In one patient, change is concomitant mobilization of adaptive capacity and basic conflicts promoted by increased insight in another patient for an early change, preceded by an increase in adaptive capacity.

Keywords: Psychotherapy; change; defense mechanisms; CHAP, DMRS.

Introdução

Nas últimas décadas, observa-se que os objetivos das pesquisas em psicoterapia já não se limitam somente à evidência da eficácia dos tratamentos nos diferentes quadros clínicos, mas dirigem-se à compreensão dos processos envolvidos na mudança terapêutica. (Zanatta & Benetti, 2012). A pesquisa dos processos em psicoterapia tem por base avaliar como ocorrem as mudanças no decorso de uma terapia, isto é, identificar mecanismos de ação terapêutica e, estratégias que eventualmente possam melhorar o processo de mudança. A descrição exaustiva dos dados clínicos, procurando a reprodução mais fiel possível do que se passa no contexto das psicoterapias, favoreceu o desenvolvimento de instrumentos de medida baseados em análises intensivas do processo, e que têm permitido um melhor acompanhamento das interações terapeuta-paciente (Safran, Rice & Greenberg, 1988, *in* Yoshida, 1998).

Como exemplo, temos a escala *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)* elaborada por Rolf Sandell em 1987. Esta escala foi criada com o propósito de avaliar as mudanças depois ou durante uma psicoterapia ou psicanálise, comparativamente ao estado inicial do paciente. Sá (2008) realizou um estudo em que aplicou a *CHAP*, com a finalidade de desenvolver a referida escala e, para verificar padrões de mudança terapêutica através de resultados ao nível da mudança nos sintomas, capacidade adaptativa, *insight* e conflitos básicos ao longo das sessões de uma psicanálise completa. Neste estudo foram analisadas 384 sessões, escritas em discurso direto, correspondentes aos 3 anos e 8 meses de psicanálise de uma paciente. A autora concluiu que desde muito cedo na terapia foram observadas mudanças, a mudança apresentou um padrão sequencial em que os Sintomas e a Capacidade Adaptativa começaram por evoluir de forma inversa, acabando, ao fim de ano e meio por progredir positivamente de forma idêntica, enquanto que os Conflitos Básicos e o *Insight* parecem ter apresentado o comportamento oposto, pois começaram por evoluir de forma análoga e após dois anos divergiram.

As alterações na configuração dos mecanismos de defesa podem-nos informar sobre o rumo das mudanças vividas pelo sujeito ao longo de um processo terapêutico, alterações na qualidade das respostas adaptativas constituem um indício de mudanças de seu funcionamento geral (Yoshida, 1998).

Um dos instrumentos que permite aceder às alterações na configuração dos mecanismos de defesa ao longo do processo psicoterapêutico é a escala *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)* (Perry, 1990). Lingiaro e colaboradores (2010) utilizaram o *DMRS* para avaliar mudanças no funcionamento defensivo de uma paciente em análise durante dois anos e verificaram que a paciente reteve o seu estilo defensivo no domínio neurótico, contudo, as defesas utilizadas eram de um nível mais elevado do que as atingidas no final do primeiro ano. Deste modo concluíram, que a descida de defesas neuróticas e obsessivas e, a marcada subida de defesas a nível maduro (defesas mais adaptadas), predizem um progresso no funcionamento defensivo da paciente. Perry e colaboradores (2009), também utilizaram a *DMRS* para avaliar processos de mudança no funcionamento defensivo em 4 pacientes. Os resultados demonstraram que à medida que ocorre mudança nos pacientes, verifica-se um aumento nos níveis de *Overall Defensive Functioning – ODF* e, a instabilidade dos seus funcionamentos tende a diminuir. Verificou-se ainda, que as mudanças nos níveis defensivos ocorreram de forma progressiva. Também, Hersoug e colaboradores (2002), usaram a *DMRS* num estudo que envolveu 43 pacientes que tinham realizado psicoterapia breve de inspiração psicanalítica (máximo 40 sessões). Os resultados demonstraram que somente na segunda metade do processo psicoterapêutico (após a 20ª sessão) foram observadas mudanças no funcionamento defensivo.

À medida que ocorre mudança no processo psicoterapêutico, é expectável que a configuração das defesas utilizadas pelo paciente também se modifique (Yoshida, 1998). Estudos como os métodos clínicos e, empíricos podem complementar-se de forma sinérgica e, levar a uma compreensão mais profunda e precisa do processo analítico e mudança psíquica (Lingiaro et al., 2010). Com base na *DMRS* foram desenvolvidos vários estudos com o objetivo de identificar mudanças nos mecanismos de defesa em processos terapêuticos. Até ao momento, apenas se realizou um estudo (Sá, 2008) que aplicou a escala *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)*, (Sandell, 1987), para avaliar notas de sessões de uma paciente seguida em psicanálise. Contudo, ainda não se realizou nenhum estudo para avaliar incidentes de mudança com aplicação da *CHAP*, com recurso a gravações áudio de sessões. As gravações áudio de sessões podem permitir o acesso a conteúdos do processo terapêutico, favorecendo uma compreensão mais rigorosa do que sucede durante uma sessão.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo consiste em recorrer a gravações áudio de sessões, para aplicar a escala *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)*,

Sandell, 1987), concomitantemente com a *Defense Mechanisms Rating Scales* – (DMRS, Perry, 1990), de forma a observar uma relação entre mudança a vários níveis (sintomas, capacidade adaptativa, *insight*, conflitos básicos) e, o uso de determinados mecanismos de defesa de duas pacientes em psicoterapia psicanalítica.

Método

Participantes

Participante 1

A participante 1, tem 36 anos é solteira, vive sozinha e não tem filhos. Refere estar desempregada à um ano e quatro meses e, ter terminado uma relação amorosa à cerca de mês e meio. No início da intervenção psicoterapêutica, a paciente apresentava, maioritariamente, humor depressivo, com manifestação de tristeza, choro fácil, insónia, falta de motivação, desinteresse nas atividades diárias, comia compulsivamente, baixa auto estima (complexos com o seu corpo). É a mais nova de uma fratria de três irmãos. Refere que a mãe sempre teve preferência pelo irmão e, o pai preferência pela irmã. Exprime alguns sentimentos de inferioridade e ciúmes em relação aos irmãos. A relação com os pais é descrita como pouco afetuosa, atribuindo sobretudo à figura materna essa falta de afeto e, tendendo a desculpabilizar a figura paterna devido a compromissos profissionais. A paciente salienta, que quem lhe deu mais carinho e atenção foi a sua ama, que viveu lá em casa até aos seus dezassete anos. Após ter terminado a licenciatura, foi trabalhar para o estrangeiro. Quando regressou a Portugal, decidiu ter um negócio próprio mas não teve sucesso. Desde então, refere ter desempenhado várias atividades profissionais.

As relações amorosas que estabeleceu durante a sua vida foram sempre um pouco atribuladas, marcadas por episódios de traição. Faz referência essencialmente, a duas relações, tendo uma durado quinze anos e outra três anos. Apesar de reconhecer que estas não eram as relações ideais para si, afirma que estaria disposta a continuar com os companheiros tendo em conta que não “suporta estar sozinha”, denotando uma elevada dependência em relação aos outros. Durante o processo psicoterapêutico, demonstrou interesse por alguns homens, contudo escolhia sempre parceiros emocionalmente indisponíveis. A preocupação com a alimentação e com as dietas foi um tema constante

ao longo das sessões. Apesar dos complexos com a imagem corporal, sentia imensa dificuldade em controlar a compulsão alimentar, o que, dava origem a sentimentos de culpa e inferioridade.

Participante 2

A participante 2 tem 57 anos, é casada e, tem a 3ª classe. Filha de pai incógnito e, de uma mãe com problemas de álcool. É a segunda de uma fratria de três irmãos.

Na infância, cuida do irmão e assume as tarefas domésticas. Nunca se sentiu amada, nem valorizada pela mãe. Com 12 anos, vem sozinha para Lisboa para cuidar de duas crianças. Aos 15 anos, vai viver para um quarto (em casa da futura sogra) e, aí conhece aquele que viria a ser o seu marido. A paciente fica grávida, sendo menor de idade, foi obrigada a casar. Fica a viver em casa da sogra, até ao término da intervenção psicoterapêutica. A sogra nunca lhe deu apoio, a relação com a mesma foi sempre difícil e conflituosa. Por não ter tido um pai, sempre fez de tudo para que os seus filhos não passassem pelo mesmo, tendo suportado muitas dificuldades que foram surgindo a nível conjugal. Viveu sempre em função dos outros, prestando sempre o seu auxílio e encarregando-se da resolução da maioria dos problemas familiares, denotando assim uma certa necessidade de controlar o meio à sua volta. Isto é visível também no espaço terapêutico, onde sente necessidade de ocupar o seu tempo a falar dos outros. No momento em que procura apoio psicológico, encontrava-se a cuidar da sogra em casa. Uns meses depois, a sua sogra foi transferida para um lar de idosos, onde veio a falecer pouco tempo depois. Esta situação despertou imensos sentimentos de culpa na paciente, uma vez que durante toda a vida a sogra afirmou que não gostaria de acabar a sua vida num lar de idosos. O trabalho é, e sempre foi, um meio de se refugiar dos seus problemas. Apesar do cansaço inerente à sua atividade, refere que esta é uma forma de ter “uma folga da situação diária”. As relações familiares são um pouco conflituosas, tanto com o filho como com o marido. Queixa-se de que a resolução dos problemas fica sempre a seu cargo mas, por outro lado, sente-se “vazia” quando não tem qualquer tipo de obrigação ou responsabilidade.

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

Terapeuta

O terapeuta possui 3 anos de experiência e, a sua formação é em Psicologia Clínica no ISPA. A sua experiência inclui doze anos como analisando de Grupanálise e Psicanálise, bem como formação em psicoterapia breve e de apoio, supervisionado por um analista experiente.

Terapia

A Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica, foi conduzida na Clínica Psicológica do ISPA-IU, com uma frequência semanal. As sessões tiveram uma duração média de 50 minutos. Foram disponibilizadas 54 sessões de acompanhamento da paciente 1 (24 meses) e, 34 sessões da paciente 2 (19 meses e meio). É de notar que, em ambas as pacientes ocorreram interrupções na terapia e, períodos de férias. No caso da paciente 1, observamos a interrupção na terapia de um período máximo de cerca de 2 meses e meio (entre a 49^a - 50^a sessão), enquanto no caso da paciente 2, foi de cerca de 4 meses (entre a 28^a - 29^a sessão). A paciente 2, por motivo de mudança de residência (outra cidade), fez *droup-out* da terapia, pelo que foram recolhidos dados até cerca de 19 meses e meio de terapia.

Instrumentos

CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)

Foi utilizado como instrumento uma tradução, realizada por Cunha (2006), da escala *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)* elaborada por Rolf Sandell em 1997. Esta escala foi construída com o objetivo de avaliar as mudanças que ocorrem durante ou depois de uma psicoterapia ou psicanálise, comparativamente ao estado inicial do paciente. O método de avaliação consiste em entrevistas de follow-up durante ou depois de uma psicanálise ou psicoterapia. As entrevistas centram-se basicamente na experiência subjetiva dos pacientes em relação a terem ou não mudado. É também possível utilizar sessões habituais de terapia, gravadas ou anotadas num papel ou em documentos semelhantes, com o mesmo objetivo de classificar a experiência de mudança. A finalidade é avaliar em que medida o paciente se vivencia como mudado enquanto pessoa, consciente e inconscientemente, em cinco variáveis: Sintomas (S); Capacidade Adaptativa (CA); *Insight* (I); Conflitos Básicos (CB); Fatores Extra

terapêuticos (FE). A definição de cada variável é acompanhada por uma lista não exaustiva, com um mínimo de doze exemplos para ajudarem o avaliador a sentir e compreender o seu significado. É de notar que um mesmo incidente pode indicar mudança em mais do que uma variável. No que se refere às qualidades psicométricas do instrumento original, verificamos que o grau de concordância entre avaliadores varia entre 0,74 a 0,81 para as quatro variáveis de mudança e a média da junção das avaliações das quatro variáveis numa variável de mudança composta, atingiu fiabilidade de 0,83 (Sandell, 1997a).

Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)

A escala *DMRS* (Perry, 1990), foi construída para identificar os mecanismos de defesa utilizados pelo paciente durante a terapia. Na sua versão atual (5ª ed.), a *DMRS*, é composta pela definição de 28 mecanismos de defesa. Na escala, as defesas estão divididas em 7 níveis hierarquicamente agrupados, de acordo com o seu nível de adaptabilidade e maturidade. Estão previstos os seguintes níveis de funcionamento das defesas: maduras; obsessivas; neuróticas; narcisistas; evitamento; *borderline* e de ação. O manual da *DMRS* (Perry, 1990), determina uma forma de avaliação qualitativa e outra quantitativa dos mecanismos de defesa. Na avaliação qualitativa, os avaliadores identificam no final da entrevista, os mecanismos defensivos predominantemente utilizados pelo paciente, numa escala qualitativa de três pontos na qual: 0 - corresponde à ausência de ocorrência do mecanismo; 1- à sua presença provável; e 2- à sua presença definitiva. Enquanto na avaliação quantitativa da *DMRS*, o investigador identifica cada mecanismo defensivo assim que este ocorre na sessão. Após este completar a avaliação, o número total de vezes que determinada defesa foi identificada, é multiplicada pelo peso da sua categoria, que vai de 7 (nível maduro/mais adaptado) a 1 (nível mais imaturo/menos adaptado), sendo depois dividido pelo número total de defesas encontradas, resultando numa percentagem individual para cada defesa em específico. Após este procedimento, a percentagem total de defesas em cada nível defensivo, forma a base para o que os autores denominam “perfil defensivo”. As pontuações de todas as defesas são reunidas pela pontuação do *Overall Defensive Functioning – ODF*. Este número varia de 1.00 a 7.00, conforme o grau de adaptação do funcionamento defensivo do paciente. Assim, as pontuações aproximadas do Funcionamento Defensivo Geral, podem ser categorizadas da seguinte forma: 1 – Pontuações abaixo de 5.0, são

associadas a perturbações da personalidade, depressões severas, e a condições *borderline*; 2 – Pontuações situadas entre 5.0 e 5.5, são associadas a personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas; 3 – Pontuações de 5.5 até 6.0, remetem para funcionamentos neuróticos saudáveis; 4 – Pontuações acima de 6.0 são associadas a funcionamentos superiores.

Procedimento

A primeira etapa deste estudo, consistiu num estudo aprofundado da escala *CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)*, com o objetivo de alcançar um maior entendimento sobre o seu funcionamento e, a sua aplicação. Procedeu-se a uma fase de treino para a correta identificação dos incidentes de mudança de acordo com as cinco variáveis da *CHAP*: Sintomas, Capacidade Adaptativa, *Insight*, Conflitos Básicos e Fatores Extra terapêuticos, com o intuito de proporcionar um maior entendimento com os mesmos e, preparação/ensaio para as futuras aplicações utilizadas no estudo empírico. Os dados aplicados no treino do instrumento, correspondem a 3 anos e 8 meses de uma Psicanálise de uma paciente que foi seguida pelo segundo autor do estudo. Os dados estão organizados, segundo os blocos de notas originais e, são constituídos por notas de 384 sessões escritas em discurso direto.

Procedeu-se à identificação dos incidentes de mudança das primeiras 100 sessões. Posteriormente, a partir da sessão 101, analisou-se uma em cada três sessões tendo como objetivo efetuar o levantamento dos incidentes de mudança das 384 sessões. O rompimento com o esquema cronológico pretendia garantir uma atenção redobrada na busca de incidentes de mudança, realizando-se a sua identificação de uma forma mais fina e rigorosa. A etapa seguinte correspondeu à avaliação da quantidade de mudança para a totalidade dos incidentes de mudança. Por fim, obtemos o grau de concordância entre o primeiro e segundo autor deste estudo e, (Sá, 2008). O resultado da concordância inter-avaliadores relativamente às quatro variáveis (Anexo F), foi: *Insight* (95.91%); Capacidade Adaptativa (95.39%); Conflitos Básicos (92.22%); Sintomas (86.04%). A média da concordância das avaliações das quatro variáveis numa variável composta, atingiu fiabilidade de 92.39. Porém, não obtivemos concordância inter-avaliadores na avaliação da quantidade de mudança (Anexo G): *Insight* (46.04%); Capacidade Adaptativa (42.17%); Conflitos Básicos (38.63%), Sintomas (43.83%).

Após este treino, iniciámos o nosso estudo empírico. Os dados usados neste estudo, foram 54 sessões áudio que correspondem a 24 meses de terapia da paciente 1 e, 34 sessões áudio que correspondem a 19 meses e meio de terapia da paciente 2. Procedeu-se à audição de uma em cada três sessões e, ao levantamento dos incidentes de mudança. O rompimento com o esquema cronológico pretendia garantir uma atenção redobrada na busca de incidentes. Foram transcritos os excertos dos incidentes de mudança e, os minutos em que estes surgiam. De seguida, determinámos a avaliação da quantidade de mudança para a totalidade dos incidentes de mudança. Por fim, avaliámos o grau de concordância entre o primeiro e segundo autor deste estudo e, (Tavares, 2012). A concordância inter-avaliadores relativamente às quatro variáveis na paciente 1 (Anexo H) foi: *Insight* (80%); Capacidade Adaptativa (100%); Conflitos Básicos (20%); Sintomas (100%). A média da concordância das avaliações das quatro variáveis numa variável composta, atingiu fiabilidade de 75. Concordância inter-avaliadores nas quatro variáveis da (paciente 2) (Anexo H): *Insight* (80%); Capacidade Adaptativa (92%); Conflitos Básicos (77%); Sintomas (75%). A média da concordância das avaliações das quatro variáveis numa variável composta, atingiu fiabilidade de 81.

Os dados do *DMRS* utilizados no estudo foram cotados por (Loureiro, 2012) que numa primeira etapa procedeu a um estudo aprofundado do instrumento, visando a familiarização e, sua aplicação. Seguindo-se uma fase de treino da *DMRS*, para familiarização e, preparação da cotação do *DMRS*, para futuras aplicações a utilizar no estudo empírico. O treino residiu na aplicação do instrumento a notas de sessões de 2 pacientes, tendo sido analisadas 6 sessões de cada paciente, perfazendo um total de 12 sessões de treino analisadas. O treino do instrumento foi efetuado por (Sousa, 2012) e (Loureiro, 2012) que realizaram de forma independente as cotações da *DMRS*, de modo a assegurar a validade requerida pelo instrumento. No final da cotação de cada sessão, as cotações de cada avaliador foram comparadas, tendo-se obtido um acordo inter-observadores de $r = 0.78$. Depois da fase de treino, foram analisadas as sessões áudio de duas pacientes (paciente 1 e paciente 2) do presente estudo. Para a análise das defesas foi escolhida a versão quantitativa da *DMRS*, pois segundo Perry, (1990), esta versão é a mais indicada para estudos longitudinais que visam a deteção de mudança no processo. A cotação da *DMRS* foi realizada por 2 avaliadores independentes (Sousa, 2012) e, (Loureiro, 2012), que no final da cotação das sessões compararam as suas cotações chegando a um acordo numa cotação final.

Resultados

Paciente 1

Quantidade total de incidentes por variável

A análise dos dados da figura 1 revela que a distribuição do número de incidentes por variável não foi homogênea, para as cinco dimensões. Os resultados apresentados referem-se a 146 incidentes de mudança, 118 (80,82%) são incidentes “puros” e, 28 (19,18%) constituem avaliações em mais do que uma variável.

Para o total de 146 incidentes identificados durante toda a psicoterapia, a variável Capacidade Adaptativa apresenta um total de 53 incidentes contrastando com os 11 associados aos Sintomas. Estes últimos apresentam uma quantidade de incidentes significativamente inferior a todas as variáveis. O número de incidentes para os Conflitos Básicos e, para o *Insight* são respetivamente, 45 e 37.

Relativamente às formas mistas (incidentes avaliados em mais de uma variável), obtivemos 5 incidentes que revelam mudança simultaneamente na Capacidade Adaptativa/Conflitos Básicos e, 9 incidentes mistos que pertencem ao *Insight*/Conflitos Básicos. Os Sintomas apresentam 100% de incidentes “puros”, o que é expressivamente discrepante dos 91% da Capacidade Adaptativa, os 76% do *Insight* e os 69% dos Conflitos Básicos.

A mesma figura evidencia ainda que podemos afirmar que as mudanças observadas se devem unicamente a fatores relacionados com a terapia, visto que não ocorreram incidentes extra terapêuticos.

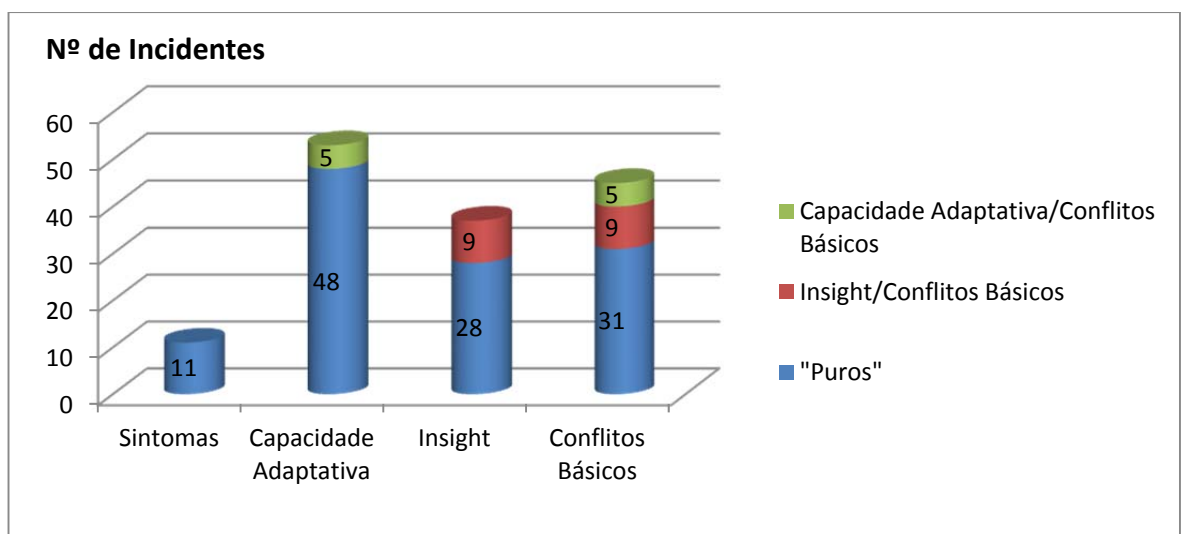


Figura 1 - Quantidade total de incidentes observados para cada variável de mudança.

Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo.

A figura 2 representa a evolução da quantidade de incidentes ao longo dos 24 meses de psicoterapia. Neste gráfico, os valores apresentados correspondem ao rácio entre o número de incidentes “puros” e “mistos” de cada variável, pelo número de sessões realizadas por trimestre.

Os dados divulgam que, foi no primeiro ano de terapia (Junho de 2010 a Junho de 2011) que surgiu uma maior quantidade de incidentes para todas as variáveis. Analisando de uma forma mais detalhada, temos que desde o início da psicoterapia, as variáveis Capacidade Adaptativa e Conflitos Básicos apresentam um número substancial de incidentes até ao final do primeiro ano. Contudo no início do segundo ano (Junho de 2011) a variável *Insight* destaca-se com um aumento exponencial na quantidade de incidentes, sendo esta a variável que se distingue em toda a terapia.

Os Sintomas apresentam um menor número de incidentes comparativamente com as outras variáveis de mudança, estes surgiram como incidentes pontuais, isolados no tempo.

Relativamente à evolução da quantidade de incidentes, observamos mudanças desde a primeira sessão e até ao final da terapia. Houve um máximo de três sessões, da sessão 47 à 49, sem afirmações que remetam para mudanças. É de notar, Dezembro de 2011 corresponde a um período em que se realizaram duas sessões de terapia sem indícios de mudança.

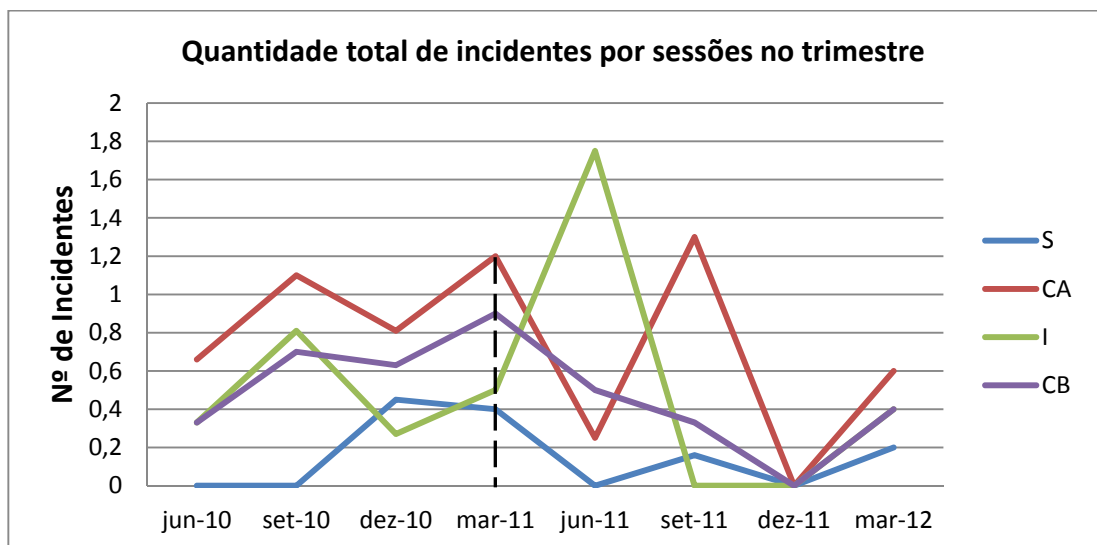


Figura 2 - Quantidade total de incidentes (Sintomas, Capacidade Adaptativa, *Insight*, Conflitos Básicos) por sessões no trimestre.

DMRS – Perfil Defensivo

A figura 3 representa a média de *ODF* (*DMRS*) da paciente 1. Os valores mantêm-se sem alterações até aos 12 meses. Contudo, dos 12 meses até aos 18 meses há uma diminuição significativa. Após este período, o valor médio aumenta consideravelmente entre os 18 e os 24 meses. É de notar que todos os valores apresentados neste gráfico encontram-se abaixo de 5,0, remetendo-nos para o facto de se estar perante uma perturbação da personalidade, depressão severa ou condição *borderline* (Lingiardi, 2010).

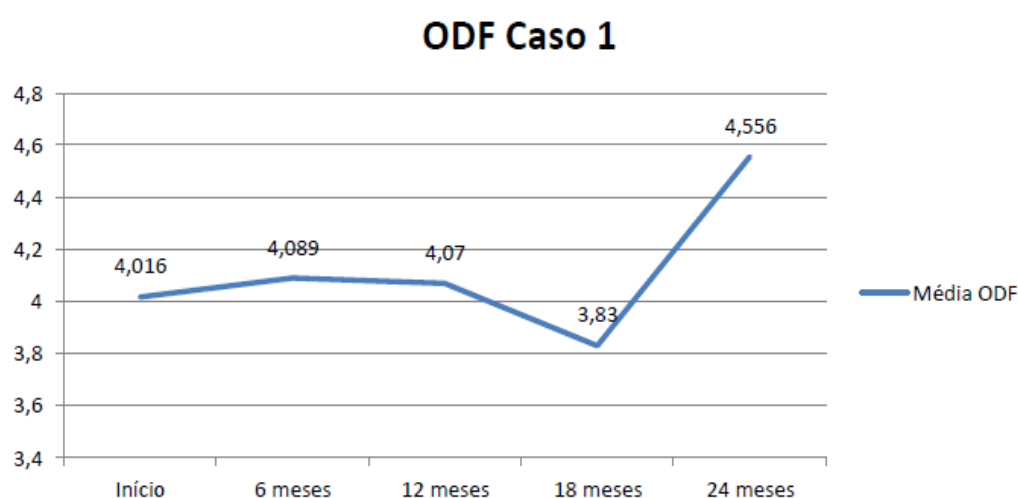


Figura 3 - Média de *ODF*

A figura 4, representa a percentagem de mecanismos de defesa utilizados pela paciente 1, durante todo o processo psicoterapêutico. Houve um aumento geral no funcionamento defensivo da paciente, esse aumento foi particularmente mais significativo no caso das defesas intermédias. A paciente, usou mais mecanismos de defesa de nível intermédio e baixo: racionalização; projeção; negação; desvalorização; deslocamento; formação reativa; recalcamto e anulação.

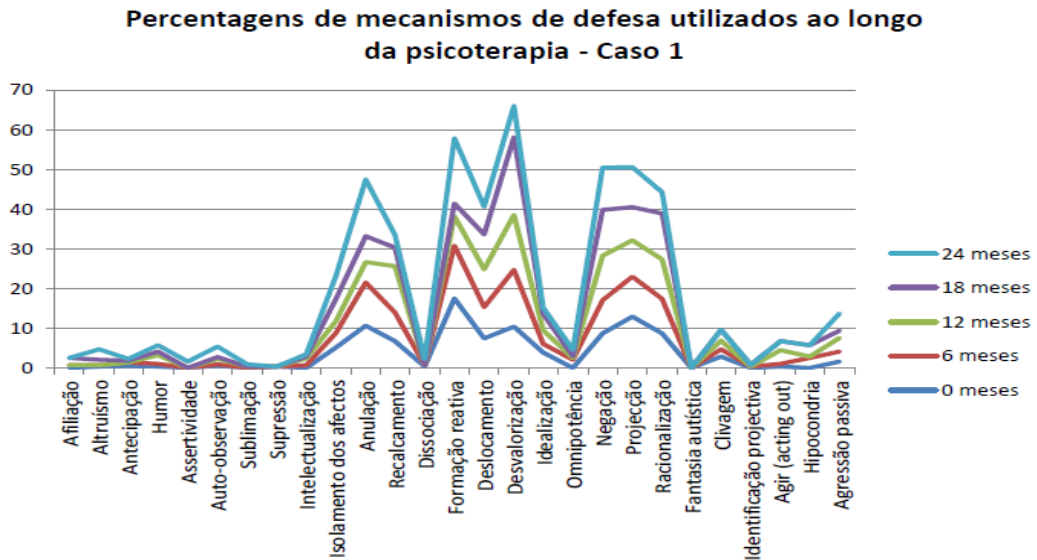


Figura 4 - Percentagem de mecanismos de defesa utilizados ao longo da psicoterapia

Paciente 2

Quantidade total de incidentes por variável

A análise dos dados da figura 5 revela que a distribuição do número de incidentes por variável não foi homogênea. Os resultados apresentados referem-se a 104 incidentes, 77 (74.03%) são incidentes “puros” e, 27 (25.97%) constituem avaliações em mais do que uma variável (formas mistas).

Capacidade Adaptativa apresenta um total de 41 incidentes contrastando com os 7 associados aos Sintomas. Estes últimos apresentam uma quantidade de incidentes significativamente inferior a todas as variáveis. O número de incidentes para os Conflitos Básicos e, para o *Insight* são respetivamente, 38 e 18.

É, na Capacidade Adaptativa que verificamos a maior combinação de incidentes que indiciam mudança em duas variáveis (formas mistas), assim temos: Capacidade Adaptativa/Conflitos Básicos (6); Capacidade Adaptativa/*Insight* (2); Capacidade Adaptativa/Sintomas (1); Capacidade Adaptativa/Fatores Extra terapêuticos (2) incidentes.

A mesma figura evidencia ainda que podemos afirmar que as mudanças observadas se devem a fatores relacionados com a terapia já que apenas surgiram 3 incidentes nos Fatores Extra terapêuticos que contribuíram para alterações na Capacidade Adaptativa (2) e nos Conflitos Básicos (1).

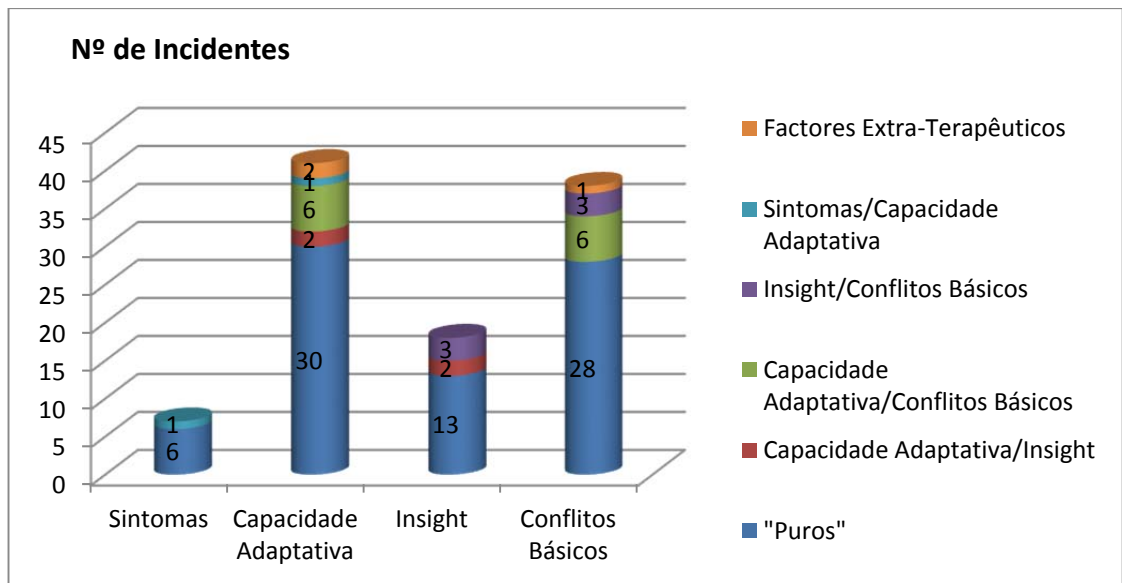


Figura 5 – Quantidade total de incidentes observados para cada variável de mudança.

Quantidade total de incidentes por variável ao longo do tempo

A figura 6 representa a evolução da quantidade de incidentes ao longo dos 19 meses e meio de psicoterapia. Neste gráfico, os valores apresentados correspondem ao rácio entre o número de incidentes “puros” e “mistos” de cada variável, pelo número de sessões realizadas por trimestre.

Os dados ilustram que, foi no primeiro ano de terapia (Maio de 2010 a Fevereiro de 2011) que existiu uma maior quantidade de incidentes para todas as variáveis, os Conflitos Básicos foram os mais cotados, seguidos da Capacidade Adaptativa. No início do segundo ano (Maio de 2011) a Capacidade Adaptativa começou a destacar-se mantendo-se com o maior número de incidentes até ao final da psicoterapia.

Relativamente aos Sintomas e Factores Extra terapêuticos, estes surgiram como incidentes pontuais, isolados no tempo.

Ainda relativamente à evolução da quantidade de incidentes da paciente, observamos mudanças desde a primeira sessão, até ao final da terapia. Houve um máximo de três sessões, da sessão 13 à 15, sem afirmações que remetam para mudanças.

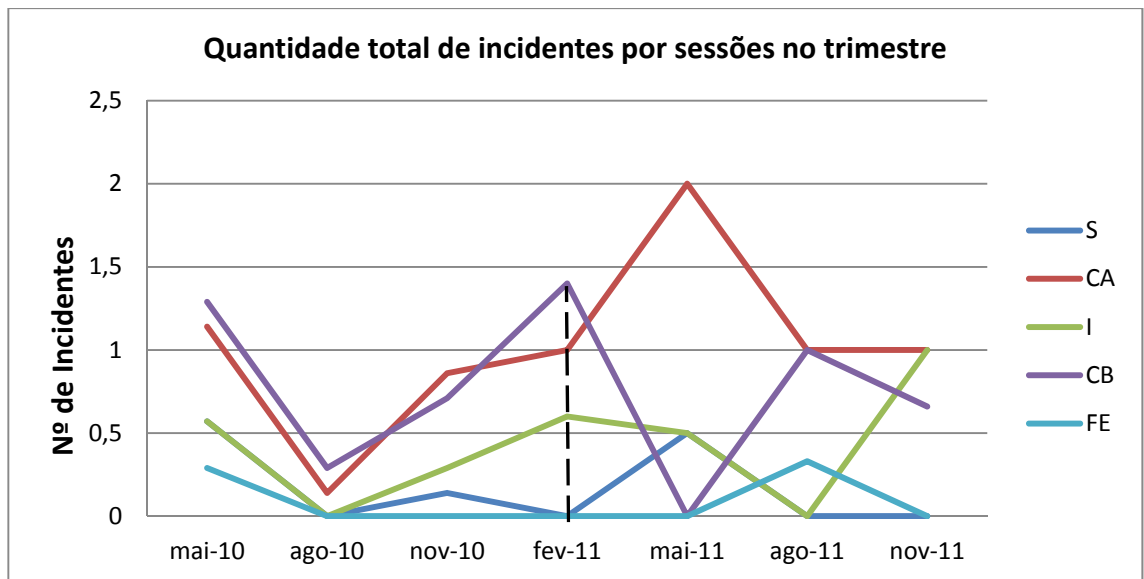


Figura 6 – Quantidade total de incidentes (Sintomas, Capacidade Adaptativa, Insight, Conflitos Básicos) por sessões no trimestre.

DMRS – Perfil Defensivo

A figura 7 representa a média de *ODF* (*DMRS*) da paciente 2. Houve um aumento acentuado entre os 1 e 6 meses. No entanto, aos 12 meses há uma diminuição significativa nos valores médios de *ODF*. Aos 18 meses, há um aumento nos valores de *ODF*, apesar dos valores não serem tão elevados como aqueles que se registaram aos 6 meses. Podemos verificar que, no início e aos 12 meses de terapia, as pontuações apresentam-se abaixo de 5,0, remetendo-nos para uma possível perturbação da personalidade, depressão severa ou condição *borderline* (Lingiardi, 2010). Contudo aos 6 meses e aos 18 meses, as pontuações ultrapassam os 5,0, o que, segundo Lingiardi (2010), pode remeter para personalidades neuróticas e perturbações sintomáticas.

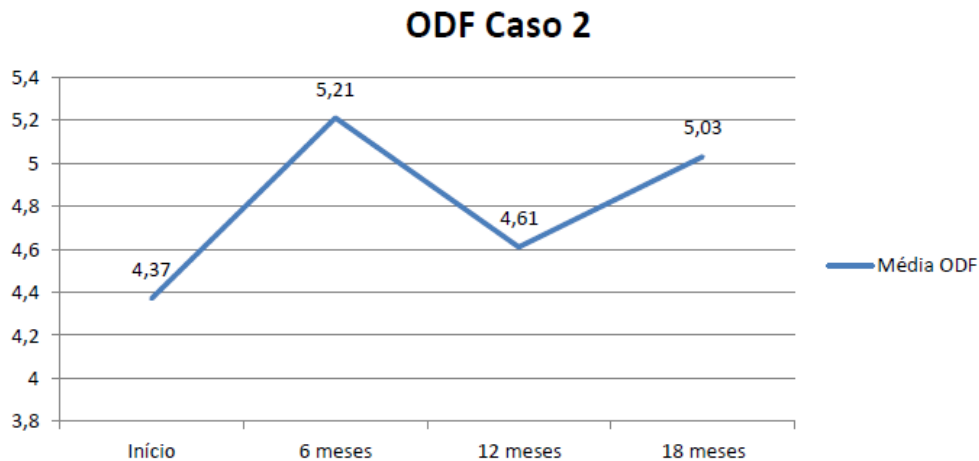


Figura 7 – Média de *ODF*

A figura 8, representa as percentagens dos mecanismos de defesa utilizados ao longo da psicoterapia, pela paciente 2. Verifica-se um aumento progressivo do uso dos mecanismos de defesa ao longo do tempo, com uma prevalência de mecanismos de defesa de nível baixo e intermédio, tais como: racionalização, projeção, idealização, deslocamento, formação reativa, anulação e isolamento dos afetos. Estas defesas aumentam mais significativamente no decurso da psicoterapia. No entanto, há também uma percentagem relativamente elevada de mecanismos de defesa de nível mais alto, nomeadamente: sublimação, auto-observação, assertividade, antecipação e altruísmo. O uso destes mecanismos aumenta ao longo dos 18 meses, contudo este aumento na utilização das defesas adaptativas foi mais evidente após o primeiro ano de terapia.

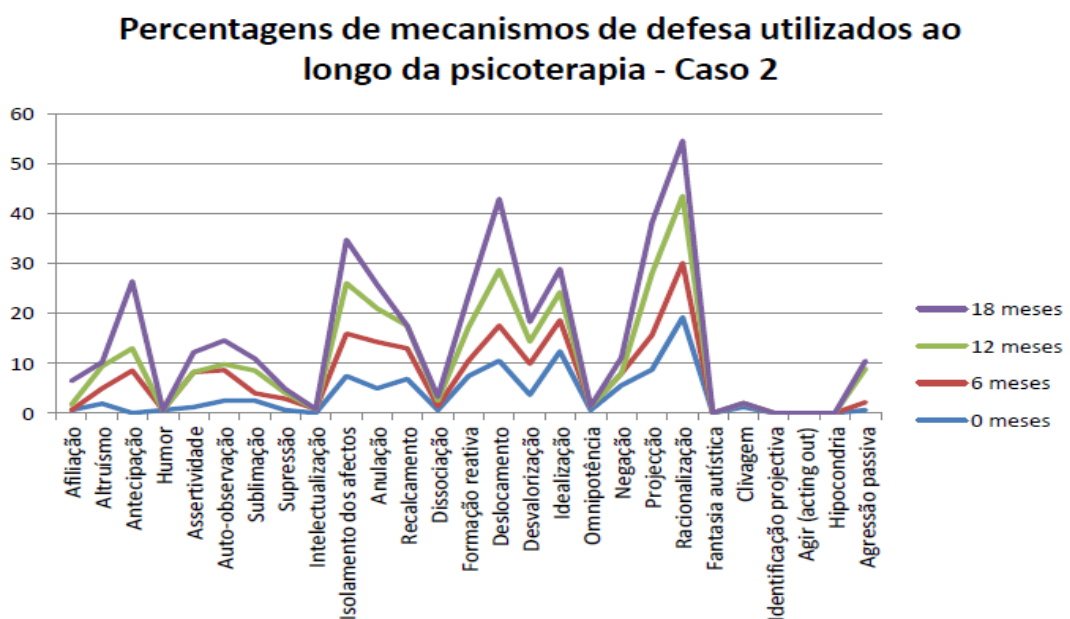


Figura 8 - Percentagem de mecanismos de defesa utilizados ao longo da psicoterapia.

Discussão

O objetivo do presente estudo foi, observar uma relação entre mudança a vários níveis (sintomas, capacidade adaptativa, *insight*, conflitos básicos) e, o uso de determinados mecanismos de defesa de duas pacientes em psicoterapia psicanalítica.

No caso da paciente 1, através dos resultados obtidos com a *CHAP*, consideramos o facto dos incidentes da Capacidade Adaptativa terem sido os mais cotados e, os Sintomas serem os menos cotados, poderá ser justificado pelo pedido da paciente, o qual não estava relacionado com sintomatologia. Quando iniciou a psicoterapia, o seu pedido estava relacionado com dificuldades em ultrapassar ressentimentos decorrentes do término de uma relação amorosa, essa perda dá origem a uma angústia de separação, vivida como angústia de perda de objeto. O número elevado de incidentes, na Capacidade Adaptativa e Conflitos Básicos, durante o primeiro ano, revelam uma fase relativamente estável de mudanças significativa. São nos Conflitos Básicos que observamos a maior combinação de incidentes “mistos”, parecendo indiciar que a mudança nos Conflitos Básicos se torna, não raras vezes, indissociável de mudanças no *Insight* ou na Capacidade Adaptativa. No início do segundo ano, o *Insight* é a variável com mais incidentes cotados distinguindo-se de todas as outras variáveis, durante toda a psicoterapia. Este resultado vai de encontro aos dados obtidos por Gedo e Shaffer (1982, *in* Waldron, 1997) num estudo de caso, no qual o paciente alcançou e produziu mais *insights* mais tarde na análise. Os níveis globais de funcionamento defensivo (*ODF*) na *DMRS* demonstram que após um período de estabilidade, entre o início e os 18 meses, as defesas tornaram-se mais adaptadas aos 24 meses, o que nos leva a pensar numa verdadeira melhoria a nível estrutural. Esta melhoria ao nível do funcionamento defensivo, é concomitante à mobilização da capacidade adaptativa e, conflitos básicos promovidos pelo aumento do *insight*. Durante a análise das sessões, apercebemo-nos que a paciente revela ter capacidade de introspeção e um grande interesse na sua vida, o seu discurso é claro e organizado, estas características da paciente, podem ter influenciado o terapeuta a adotar técnicas mais próximas do seu modelo base. Incidentes, tais como: “*As pessoas no trabalho: - M. estás tão bem! Estás...tão. Via-se que estava feliz... feliz com as minhas decisões, feliz com o rumo que a minha vida está a ter.*” (sessão 38), parecem confirmar uma mudança significativa.

Relativamente à paciente 2, na *CHAP* os incidentes associados à variável Capacidade Adaptativa foram os mais cotados em toda a psicoterapia. A Capacidade Adaptativa apresenta a maior combinação de incidentes “mistos”, parecendo indiciar que a mudança na Capacidade Adaptativa se torna não raras vezes, indissociável de mudanças no *Insight*, nos Conflitos Básicos ou nos Sintomas. Nos mecanismos de defesa, verificamos um aumento significativo do Funcionamento Defensivo Geral (*ODF*) aos 6 meses, o que evidencia a ocorrência de uma mudança estrutural precoce. O acentuado decréscimo do *ODF (DMRS)* aos 12 meses, pode estar relacionado com um período de dois meses sem terapia, assim como também com a morte da sogra e, à incapacidade de elaborar essa morte, provocando-lhe sentimentos passados de perda não elaborados (morte do filho). Todavia após os 12 meses, a Capacidade Adaptativa destaca-se com um aumento exponencial na quantidade de incidentes, sendo esta a variável que se distingue em toda a terapia, o que ilustra uma melhoria no funcionamento de vida. Atribuímos esse resultado a um período em que a paciente começou a sentir-se mais valorizada e respeitada, devido a: nova atitude com a família (dar a conhecer as suas necessidades, na imposição de limites); conquista de mais tempo para si (com novas atividades de lazer). Efetivamente, esse período corresponde a uma mobilização na Capacidade Adaptativa, sem antes ter ocorrido uma mobilização no *Insight*. Através da análise das sessões, apercebemo-nos que a paciente 2 revela pouca capacidade de abstração e de introspeção, ou seja, revela ter pouca capacidade de *insight*, o que pode ser justificado pela sua idade avançada, baixa escolaridade (3ª Classe) e, um discurso muito factual, tendo o terapeuta adotado mais técnicas de apoio.

Aos 18 meses, observamos um aumento do uso de defesas mais evoluídas *ODF (DMRS)*, o que evidencia uma evolução na terapia, provavelmente esse progresso poderia ter sido maior se não tivesse ocorrido um *drop-out* aos 19 meses e meio.

No contexto deste estudo, foi possível demonstrar que através do recurso a instrumentos, responsáveis por medir a mudança terapêutica no decorrer de uma intervenção psicoterapêutica, estes revelam ser fundamentais para identificar alterações em processos inconscientes que ocorrem com a evolução da intervenção pelo qual o paciente está a ser sujeito. Por se tratarem apenas de dois casos, os dados não podem ser generalizados. A avaliação de outros processos terapêuticos, com um maior número de participantes pode necessariamente contribuir para uma melhor compreensão da mudança psíquica. Tais iniciativas são essenciais para o desenvolvimento, o avanço e a difusão da investigação em psicoterapia.

Referências

- Cunha, A. (2006) Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP). Manual and Commentary.
- Hersoug, A. G., Sexton, H., & Hoglend, P., (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 539-554.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy – efficacy, effectiveness, and patient progress. *American psychological association*, 51 (10), 1059-1064
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., & Waldron, S., (2010). An empirically supported psychoanalysis –The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 190-218.
- Loureiro, D. (2012). *Mudança dos Mecanismos de Defesa e das Características de Personalidade no Processo Terapêutico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Perry, J., (1990). *Defense Mechanism Rating Scales*. Boston: Cambridge Hospital Harvard Medical School.
- Perry, J., Beck, S., Constantinides, P., & Foley, J., (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales: Four hypotheses, four cases. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*, C., 6, pp., 121-152.
- Peuker, A., Habigzang, L., Koller, S., Araujo, L. (2009). Avaliação de processos e resultados em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo* 14 (3), 439-445.
- Sá, V. (2008). *Avaliação de Mudança em Psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sandell, R. (1997). Rating *the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP) - manual and commentary*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Sandell, R. (1997a). Psychotherapeutic change is predictable, spontaneous change is not *Journal of Clinical Psychology*, 53 (8), 925-933.

- Sousa, A. (2012). *Contratransferência e Mecanismos de Defesa - Indicadores De Mudança no Processo Psicoterapêutico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Tavares, J. (2012). *Personalidade e Padrões de Mudança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Waldron, S. (1997). How can we study the efficacy of psychoanalysis? *Psychoanalytic Quartely*, 66
- Yoshida, E. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.
- Zanatta, D., & Benetti, S. (2012). Representação mental e mudança terapêutica: Uma contribuição da perspectiva psicanalítica da teoria das relações objetais: *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 28 (1); 93-100.

ANEXOS

Anexo A: Tabela dos Estudos Empíricos

Autor/Data/Objetivo	Método	Resultados
<p>(Grande et al., 2009)</p> <p>Objetivo: Determinar se as mudanças estruturais são preditivas de resultados a longo prazo</p>	<p>- Amostra, composta por 55 pacientes (32 em psicoterapia psicanalítica e 27 em psicodinâmica), foi sujeita a avaliação pós mudança logo após a intervenção, após 1 e após 3 anos.</p> <p>Instrumentos: Global Severity Index (GSI), Inventory of Interpersonal Problems (IIP) e Heidelberg Structural Change Scale (HSCS)</p>	<p>- As mudanças estruturais alcançadas até o final da terapia são melhores preditores do resultados alcançados pelos paciente 3 anos após a conclusão da terapia, do que as mudanças sintomáticas. Esta relação não se verificou na avaliação a 1 ano.</p> <p>- Quando os pacientes avaliam retrospectivamente o seu progresso, esta avaliação tem maior influência das mudanças interpessoais logo após a intervenção do que a mesma avaliação após 3 anos.</p> <p>- As mudanças pré e pós em GSI e IIP estão ligeiramente correlacionados com avaliações a um ano de follow-up e não em todos os casos de avaliações a três anos de follow-up.</p> <p>Em contraste, as correlações entre mudanças na HSCS e avaliações de resultados foram altamente significativos a 1 e 3 anos.</p>
<p>(Joyse et al., 2002)</p> <p>Objetivo. Fornecer um teste direto do modelo trifásico da mudança em psicoterapia, através da investigação da eficácia das formas de interpretação e de apoio de curto prazo (a terapia time-limited individual (STI)).</p>	<p>- Amostra, 144 pacientes ambulatoriais, divididos pelas 2 formas de terapia. Os pacientes responderam 5 vezes ao Integra Outpatient Tracking Assessment Form durante as 20 sessões de tratamento, onde foi avaliado: o bem-estar subjetivo, sintomas atuais, e disfunção na vida atual.</p> <p>Instrumento: Integra Outpatient Tracking Assessment Form</p>	<p>- Não foram identificadas diferenças significativas entre as duas formas de terapia STI, pelo que os dados dos ensaios comparativos não suportam o modelo de trifásico</p> <p>- O modelo trifásico não pode ser generalizado a diferentes formas de psicoterapia STI.</p>
<p>(Kopta et al., 1994)</p> <p>Objetivo: Comparar as taxas de resposta de tratamento para os sintomas psicológicos usando o Modelo da Dosagem.</p>	<p>-Amostra, composta por 854 pacientes de psicoterapia em admissão ou durante o tratamento, às quais foram aplicados uma checklist de sintomas.</p> <p>Instrumento: Checklist de Sintomas</p>	<p>- Os sintomas de stress crónico demonstraram a taxa de resposta mais rápida, enquanto os sintomas carateriológicos apresentaram a mais lenta. Já os sintomas de sofrimento agudo apresentaram a maior percentagem média de pacientes recuperados através de doses.</p> <p>- Os resultados deste estudo</p>

		fornecem suporte para a resposta diferencial de sintomas psicológicos no processo psicoterapêutico.
Lingiardi, Gazzillo, & Waldron, (2010). Objetivo: Investigar o processo terapêutico e a sua eficácia, bem como a relação entre intervenções do terapeuta e comunicações do paciente ao nível das suas repercussões na eficácia do tratamento,	- Estudo de caso de um tratamento psicanalítico de uma paciente em análise durante 2 anos. Foram selecionadas 20 sessões, das 240 existentes, utilizando 4 sessões a cada seis meses, com o APS e o DMRS. Em relação ao SWAP, foram utilizadas 12 sessões de doze em doze meses. Instrumentos: Defensive Mechanisms Rating Scales (DMRS), a Analytic Process Scales (APS), e Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200).	- No final do 2º ano, ocorreu um aumento simultâneo do high functionig score do SWAP, e do Overall Defensive Functioning – ODF, na DMRS. Na APS, existiu uma correlação substancial entre as intervenções do terapeuta e o progresso da paciente. Os resultados demonstraram, que o paciente reteve o seu estilo defensivo no domínio neurótico, apesar das defesas utilizadas serem de um nível mais elevado do que as obtidas no final do primeiro ano.
(Lutz & Stulz, 2007) Objetivos: Identificar padrões multidimensionais de mudança em psicoterapia e prevê-los através das características iniciais do paciente; Analisar se os pacientes seguem a sequência de mudanças como é previsto pelo modelo trifásico; e se existem diferenças nesta sequência entre os grupos de pacientes	Amostra, composta por 1116 pacientes de psicoterapia com um total de 1128 sessões entre Outubro de 1992 e Junho de 1999. Os terapeutas foram solicitados a aplicar o COMPASSO nas sessões de tratamento 1, 4, 8, 12, 16 e assim por diante. No entanto, em alguns casos, a avaliação teve lugar uma sessão mais cedo ou mais tarde. Foi ainda utilizada a GMMs para identificar as diferentes classes dos pacientes com base nos padrões de mudança comuns nas três dimensões do modelo trifásico. Instrumentos: Growth Mixture Models (GMMs); COMPASSO:	- Foram identificados três grupos de pacientes com base no desenvolvimento ao longo do tratamento nas áreas de bem-estar subjetivo, sintomas de angustia, e funcionamento da vida atual. - Apenas aproximadamente 30% dos pacientes violou pelo menos uma das duas sequências previstas de mudança (bem-estar sintomas, o funcionamento sintomas de vida). - As dimensões do progresso do tratamento são distintas entre grupos, podendo implicar diferentes metas de tratamento e, por conseguinte, diferentes componentes do tratamento. -A maioria dos pacientes tratados em psicoterapia é consistente com o grupo do modelo Trifásico.
Perry, J., Beck, S., Constantinides, P., & Foley, J., (2009). Objetivo: Avaliar processos de mudanças no funcionamento defensivo ao longo de psicoterapias de curta, média e	- Estudo com 4 participantes; (1) de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, (3) de Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica. Instrumento: Defence Mechanism Rating Scales (DMRS), na sua versão quantita	- As mudanças ao nível defensivo ocorrem de forma progressiva e em sequência: nível mais baixo, intermédias, nível mais alto da hierarquia (maduras). À medida que o funcionamento defensivo se torna mais evoluído, os sintomas

<p>longa duração. Investigar se a avaliação quantitativa dos mecanismos de defesa é um bom indicador de progresso e eficácia em investigação.</p>		<p>decrecem.</p>
<p>Sá (2008) Objetivo: estudar a mudança ocorrida ao longo de uma análise, a quatro níveis (sintomas, capacidade adaptativa, insight e conflitos básicos) e, verificar padrões sequenciais</p>	<p>Estudo de caso de uma paciente que realizou uma psicanálise durante 3 anos e 8 meses, foram analisadas 384 sessões escritas em discurso direto. Instrumento: CHange After Psychotherapy Scales (CHAP)</p>	<p>- Desde muito cedo foram observadas mudanças. A mudança apresentou um padrão sequencial em que os Sintomas e a Capacidade adaptativa começaram por evoluir de forma inversa, acabando, ao fim de um ano e meio por progredir positivamente de forma idêntica. Os Conflitos Básicos e o Insight parecem ter apresentado o comportamento oposto, pois começaram por evoluir de forma análoga e após dois anos divergiram.</p>
<p>(Stevens et al., 2000) Objetivo: determinar se a magnitude relativa do fator comum e dos efeitos específicos do tratamento estão relacionados com as classes dos resultados, ou seja, bem-estar subjetivo, sintomas e funcionamento da vida, de acordo com o modelo trifásico da psicoterapia.</p>	<p>Meta-análise composta por estudos que incluísem (a) pelo menos, um tratamento completo, um tratamento com fator comum, e um controlo sem tratamento, e (b) o tratamento completo (s) e fatores comuns psicoterapêuticos ou farmacológicos.</p>	<p>- A eficiência média dos tratamentos completos ultrapassou a eficácia significativa dos fatores comuns, os quais por sua vez, mostraram-se superiores à inexistência de tratamento. - Corroboram a influência dos fatores comuns e específicos, defendida por Lambert, apesar de apresentar uma menor contribuição do denominador comum e uma maior contribuição dos fatores específicos. - As hipóteses de diferentes efeitos dos fatores comuns entre os diferentes domínios de resultado não foram suportadas. Por exemplo, o efeito maior do que esperado do fator comum no bem-estar subjetivo de domínio não se materializou. Além disso, a importância relativa dos componentes específicos de tratamento e do fator comum não diferem entre domínios de resultados.</p>

Anexo B: Lista de Exemplos de Mudança nas Variáveis do CHAP

Mudança nos Sintomas

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

Capacidade Adaptativa

1. O paciente já não evita ou foge das situações críticas;
2. O paciente já não fica ansioso antes ou nas situações críticas;
3. O paciente descreve situações concretas onde atuou mais adequadamente que antes, por exemplo, de forma mais assertiva, flexível, não agressiva;
4. O paciente exhibe surpresa óbvia, assombro/espanto, etc. enquanto conta como atuou em situações críticas;

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

Insight

1. O paciente diz que se apercebe e compreende o que está por trás dos seus problemas e qual o seu significado;

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

21. O paciente é mais capaz de prever os seus sentimentos, reações, ações e os dos outros;
22. O paciente procurou outra terapia mais longa orientada para o insight ou psicanálise;
23. O paciente consegue ver ganhos primários e secundários nos seus sintomas;
24. O paciente fala menos sobre os seus sintomas e mais sobre os problemas subjacentes.

Conflitos Básicos

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

20. O paciente parece estar em desenvolvimento, num estado de mudança contínua, sem ser instável e imprevisível;
21. O paciente não tem medo da mudança, quer seja nele próprio ou no seu meio circundante;
22. O paciente não tem medo de correr riscos razoáveis, já não é dependente de resultados garantidos;

Fatores Extra terapêuticos (FE)

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

18. O paciente mudou por estar numa relação que funcionou como uma terapia (pseudo-terapia);

Anexo C: Folha de cotação da DMRS

DEFENSE INTERVIEW SCORING SHEET: Psychotherapy Session version
J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.

Subject code _____ [1-6] _____

DATA TYPE: 1-Dynamic interview, 2-RAP, 3-therapy session [5] _____

Random No.or letter designation _____ Real Intervue #[6-8] _____

Rater _____ [9-10] _____

For Data (1- reliability only, 9- final rating/consensus) [11] _____

Week of Follow-up (if longitudinal study: Lifewk1) [12-14] _____

7 HIGH ADAPTIVE LEVEL [15-30]

Affiliation	30	Aff		
Altruism	29	Alt		
Anticipation	28	Ant		
Humor	27	H		
Self-assertion	26	SA		
Self-observation	25	SO		
Sublimation	24	Sub		
Suppression	23	Sup		
High Adapt _____ x 7 = _____				

6 OBSESSIONAL [31-36]

Isolation	22	Iso		
Intellectualization	21	Intel		
Undoing	20	Undo		
Obsession _____ x 6 = _____				

5 OTHER NEUROTIC [37-44]

Repression	19	Rep		
Dissociation	18	Diss		
Reaction Formation	17	RF		
Displacement	16	Displ		
Other Neurotic _____ x 5 = _____				

4 MINOR IMAGE-DISTORTING (Narcissistic) [45-52]

omnipotence	15	Omnip		
Idealization of others	14	O-Ideal		
Idealization of self	13	S-Ideal		
Devaluation of self	12	S-Dev		
Devaluation of others	11	O-Dev		
Minor Image _____ x 4 = _____				

3 DISAVOWAL [53-58]

Denial	10	Den		
Projection	9	Proj		
Rationalization	8	Rat		
Disavow _____ x 3 = _____				

Fantasy [59-60]

Fantasy	7	Fan		
Fantasy _____ x 3 = _____				

2 MAJOR IMAGE DISTORTING (Borderline) [61-66]

Splitting (Others' Images)	6	Splt-O		
Splitting (Self images)	5	Splt-S		
Projective Identification	4	ProjId		
Major Image _____ x 2 = _____				

1 ACTION [67-72]

Acting Out	3	AO		
Passive Aggression	2	P-Agg		
Help-rejecting complaining	1	HRC		
Action _____ x 1 = _____				End Deck

a. Sum of Defenses x weights _____

b. Total # of Defenses _____

c. Overall Defensive Functioning (1-low, 7 - high)a/b = _____

Anexo D: Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 1)

Sessão	Incidente	Variável	Avaliação Quantitativa
1 ^a 18Jun10	a)(12:59) “Agora tenho um bocado a noção que quando me vou abaixo exijo muito da pessoa que está comigo.” (13:06)	I	0,6
2 ^a 25Jun10	a)(05:42) “Se calhar eu digo que ele era o amor da minha vida e se pensar bem, não era.” (05:46)	I	0,5
	b)(08:59) “Trabalhei bem, porque sabia que ao fim do dia, ia ter com os meus amigos e, íamos jantar, íamos estar bem.” (09:03)	CA	0,5
3 ^a 05Jul10	a)(51:08) “Quando tenho sentimentos, sinto-me insegura, aí sim sinto insegurança de perder a pessoa (...) um medo de perder a pessoa (...) torno-me numa Maria mais frágil, muito mais insegura (...) controladora, ciumenta (...) Também não gosto dessa Maria porque quando essa Maria aparece eu também não me sinto bem, não estou segura, não estou à vontade, não posso fazer as minhas brincadeiras bem, não me sinto confortável, estou sempre a pensar agora não vou dizer isto porque ele depois pode levar a mal, isso não é vida e eu não gosto.” (52:21)	CB	0,5
4 ^a 09Jul10	a)(01:46) “Correu bem porque...consegui envolver-me com uma pessoa que eu já conhecia...já me envolvi, mas consegui...o que é bom sinal, avancei um passo à frente (...) pelo menos já é aquela fase em que já consigo desligar e, estar a fazer outras coisas que supostamente deveria ser	CA	0,6

	com ele.” (02:32)		
	b)(03:13) “Consegui apesar do calor e ficar em casa e não ir à praia,...consegui fazer as formações (...) estou ocupada.”(03:36)	CA	0,6
5 ^a 13Jul10	a)(08:24)“Já limpei a casa! Grande avanço!! ... Agora que me vou embora pra semana, é que limpei a casa...mas pronto quando voltar a casa já está limpa.” (08:37)	CA	0,5
6 ^a 16Jul10	a)(35:36) “Porquê que eu não sou capaz de fazer as coisas por mim?...Sozinha!...Havia sempre um estímulo externo, era a M. que fazia, estava lá sempre. Era a M. que punha sempre ordem nas coisas e agora preciso sempre pelos vistos de alguém que ponha ordem na minha vida!” (35:56)	CB	0,5
7 ^a 17Set10	a)(00:17) “Fui para a Covilhã. As coisas até correram bem, portanto estava entretida com o trabalho, adorei!” (00:22)	CA	0,6
	b)(15:29) Sonho (22:39)	I	0,5
	c)(51:29) “Se calhar é dai que tudo vem, e agora identifiquei que o problema vem dai, da minha mãe ter sido muito fria e a certa altura como reação deixei de dar, mas depois fui cobrar a uma pessoa só” (51:48)	I	0,6
		CB	0,6
8 ^a 24Set10	a)(00:10) Sonho (00:48)	I	0,5
	b)(03:00) “Um bocado voltar ao normal. Ter as aulinhas de Inglês, apesar de ser uma coisa que não gosto, por um lado tento ver o lado positivo.” (03:10)	CA	0,6

	c)(05:37) “Percebi esta semana é que se calhar a minha relação do R. já não é tanto ele...mas é estar sozinha que eu odeio...mas que eu odeio estar sozinha e se calhar como ele foi o último homem, o último namorado que eu tive eu canalizo um bocado para ele, tenho a perfeita noção que ele não me fazia feliz (...) daí que chego à conclusão que se calhar não é tanto o gostar dele mas sim a presença de alguém na minha vida e que se calhar eu até fiquei com ele por achar que gostava dele (...) O homem que eu fantasiei que existia, aquela figura que não existe mas na realidade o que ele me dava não era nada daquilo que eu queria” (07:56)	I	0,6
	e) (16:04) “Mas até tento fazer coisas. Vou fazer a porcaria das massagens, não serve de nada...vou à nutricionista na 4ªfeira, só que lá está, posso ir à nutricionista mas se continuar a comer, estou a gastar dinheiro na nutricionista” (16:18)	CA	0,5
	f) (17:51) “À uns anos atrás era impensável eu passar um dia em casa,...impensável, era uma coisa... mas até digo já evolui muito, que horror um dia sozinha em casa, nem pensar! Hoje em dia dá-me gozo às vezes estar sozinha em casa, ver filmes, não fazer,...já retiro o prazer disso, antes era um horror.” (18:14)	CA	0,7
9ª 1Out10	a)(03:24) “Agora faço muitas coisas, estou muito mais com os amigos o dia são muito mais preenchidos. Está bem, que depois não é aquela coisa de ao fim do dia uma pessoa de falar com a outra, de estar com a outra.” (03:38)	CA	0,8
	b)(06:44) “Já percebi que o protótipo	I	0,6

	dos homens que eu ando à procura (...) que aparecem na minha vida que eu acabo por manter é um bocado...efeito daquilo que o meu pai (...) a única diferença é que o meu pai me adora incondicionalmente.” (07:07)	CB	0,6
	c)(25:56) “Já comecei a minha dieta ontem, fui à nutricionista na 4ª feira.” (26:02)	CA	0,6
10ª 8Out10	a)(07:47) “Pelos vistos queria que alguém cuidasse de mim...e, recorri, dou uma ajuda e depois saio frustrada...era uma ajuda, era uma motivação...era tudo e...Porquê que eu tenho que ter sempre alguém a cuidar de mim?...Sempre tive!...Não consigo fazer nada sozinha!” (08:29)	I	0,5
	b)(24:03) “Eu e a minha irmã somos muito atadinhas!...Lá está, se calhar fomos muito protegidas pelo meu pai.” (24:08)	I	0,5
	c)(25:21) “Eu, agora vejo isso, na altura não via. Isto, tudo porquê? Por causa do meu pai, o meu pai sempre foi uma figura muito presente e muito tudo...Tudo o que o meu pai dizia era lei (...) devo estar presa a isso, é-me difícil tomar decisões, será?...Decisões importantes na vida que é difícil tomar e eu não sou capaz de me virar.” (25:49)	I	0,6
		CB	0,6
11ª 16Out10	a)(10:45) “Acho que...o que me está a fazer falta já não é o R. em si, porque eu já identifiquei todos os defeitos dele, já vi que eu nunca seria feliz... ainda hoje vinha para aqui e dizia assim: olha agora se eu estivesse com aquele gajo...acordava (...) tomava o pequeno almoço...ele ia trabalhar ou ia para o computador e eu ficava a	CB	0,7
		CA	0,7

	aninhar, não ia fazer nada (...) Agora saio...vou passear para a baixa, as minhas amigas vêm ter comigo vamos almoçar” (11:29)		
12 ^a 23Out10	a)(19:25) “Agora, quero mais tempo, quero ter uma pessoa que me dê o tempo...dela...que eu sinta que realmente quer estar comigo, quer fazer coisas comigo e que se faça uma vida a dois...é o que quero” (19:47)	CB	0,6
	b)(58:20) “Apesar de eu me sentir muito bem com ele, me fazer bem ...porque eu estou muito bem-disposta, mais animada...faz-me bem...mas como é que eu fujo deste padrão? De homem sem tempo!” (58:35)	CA	0,5
		CB	0,5
13 ^a 29Out10	-	-	-
14 ^a 06Nov10	a)(14:51) (amigo) “Se eu acho que ele não vai ter disponibilidade, ajo de um modo qualquer defensivo inconscientemente...para não me magoar (...) e, como sou demasiado transparente e pouco observadora (...) passam-me as coisas ao lado (...) as pessoas acabam por perceber isso e eu nem sequer me apercebo que estou a mandar sinais” (15:46)	I	0,6
15 ^a 12Nov11	a)(11:37) “Aqui sinto-me bastante confortável e consigo. Faz-me ver as coisas, orienta-me para eu ver as coisas de outra maneira e tentar perceber as coisas, porque até agora podia falar, falar com as pessoas que fossem e ninguém me fazia pensar nas coisas, no porquê, que aqui faz-me. Faz-me falta se não tiver, hoje em dia...se não for, eu sei que não vou ficar bem(...) sinto-me a evoluir e a perceber certas	CA	0,7

	determinadas coisas....e eu quero ficar bem (...) porque sei se não vier é pior” (13:03)		
16 ^a	a)(39:039 “Não consigo estar a usufruir só do momento. Há momentos em que sim, consigo! Antes não, agora já consigo usufruir de certas coisas.” (39:12)	CA	0,6
19Nov10	b)(50:28) “Feliz agora não estou...tá bem que agora consigo usufruir de muitos mais momentos de felicidade e alegria do que à alguns meses atrás” (50:37)	CA	0,5
17 ^a	a)(00:31) (viagem) “Gostei imenso desta vez...sobe-me mesmo bem!” (00:39)	CA	0,7
18 ^a	a)(05:56) “Agora consigo aproveitar muito mais os meus pais...dá-me prazer (...) agora estar a usufruir dos meus pais (...) passear com eles (...) atualmente dá-me muito gozo estar com os meus pais (...) já dou beijinhos (aos pais) (...) acho que isso é bom...porque eu gosto de estar com os meus pais...mas havia sempre qualquer coisa...ou pressa de ir embora (...) agora é mais fácil estar com eles...e eu tiro gozo e prazer de estar com eles e então não estou naquela: ai, nunca mais se vão embora, quero-me ir embora. Não, estou bem...o que é muito bom.” (08:53)	CB	0,7
19 ^a	a)(12:24) “Portei-me muito bem, até fui duas vezes ao ginásio!” (12:26)	CA	0,6
17Dez10	b)(18:20) “Outras alturas em que eu e o R. nos separamos, eu não me importava que eles se encontrassem e falassem (...) agora não gosto (...) Não posso dizer aos meus pais com	CB	0,5

	quem podem ou não falar.” (20:19)		
20 ^a 23Dez10	-	-	-
21 ^a 07Jan11	a)(00:31) “A responsabilidade da minha vida estar como está é minha e, que está nas minhas mãos eu mudar.” (00:42)	CA	0,5
	b)(03:25) (nutricionista) “Já consegui marcar consulta para a L.B.” (03:26)	CA	0,5
	c)(40:02) “Agora aquele tempo todo, eu perdi muito tempo da minha vida (...) isso custa-me. Não custa admitir porque eu admito, mas custa-me como é que eu pude fazer isso, porque era o medo de ficar sozinha. Só pode.” (40:24)	CB	0,6
	d)(40:53) “O meu pai abandonou-me, não era abandonar, era um pai mais ausente...mas sempre que podia era um pai presente (...) sempre odiei que as pessoas me dissessem que faziam uma coisa e não faziam, isso começou pelo meu pai que dizia que fazia as coisas e depois não podia porque tinha que trabalhar.” (41:44)	I	0,6
22 ^a 14Jan11	a)(08:18) “O meu pai tenta sempre facilitar a menina...isso faz com que eu não consiga dar o primeiro passo porque tenho sempre alguém a empurrar-me para dar o primeiro passo.” (08:33)	CB	0,5
23 ^a 21Jan11	a)(47:41) “Até acho que tou a tentar sempre ver as coisas boas (...) tento mais ver as coisas boas do que as más...do que dantes...do que à uns meses atrás.” (48:04)	CB	0,6
	b)(01:03:48) “O meu erro está aí...eu não abro as portas que me são	CA	0,5

	abertas...é mesmo esse o meu erro (...) não agarrar as oportunidades, com vergonha ou com medo de fracassar eu recuo e, a porta acaba por se fechar.” (01:05:08)		
24ª 28Jan11	a)(03:51) “Entretanto andei a tentar parar, para dar direito a pensar, dar direito à minha tristeza,...mas a verdade é que quando penso no R,...não fico com aquela tristeza...fiz mesmo este exercício, parar para pensar, estar sozinha a pensar nas coisas...não fico triste...aquela tristeza e aquela coisa horrível, não choro nada...se eventualmente falar com alguém pode rolar uma lagrimazinha mas não é aquele chorar aquele sofrimento (...) Eu dei-me a mim própria tempo e espaço para refletir sobre o assunto não me deu aquela tristeza, aquela angústia (...) Reconheço que estou mais à frente do que aquilo que eu pensei.” (06:03)	S	0,6
	b)(01:01:25) “Mas já evolui bastante...porque hoje em dia tenho momentos lá está em que quero estar sozinha, a curtir ver um filme na minha casa...quando passava um domingo sozinha, sabia-me bem mas eu era incapaz noutras alturas de fazer isso (...) Hoje em dia não tenho medo de dormir sozinha em casa (...) E agora não me custa tanto, se for uma semana inteira (...) mas agora gosto de estar sozinha a curtir a minha casa, a mim , as minhas coisas.” (01:03:42)	CA	0,8
25ª	a)(00:16) “E perdi mais um quilo” (00:17)	S	0,5
11Fev11	b)(11:03) “E noutras alturas eu estaria muito preocupada em como estaria a afastar o J., e nesta altura estou-me a	CA	0,7

	borrifar como é que ele se está a sentir ou não, não quero saber, não penso nisso,(...) mas sim, já não estou disposta a pagar qualquer preço pela companhia.” (11:52)		
	c)(20:33) “Cada vez chego mais à conclusão que estou muito confortável em casa dos meus pais, sinto-me protegida, sinto todas aquelas coisas que eu não fazia, não tinha quando estava em minha casa e agora tenho,...miminho. Apesar de todos os pontos negativos, todo o miminho (...) todo aquele sentimento de proteção em casa dos meus pais eu tenho, sabe-me muito bem estar ali e não ter que sair, portanto eu nem sinto aquela necessidade. Nunca estava em casa, nunca parava em casa, agora não...eu paro em casa, lá fora custa mais do que em casa dos meus pais.” (21:27)	S	0,5
	d)(26:15) (emprego) “Lá está!(...) É, eu boicotar aquilo que quero!” (26:22)	I	0,5
	e)(47:23) “Depois na 2ªfeira, tenho que ir à Dra. depois de 2Kg que eu perdi.” (47:29)	S	0,5
	f)(50:20) “Não fazia sentido, era comodismo, era um medo inconsciente de ficar sozinha.” (50:29)	I	0,6
	g)(58:58) “Mas sem dúvida que a relação com os meus pais está diferente...tenho que dar um chuto na coisa e seguir em frente e ter confiança em mim própria deixar de ser insegura e querer a aprovação do paizinho ou da mãezinha.” (59:20)	CA	0,7
26ª 18Fev11	a)(42:36) “Pesei-me na manhã do meu aniversário, tinha perdido 3 Kg.” (42:43)	S	0,6

	b)(45:56) “Não me senti minimamente culpada de estar a beber o champanhe ou a comer doces, diverti-me e usufruí do dia como tudo. Não me senti culpada! (46:12)	CA	0,8
27 ^a 25Fev11	b)(07:21) “Aquele sentimento que eu tinha por ele, já não existe. Já não tenho aquele sentimento que tinha, aquela necessidade de combater.” (07:33)	CB	0,8
28 ^a 04Mar11	a)(04:47) “Já tinha esta ideia e, então já me inscrevi num curso de massagens e, já comecei ontem.” (04:51)	CA	0,8
	b)(16:23) (massagens) “Estou contente, porque já tenho um rumo.” (16:31)	CA	0,7
	c)(28:29) “Sei para onde quero ir, mesmo que vá trabalhar para rececionista...não me importo porque estou a seguir outro rumo, estou a fazer por mim, estou a fazer alguma coisa que eu gosto e que quem sabe que é por aí que vou ser feliz.” (28:48)	CA	0,7
	d)(30:17) “Quero fazer coisas diferentes! Apesar de eu agora ver que resisto à mudança, Resisto, não gosto da mudança e tenho medo do desconhecido, porque não sei o que vem lá. O que está ali, eu sei o que é certo. Tenho medo, mas também reconheço que não seria feliz fazendo sempre a mesma coisa.” (30:38)	CA	0,7
29 ^a 18Mar11	a)(08:49) “T – Como é que é o seu pai, agora para a M.?” “É um pai com defeitos,...tal como eu fazia com os namorados eu não via os defeitos (...), eu nunca me centrei nos defeitos e, com o meu pai é a mesma coisa e agora vejo uma série de defeitos no	I	0,7
		CB	0,7

	meu pai (...) achava que o meu pai era o máximo e agora não, e o que me irrita é que a gente quer falar com ele e ele não deixa, tem sempre razão e é autoritário.” (09:39)		
	b)(20:28) “Tenho-me controlado, tenho comido cada vez menos.” (20:31)	S	0,6
	c)(25:31) “Já estou com muito mais força.” (25:34)	S	0,6
	d)(56:00) “Estou ligeiramente melhor.” (56:01)	S	0,6
	e)(58:08) “Estudei não sei quantos anos na faculdade, tirei 2 pós-graduações, trabalhei lá fora e agora vou dar massagens, mas não me importo agora dizer isto e, agora sou rececionista já me incomoda talvez porque é uma coisa que não me interessa fazer, e as massagens gosto (...) Já consegui ultrapassar porque já consegui descobrir aquilo que me dá gosto fazer (...) não me incomoda, porque realmente é aquilo que eu quero. Seguir em frente (massagens).” (59:15)	CA	0,8
		CB	0,8
30 ^a 25Mar11	a)(39:45) “O que eu noto em mim. Tem piada! É, que tou mais calma, mais paciente.” (39:55)	I	0,7
		CB	0,7
	b)(41:28) “Como tenho a história das massagens, tenho um rumo...agora o que vier, mesmo que não esteja satisfeita é, uma coisa que me vai ajudar é eu seguir o meu outro caminho...acabo o curso e continuo por ali.” (41:50)	CA	0,8
31 ^a 01Abr11	a)(06:56) Sonho (08:42)	I	0,5

32 ^a 08Abr11	a)(01:03:32) “É a desculpa que eu arranjo para não ter que me fazer à vida (...) é como se eu tivesse começado a comer para dizer, já que tudo corre mal então agora vais ter uma desculpa para as coisas correrem mesmo mal (...) eu acho que preciso de me culpabilizar, preciso de orientar a culpa para alguém ou para alguma coisa e como não sabia como havia de enviar a culpa do que me estava a acontecer, comecei a comer para dizer a culpa está aqui.” (01:04:19)	I	0,5
		CB	0,5
33 ^a 29Abr11	a)(03:07) “Diverti-me imenso (...) não pensei na vida, nos problemas.” (03:22)	CA	0,7
	b) (03:36) “Perdi peso!” (03:47)	S	0,6
	c) (29:33) “Agora já percebi, já baixei o meu pai à Terra, não é nenhum Deus, pois agora dou um desconto, (...) agora já estou mais um bocado tolerante.” (29:46)	CB	0,7
34 ^a 06Mai11	a)(00:13) “Ginásio,...porquê que eu não consigo ir ao ginásio? ...É aquela história do meu amigo J,...eu acho, tenho quase a certeza que também ando a evitar ir ao ginásio para não ter que o confrontar...não fiz mal a ninguém...mas incomoda-me pensar que vou para o ginásio e vou encontrá-lo e não consigo.” (00:53)	I	0,5
	b) (25:58) “Fazia um ano que eu e o R. tínhamos terminado, pus-me a ver as fotografias quando fomos a Praga...mas nada, vi na boa, não o vi com saudade, com mágoa...como se estivesse a ver fotos normais.” (26:18)	CA	0,9
	c) (34:11) “Estou a encarar o Call Center um meio para atingir um fim e não como um fim em si que era o meu	CB	0,7

	grande problema.” (34:19)		
	d)(34:25) (escola) “Estou super entusiasmada lá com uma peça de Shakespeare que estamos a preparar para os miúdos” (34:28)	CA	0,6
	e)(34:28) “A vida está-se a orientar.” (34:41)	CA	0,6
	f) (52:22) “Estou disponível para um relacionamento, sinto-me mais tranquila,...é óbvio que sinto” (52:30)	CB	0,8
35 ^a 13Mai11	a) (04:51) “Agora que a minha vida profissional está a endireitar e está a ir pelos caminhos que eu quero, não vou ter que trabalhar das 9 às 18h, enviada num escritório, vou poder dar aulas de Inglês, vou poder dar formação se for caso disso, vou poder dar massagens, dar aulas de Tango, portanto são coisas que gosto na medida certa.” (05:16)	CA	0,8
	b)(03:10) “Já fui ao ginásio:” (03:11)	CA	0,7
36 ^a 24Mai11	-	-	-
37 ^a 31Mai11	a) (25:37) “ Dou-lhes (aos homens) demasiada importância na minha vida, tanta importância que acabo por me prejudicar a mim com a comida para compensar a falta de carinho, amor ou carinho.” (25:52)	CB	0,5
38 ^a 07Jun11	a)(20:33) “Quando é que paras de te punir a ti própria, quando paras de comer assim que nem um animal, por causa das porcarias que os outros fazem, tu não tens culpa (...) estava a pensar nisto quando vinha para cá (...) Havia de me sentir culpada com qualquer coisa que não faço a mínima ideia.” (20:54)	I	0,5

	b) (38:53) Sonho (41:35)	I	0,5
	c) (41:42) “ As pessoas no trabalho: - M. estás tão bem! Estás...tão. Via-se que estava feliz...feliz com as minhas decisões, feliz com o rumo que a minha vida está a ter.” (41:54)	CB	0,8
	d) (47:08) “T – Para apaziguar o quê?” “...Para dar conforto...já que não tenho companhia...já que não tenho miminho, mimo-me com comida...deve, deve ser isso!” (47:27)	I	0,5
39 ^a 14Jun11	-	-	-
40 ^a 28Jun11	a)(00:30) “A minha cunhada foi a desculpa que eu arranjei para comer como um animal.” (00:33)	I	0,6
	b)(00:36)(para controlar o peso) “Ontem comecei a acupuntura!” (00:37)	CA	0,5
	c)(02:17) “Ando a evitar ir ao Tango, já percebi que é por causa da D.” (02:21)	I	0,4
	d) (15:26) Sonho (16:54)	I	0,5
41 ^a 15Jul11	a)(25:10) “Lá está, se calhar é isso que eu tento fazer com os homens, que é tudo bem vocês não têm tempo para mim, mas eu depois vou conquistando, porque eu acabei o tempo do meu pai e o meu pai chegou a uma altura que...hoje é o meu pai que quer estar comigo...é o meu pai que telefona e diz: vamos jantar, vamos sair, vamos...vamos...Eu consegui inverter a situação de eu querer estar com o meu pai e não poder, para ser o meu pai a me procurar e acho que é isso que faço com todos os homens,...Tu podes não ter tempo mas eu vou fazer com que sejas tu a procurar-me...É óbvio	I	0,5
		CB	0,5

	que isto com os homens não resulta.” (26:19)		
42 ^a 09Set11	a)(00:13) “Num mês perdi 5Kg...4,5!” (00:16)	S	0,5
	b)(00:35) “No meu trabalho fui eleita a melhor agente do meu grupo.” (00:38)	CA	0,9
	c)(00:48) “Os meus professores de Tango formalizaram a questão de eu ser instrutora de Tango com eles e chamaram-me e estive o fim de semana todo em Coimbra a dançar e a preparar as aulas e a partir de agora vou começar oficialmente a dar aulas.” (01:02)	CA	0,7
	d)(01:31) “Entretanto falou a mãe de uma aluna a pedir para dar explicações à irmã mais velha...Pelo menos até Dezembro já me garante a água, eletricidade e gás.” (01:41)	CA	0,6
	e)(02:03) “Agora já estou a começar com as massagens.” (02:06)	CA	0,7
	f)(22:38) “ Os meus professores confiam muito em mim! Deixaram-me os 2 telemóveis deles...Fico feliz por os outros reconhecerem que sou...agora sei que sou...posso não ser muito organizada...agora que sou responsável e sou digna de confiança, isso eu sei que sou. Fico feliz, pelos outros reconhecerem isso...Nem sempre os outros reconhecem, não é? E, fico contente por eles reconhecerem!” (24:00)	CA	0,8
43 ^a 28Set11	a)(05:42) “Foi uma série de coisas que fui dizendo ao longo do dia e da noite...Normalmente digo as coisas com graça, com piada e estava corrosiva, estava agressiva e não gostei! E, realmente a história da D. a	CB	0,5

	história da V.,...a história da fulana no meu trabalho...e, tudo isso acaba por mexer comigo e como eu acredito muito nas energias, e acho se nós temos pensamentos negativos vamos abrir coisas negativas, eu acordei no Domingo...e, não vai acontecer mais, não posso deixar que estas coisas negativas me afetem, de tal maneira que comece a ser o tipo de pessoa que não sou.” (06:36)		
	b)(13:33) “Constatee que não sinto nada por ele...fiquei magoada não pelo presente mas pelo passado (...) Ando a dizer à não sei quanto que já não sinto nada por ele, queria realmente ter a certeza e tive!” (14:58)	CB	0,8
	c)(49:02) “É giro ver como a minha vida estava e como a minha vida está,...está melhor!” (49:08)	CA	0,8
44 ^a 12Out11	a)(44:50) “Ser menos dependente...acho que já aprendi a ser.” (44:53)	CA	0,7
45 ^a 27Out11	-	-	-
46 ^a 04Nov11	a)(22:32) “Sabe-me bem, ter vontade de ter dito aos meus pais: olha vamos almoçar” (22:35)	CA	0,6
47 ^a 30Nov11	-	-	-
48 ^a 14Dez11	-	-	-
49 ^a 20Jan12	-	-	-

50 ^a 05Abr12	a)(13:13) “Eu chego ao cúmulo de conhecer as pessoas...pergunto onde elas trabalham e, pergunto se não precisam de ninguém e pergunto se posso enviar o meu C.V., não estou quieta, mal conheço as pessoas já estou a dar o meu curriculum.” (13:41)	CA	0,6
51 ^a 19Abr12	a)(28:43) “Eu já sabia que ele me tinha traído...não queria era acreditar...a questão era...que eu...acho que queria arranjar um motivo para sair daquele relacionamento que já não me estava a fazer feliz e eu sabia que tomando a decisão...andei à procura de motivos...e, mesmo depois de descobrir que ele me tinha traído eu não conseguia vir embora, por isso tive que o confrontar com um facto atual para...para a coisa ser iminente e acontecer naquele momento e ele ir embora eu só tenho pena de não ter percebido isto na altura e dizê-lo com esta clareza que estou a dizer agora.” (30:35)	I	0,6
	b)(51:20) (quando o pai ameaçava divorciar-se) “Se calhar foi daí que apareceu o meu medo de ser abandonada se o meu pai saísse de casa. abandonava a minha mãe mas também me abandonava a mim.” (51:34)	I	0,7
		CB	0,7
52 ^a 03Mai12	a)(05:38) “Acho que aprendi a esperar...acho que estes 2 anos horríveis que passei...se me deram alguma coisa foi aprender a esperar...estou supertranquila.” (06:13)	CA	0,8
53 ^a 17Mai12	a)(05:01) “O que eu quero com ele, é o que nós temos. Uns amigos coloridos e mais nada! Não quero um relacionamento com ele, quero a	CA	0,6

	atenção que ele me dá um carinho, mimo,... chega! Não quero um relacionamento! (05:15)		
54 ^a	a)(03:39) “Sinto-me bem, sinto-me aliviada não me importo nada de ter dito, não me importo que ele saiba que estou interessada nele...tou bem!” (03:49)	S	0,5
24Mai12	b)(08:36) (dizer o que sente sem sentir que perde algo) “Fiquei bem...foi bom constatar isso o que me dá uma aprendizagem para não fazer nada do que fiz no passado.” (08:53)	CB	0,8

Anexo E: Avaliação de Incidentes de Mudança (Paciente 2)

Sessão	Incidente	Variável	Avaliação Quantitativa
1 ^a 28Mai10	a)(14:48)(com o marido) “Converso, converso, já foi tempo que eu não o enfrentava e não conversava, mas agora digo-lhe as coisas que sinto e que acho que ele tem que ouvir.” (14:56)	CB	0,6
2 ^a 04Jun10	a)(00:42)“Tenho-me sentido bem.” (00:43)	S	0,5
	b)(40:19) “O que tenho em vermelho em mim, parece-me que me machuca (...) acho que é uma cor com muita vida, tenho um desgosto tão grande que não tenho direito,...a ter,... essa vida...a vestir essa cor,... é como se eu fosse vestir vermelho estivesse já felicíssima da minha vida e já nada me faltasse, (...) então não sou capaz.” (41:02)	I	0,5
	c)(55:44) (terapia) “Às vezes quando saio de casa, digo assim: o que é que eu vou fazer para lá hoje. Estive lá a semana passada, já não sei mais o que dizer. Afinal é mentira, eu chego aqui e tenho sempre tanto para dizer.” (55:53)	I	0,5
3 ^a 18Jun10	(a)(02:32) “Tou um bocadinho mais calma, tou um bocadinho melhor, o meu filho já começou a trabalhar.” (02:37)	FE/CB	0,5
	b)(03:18) (teatro) “Tive uma aventura muito gira esta semana (...) Andam a fazer teatro contemporâneo (...) Eu, entrar na peça! Levei aquilo na brincadeira, mas fui (...) Fui para essa função. Adorei! Sem dúvida eu gosto	FE/CA	0,8

	de lidar com as pessoas assim e gosto destas aventuras.” (05:04)		
	c)(06:32) “Com o teu olhar e com a tua calma, transmite-nos um sossego, uma calma” (disse a coreografa). “Oh! Mais uma, que não sabia. Estava a conhecer essa faceta em mim.” (06:42)	I	0,6
	d)(12:42) (T – Pelos vistos está-se a levantar!) “Tou a ficar mais livre, não quer dizer que não continue a achar que isso seja um bocado complicado.” (12:52)	CB	0,5
	e)(41:46) “Eu antes não era capaz! Não fazia isso, não virava costas ao meu marido para ir com a minha filha.” (41:52)	CA	0,7
	f)(50:25) “Começo a ficar melhor, até já durmo melhor! Já durmo melhor e já me sinto melhor todo o dia.”(50:34)	S	0,7
4ª 25Jun10	a)(00:16) “Tou bem...tou! Tou a me sentir mais confiante. Esta semana também fiz uma gravação que vai estar na rádio, ainda não sei quando. Quando falava da minha juventude e pra já, estou a sentir que estou melhor porque consegui falar da minha juventude sem ficar magoada como sempre me acontecia.” (00:44)	CB	0,8
	b)(03:56) “Isto está a ser muito engraçado para mim, muito bom e muito engraçado porque me está a fazer ir buscar coisas que eu não queria mesmo recordar, nem falar porque ficava traumatizada e chocada e, agora estou a conseguir enfrentá-los que foi uma passagem que eu tive na minha vida, passou...aconteceu.” (04:15)	CB	0,8

	c)(07:11) (teatro de rua) “Nunca pensei ser capaz de estar numa rua, numa via pública a fingir que estou a passar a ferro.” (07:17)	CA	0,6
	d)(16:23) (teatro de rua) “Isto também faz-me bem (...) faz-me bem porque me faz falta ter um bocadinho para mim, saber que aquela hora saio de casa e tenho outra ocupação porque senão fico muito tempo em casa.” (16:38)	CA	0,7
5 ^a 02Jul10	a)(03:06) “Vou falando sobre o assunto e não fico magoada, coisa que não acontecia anteriormente, eu mal puxasse um bocadinho o fio à meada como se costuma dizer eu ficava logo sufocada com um nó na garganta e as lágrimas vinham ao de cima e caíam, caíam sem parar.” (03:24)	CB	0,8
	b)(21:16) “Eu ando aqui assim na rua e, andei! Não tive qualquer problema e cá está o meu pensar, eu estou a sentir-me bem, estou a sentir-me à vontade. Não interessa que olhem, que falem, que digam, é me igual. Eu estou a sentir-me bem...” (21:33)	CA	0,8
		CB	0,8
	c)(25:36) (terapia) “Com a continuação vou justificando que sim, faz parte de umas coisas que tinha ali a massacrar, e que vou abrindo, abrindo, vou sendo capaz de tirar cá para fora e vou ficando bem, mais aliviada, fico mais tranquila, mais solta, mais desprendida, mais livre (...) mais leve.” (26:08)	CB	0,7
	d)(29:12) (marido) “Agora sou capaz de dizer com mais calma, porquê que isto acontece, porquê que tu fazes, porquê que tu dizes.” (29:18)	CB	0,5
6 ^a	a)(00:49) “Estou a ficar com a vidinha mais normalizada, acabo por me sentir	CA	0,7

09Jul10	também mais sossegada, interiormente estou também satisfeita com aquilo que ando a fazer com aquelas novidades do teatro.” (01:06)		
	b)(02:04) “Nunca pensei ser capaz de estar a passar a ferro na via pública (...) Nunca pensei ter coragem de o fazer.” (02:29)	CA	0,8
	c)(05:35) “Venho muito bem disposta...chego a casa muito bem disposta.” (05:40)	S	0,9
	d)(05:55) “Já fiz dois vestidos, um para cada uma, ficaram doidas (...) e, eu ao fim e ao cabo também me sinto realizada.” (06:06)	CA	0,9
	e)(14:15) (sogra) “Agora com o desenvolver das coisas e o pensar mais calmamente e mais friamente é que de fato vejo que é real, cobrou muito da minha vida, toda a vida...” (14:27)	I	0,6
7 ^a 26Jul10	a)(00:11) “Estou cansada, mas estou satisfeita.” (00:14)	S	0,5
8 ^a 06Ag10	-	-	-
9 ^a 24Set10	a)(00:21) “Fez-me muita falta estas 2 semanas que faltei, porque já estava mesmo a precisar (...) de abrir o saco.” (00:30)	CB	0,4
10 ^a 01Out10	-	-	-
11 ^a	-	-	-

08Out10			
12ª 15Out10	a)(54:49) “Sem dúvida que agora ultimamente, tenho conseguido conversar mais abertamente e dizer tudo o que sinto também desde que ando aqui a ter este apoio, sinto-me com força e coragem suficiente.” (55:03)	CA	0,7
		CB	0,7
13ª 23Out10	-	-	-
14ª 29Out10	-	-	-
15ª 06Nov10	-	-	-
16ª 12Nov10	a)(22:02) “Agora eu tenho um passeio (...) então mandei marcar um lugar para mim (...) nesta fase não tenho o direito de fazer isso (de não ir) porque também preciso de descansar.” (23:14)	CA	0,6
17ª 19Nov10	a)(08:09) “Estava a dizer ao meu marido que desta vez eu não posso mais continuar a tomar conta da minha sogra diariamente porque estou muito cansada (...) e que não estou com tempo nenhum disponível para mim.” (08:31)	CA	0,6
		CB	0,6
	b)(28:22) “Já senti, já consegui não ser eu a interferir porque toda a semana eu vi que havia essa pressão para ser eu (...) aí consegui deixar que mais semana, menos semana mas que fossem eles a resolver.” (28:48)	CA	0,7
		CB	0,7
18ª 03Dez10	a)(22:43) “Agora estes dias que vou acabar por estar só (...) fica-me a faltar qualquer coisa (...) aquela obrigação, aquelas voltas já quase	I	0,5

	rotineiras para fazer, aí por isso eu talvez me sentir tão bem quando tenho a responsabilidade de sair de casa e ir trabalhar.” (23:49)		
	b)(24:30) “Já levei outra vitória avante! Fui ao teatro.” (24:34)	CB	0,7
	c)(26:08) “Mesmo um bocado apertada, já consegui tomar uma decisão (...) senão tivesse de facto a ficar tão aliviada e tão disposta mesmo a dizer aquilo que sinto, nunca faria isto noutra altura.” (26:27)	CA	0,6
		CB	0,6
19ª 10Dez10	a)(00:10) (workshop costura) “Já dei mais um passo em frente. Já fui ao S. fui falar com a S. e com elas todas, fizeram-me uma festa, quando me viram lá, fiquei contente por isso, já combinei tudo e vamos começar em Janeiro (...) e ela disse-me também para ir às 3ª e 5ª feiras fazer ginástica (...) então eu disse que sim.” (00:59)	CA	0,9
20ª 17Dez10	a)(01:23) “Estou-me a sentir mais descansada, mais calma, até mais leve, mais leve de aspeto de cabeça e de dormir. Estou a dormir melhor o que eu não fazia à algum tempo, e também a razão de logo de manhã me levantar já cansada e exaltada e passar todo o dia assim. Agora como estou a dormir melhor também consigo estar durante o dia mais calma e mais sossegada.” (01:59)	S	0,9
21ª 14Jan11	a)(01:18) “Já comecei o meu projeto (...) está a ser muito giro, está a ser muito bom, elas ficaram encantadas com a minha presença, tenho inscrições para 10 alunas.” (01:35)	CA	0,8
	b)(09:19) “As mágoas (...) têm levado	I	0,5

	uma vida inteira a me calar para evitar a chatice que vem a seguir (...) porque como não conseguia ter a calma de terminar assim, não terminava assim, gritando e ofendendo também é verdade (...) saía com mais agressividade e mais ofensa, pronto tudo a direito (...) depois ficava tudo em pé de guerra e agora aguento um bocadinho, penso um bocadinho e acho que digo aquilo que tenho a dizer (...) e fico bem aliviada.” (10:04)	CB	0,6
22 ^a 11Fev11	a)(01:35) “Acho que este ano está a ser muito bom para mim, tirando o aspeto que mais me custa da minha sogra tive muito trabalho, sabe-me bem, quanto mais ocupada estou melhor estou, então se for na costura é ouro sobre azul (...) está a ser um bocado mais positivo.” (02:03)	CA	0,8
23 ^a 18Fev11	a)(12:11) “Agora sinto-me mais segura” (12:12)	CB	0,9
	b)(21:03) “Uma coisa que eu também estou a sentir é que quando há alguma chatice, consigo controlar-me mais, acho que está a deixar de haver aquele confronto frente a frente, tu gritas, eu grito; tu ralhas eu ralho.” (21:18)	CB	0,8
24 ^a 25Fev11	-	-	-
25 ^a 11Mar11	a)(00:43) “Agora já estou a entrar em mais projetos (...) estou num projeto de fazer máscaras de barro.” (00:55)	CA	0,6
	b)(08:02) “Já estou noutra, de pintura de azulejo (...) também já comecei a executar, também é muito interessante (...) então já pintei 4 azulejos (...) é um fartote de rir, a gente umas com as	CA	0,6

	outras e faz-me bem.” (08:48)		
	c)(26:46) “Atualmente já consigo ver fotografias e falar do meu filho, como falar da minha infância como me sentir com mais calma (...) Estou a fazer o luto comigo mesma (...) porque na realidade sei que já não o tenho, que o perdi mas também já não o tenho de volta, e a minha infância foi dolorosa, sofri tive muitos desgostos (...) mas também já consegui arrumar as situações sem me magoar tanto porque mal eu começasse as recordações eu ficava logo magoada e tão chocada ao ponto de quase não conseguir falar delas.” (27:43)	I	1
		CB	1
	d)(28:33) “Sinto-me mais calma, com mais tolerância em tudo o que passei.” (28:43)	CB	0,8
	e)(39:039) “Podemos tentar arrumar a nossa vida e tentar tranquilizar mais para conseguirmos viver melhor, acho que é o que nos está a acontecer. Há um ano que se está aqui (terapia) (...) não tinha esta disposição, não tinha esta maneira de ver as coisas e uma coisa que estou a sentir é com o meu marido, a teimosia que acontecia entre nós dois (...) eu sustentava a discussão (...) e agora consigo dar a volta de outra maneira (...) tu (marido) ficas com a tua ideia e eu fico com a minha.” (40:40)	I	0,8
		CB	0,8
	f)(45:28) “Fui tomando esta opção que era melhor sempre sair de casa para fora a X horas e vir a X horas e, de fato gosto muito mais de ter aquele horário para sair e, ir do que estar ali em casa as 24h sobre as 24h e isso estava-me a fazer muito mal (...) tenho que olhar e fazer as coisas que desejo e tenho à	CA	0,7

	minha frente.” (46:22)		
26 ^a 18Mar11	a)(00:14) “Estou bem, estou tranquila, estou a ver as coisas a ficarem todas mais normais, mais calmas, mais certinhas.” (00:32)	CB	0,9
	b)(04:37) “Estou contente com a pintura, já se está a conseguir estar mais descontraída (...) e tentar fazer as coisas com mais pormenor e estou contente com as máscaras, o que é que eu penso de mim própria com isto tudo é que eu precisava de estar ocupada a fazer coisas de que gosto.” (05:07)	CA	0,8
	c)(08:01) “Parece que estou a conseguir que tudo ao meu redor consiga que também ter mais calma, porque também eu como estou mais calma não me enervo (...) não alimento as discussões, fico um bocadinho mais tempo a pensar e ter tempo de fazer a coisa sem me exaltar.” (08:28)	CB	0,9
	d)(09:51) Sonho (13:38)	I	0,5
27 ^a 13Mai11	a)(15:04) “Estas coisas ajudam-me muito e, faz muito bem e depois parece que quando tenho uma perca tenho sempre um ganho a seguir (...) foi o trabalho que me levantou, que me ajudou (...) Tenho este trabalho todo mesmo que eu dissesse estou triste, tenho que ficar na cama ou não quero fazer isto (...) tenho mesmo muito trabalho para andar para a frente.” (15:44)	I	0,6
		CA	0,6
28 ^a 27Mai11	a)(34:47) “Raramente estamos de acordo, não chegamos a discutir porque eu atualmente não lhe dou continuação do assunto para discussão, digo-lhe o que entendo na altura (...) não me altero (...) modifiquei.”	S	0,7
		CA	0,7

	(35:15)		
	b)(46:14) “Eu disse: Olha A., acabou aqui a conversa, acabou aqui! Lá está a maneira que eu aprendi de não levar as coisas ao ponto que as pessoas querem.” (46:28)	CA	0,8
	c)(54:40) “Veremos o que é amanhã (...) é assim que eu agora aprendi a minha opção de vida. Amanhã é outro dia.” (54:52)	CA	0,7
29 ^a 30Set11	-	-	-
	a)(00:17) “Estou melhor, porque estou muito ocupada (...) ando no teatro (...) como tenho andado a ensaiar com elas todos os dias das 10 às 4h, depois ficamos a conversar até às 5. Estou a achar aquilo muito interessante, muito engraçado, sinto-me bem (...) farto-me de rir com elas e com eles.” (01:02)	FE/CA	0,8
	b)(01:37) “Comecei também a ginástica com a S., (...) faz-me mesmo muito bem (...) é um relaxamento total (...) então vou continuar.” (02:46)	CA	0,6
30 ^a 07Out11	c)(06:09) “Estou ali ao pé delas para tentar ver como é, decorar e saber e tou um bocadinho alheia, aquilo que me preocupa atualmente a seguir logo se vê, agora tou a tirar proveito deste tempo (...) estas situações também dá para a gente pensar o que a vida é, tem que ser naquele momento (...) tentar-me controlar porque senão só faço mal a mim própria, não faço mal a mais ninguém.” (07:11)	CB	0,5
	d)(12:23) “Já vi mesmo que o estar muito tempo em casa, horas seguidas	CB	0,6

	em casa, não ter uma ocupação fora dali, deixa-me mais livre para pensar no problema que existe e faz com que eu fique mais oprimida.” (12:43)		
	e)(40:21) (amiga) “Oh! Ana há aqui uma grande mudança (...) entre ti e o teu marido (...) já te impões no teu lugar.” (40:34)	CB	0,8
31 ^a 14Out11	a)(11:24) “Conseguí alhear-me do que se tinha passado cá fora e me entregar novamente ao convívio e ao bem estar.” (11:37)	CA	0,7
32 ^a 04Nov11	a)(35:12) “Acho que me estou a capacitar que vou ter de facto uma volta na vida, que ao fim e ao cabo sempre a desejei. Então chegou a altura! É esta altura que se está a propor à frente e, tou a tentar conformar-me, ou ter a certeza que vai ser real, seja para ali seja para onde for. Eu tenho que sair dali.” (35:45)	I	0,6
		CA	0,6
33 ^a 18Nov11	a)(15:12) “Talvez isto venha de trás de nunca o poder ter feito, só agora ultimamente é que pôde tomar decisões (...) nunca ter aquela casa que eu dissesse é a minha casa.” (15:32)	I	0,7
	b)(16:08) “Está a ser muito difícil para mim (...) esta separação do espaço, esta separação do local e, eu pensava que não (...) agora que as coisas vão acontecer está-me a ser difícil.” (16:42)	I	0,5
34 ^a 06Jan12	a)(01:22) “Isso agora já não me afeta, porque de facto já estou satisfeita com a mudança e com a situação, consegui embalar tudo sem aquela mágoa que me causava, só de olhar para as coisas e pensar que as tinha que embalar.”	CA	0,9
		CB	1

	(01:42)		
	b)(09:28) “Estou a ficar mais aliviada e mais convencida da realidade.” (09:36)	CA	0,8
	c)(22:47) “Tento dar a volta para não entrar em confrontos.” (22:50)	CB	0,8

Anexo F: Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes

Tabela 1 – Treino da *CHAP* - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes

Variáveis de Mudança	I	CA	CB	S
Concordância	141	145	178	74
Discordância	6	7	15	12
Concordância (%)	95.91%	95.39%	92.22%	86.04%

Nota: A média da junção das avaliações das quatro variáveis numa variável de mudança composta, atingiu fiabilidade de 92.39.

Tabela 2 – Treino da *CHAP* - Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes (aqui foram incluídas variáveis cotadas só por um dos avaliadores)

Variáveis de Mudança	I	CA	CB	S
Concordância	141	145	178	74
Discordância	22	20	38	34
Concordância (%)	86.50%	87.87%	82.40%	68.51%

Nota: A média da junção das avaliações das quatro variáveis numa variável de mudança composta, atingiu fiabilidade de 81.32.

Anexo G: Treino da CHAP - Coeficiente de Concordância da Avaliação Quantitativa nas Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes

Tabela 3 – Treino da *CHAP* - Coeficiente de Concordância da Avaliação Quantitativa nas Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes

Avaliação Quantitativa das Variáveis de Mudança	I	CA	CB	S
Concordantes	64	62	68	32
Discordantes	75	85	110	41
Concordância (%)	46.04%	42.17%	38.63%	43.83%

Tabela 4 – Treino da *CHAP* - Coeficiente de Concordância da Avaliação Quantitativa nas Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes (aqui foram incluídas variáveis cotadas só por um dos avaliadores)

Avaliação Quantitativa das Variáveis de Mudança	I	CA	CB	S
Concordantes	64	62	68	32
Discordantes	91	98	132	63
Concordância (%)	41.29%	38.75%	34.00%	34.37%

Anexo H: Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes (Paciente 1 e Paciente 2)

Tabela 5 – Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes (Paciente 1)

Variáveis de Mudança	I	CA	CB	S
Concordância	8	3	1	0
Discordância	2	0	4	0
Concordância (%)	80%	100%	20%	100%

Tabela 6 – Coeficiente de Concordância das Variáveis de Mudança entre Avaliadores Independentes (Paciente 2)

Variáveis de Mudança	I	CA	CB	S
Concordância	8	12	7	3
Discordância	2	1	2	1
Concordância (%)	80%	92%	77%	75%