



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**PSICODRAMA MORENIANO COM UM
JOVEM DELINQUENTE**
APLICAÇÃO DO HERMENEUTIC SINGLE
CASE EFFICACY DESIGN

CATARINA MIGUEL BARBA

Nº18809

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

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

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicocriminologia.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos são para todos aqueles que me ajudaram e sem os quais eu não teria realizado este projeto. Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais por me darem a oportunidade de concretizar este sonho, apoiando-me incondicionalmente ao longo destes 5 anos.

À professora Maria Gouveia-Pereira quero agradecer todas as orientações e críticas que foram fundamentais à realização deste projeto. Ao professor José Pereira da Silva que me ensinou que lado a lado com o conhecimento e competência, também são essenciais a compaixão e o sonho.

Agradeço também à Ruiva, Inês, Mariana e Joana, pela amizade e porto de abrigo que tantas vezes foram, não só neste mas em todos os outros projetos. Ao Bruno por relembrar-me todos os dias que “amanhã é um novo dia”. Finalmente, às minhas duas irmãs, por estarem sempre ao meu lado.

RESUMO

Face à carência de estudos de psicodrama com jovens delinquentes, a presente tese tem como objetivo estudar a eficácia deste modelo terapêutico com um jovem, entre os 14 e 18 anos, que esteja a cumprir uma medida tutelar educativa de acompanhamento educativo. Foi escolhida como metodologia o *Hermeneutic Single Case Efficacy Design* (Elliott, 2002) por permitir uma avaliação mais minuciosa e rigorosa das mudanças que ocorrem ao longo do processo terapêutico, tendo em conta a sua eficácia e eficiência, e a análise do processo de mudança.

Propomo-nos a refletir sobre a adequação e efeito do psicodrama em jovens delinquentes, tendo em conta, entre outros: que a dramatização psicodramática é útil para indivíduos com dificuldades de verbalização, sendo esta devido ao seu temperamento, educação e/ou cultura (Blatner, 2000). Segundo, que por um lado, os jovens delinquentes rejeitam o pensamento, recorrendo ao *acting out*, ou seja, substituem o pensar (Raymond, 1999) e que por outro lado, o psicodrama converte a ação com a intenção da não consciência/pensamento, em comportamento que promove o *insight* e maior capacidade de auto reflexão (Blatner, 1997). Terceiro, terão a oportunidade de experienciar o que é estar no papel do outro e desenvolver empatia (Blatner, 2000). Quarto, através do psicodrama os jovens terão uma aquisição, gradual, de um manancial de estratégias para lidar com situações novas e antigas (Coutinho & Veiga, 2006), permitindo uma diminuição da impulsividade e um aumento do autocontrolo e da espontaneidade. Finalmente, iremos também analisar, se os acontecimentos são vividos por estes jovens sem a consciência dos afetos que os acompanham, e sem a capacidade de os nomear - alexitimia (Raymond, 1999). Contudo, através do psicodrama poderão (re)aprender a identificar e nomear as suas emoções (Kellermann, 2007). Desta forma, serão testadas as seguintes hipóteses: 1) O jovem apresentará níveis significativamente menores de impulsividade no terceiro momento de avaliação, bem como um autocontrolo significativamente maior em comparação com o início da terapia; 2) O jovem apresentará níveis significativamente menores de alexitimia no terceiro momento de avaliação comparativamente com o início da terapia, assim como uma espontaneidade significativamente maior; e 3) Espera-se que existam também diferenças estatisticamente diferentes nos conteúdos do PQ.

Palavras-Chave: Jovens Delinquentes, Psicodrama, Hermeneutic Single Case Efficacy Design.

ABSTRACT

Due to the lack of studies of psychodrama with young offenders, the aim of the present study is to analyze the efficacy of this therapy on a teenage boy between 14 and 18 years old and who is serving, according to the Portuguese law, the *medida tutelar educativa de acompanhamento educativo*. In order to do this, we chose the Hermeneutic Single Case Efficacy Design (Elliott, 2002) that allow us to rigorously evaluate the changes occurring throughout the therapeutic process. This design takes into account efficacy, efficiency and the research upon the process of change.

In this milieu, we propose to reflect on the appropriateness and effect of psychodrama in young offenders, taking into account, among others: the psychodrama as an useful tool for individuals who have difficulty in verbalizing, as a consequence of their temperament, education and/or culture (Blatner, 2000). Second, on the one hand, young offenders reject thought, preferring to use the act (acting out), which mean they replace thinking and feeling (Raymond , 1999), while on the other hand, psychodrama takes action with the intention of not consciousness/thinking into a behavior which promotes insight and greater capacity for self-reflection (Blatner, 1997). Third, young offenders will also have the opportunity to experience what it is to be in the role of the other and develop empathy (Blatner, 2000). Fourth, through psychodrama youngsters will gradually acquire a plentiful of strategies to deal with new and old situations (Coutinho & Veiga, 2006), allowing a reduction in impulsivity and an increase in self-control and spontaneity. Finally, the events are experienced by these young people without awareness of the emotion that accompany them, and also without the ability to point to them - alexithymia (Raymond, 1999). Nevertheless, through psychodrama they can (re)learn to identify and name their emotions (Kellermann, 2007), namely to present lower levels of alexithymia. Thus, the following hypotheses will be tested: 1) The youngster will present significantly lower levels of impulsivity in the third moment of evaluation, as well as a significantly bigger self control in comparison to the beginning of therapy; 2) The youngster will present significantly lower levels of alexithymia in comparison with the third evaluation moment, as well as a significantly greater spontaneity; 3) It is also expected to find statistically different differences on the PQ contents.

Keywords: Young Offenders, Psychodrama, Hermeneutic Single Case Efficacy Design.

Índice

Introdução.....	1
1. Adolescência.....	1
2. Delinquência Juvenil	3
2.1 Fatores de Risco	5
2.2 Fatores de Proteção	7
2.3 Reincidência.....	8
3. Características Individuais dos Jovens Delinquentes.....	9
4. Intervenção Terapêutica com Jovens Delinquentes.....	13
5. O Modelo de Psicodrama Moreniano para Jovens Delinquentes?	14
6. Hermeneutic Single Case Efficacy Design.....	27
7. Questões de Investigação e Hipóteses	29
Método.....	30
1. Participante	30
2. Instrumentos	30
2.1 The Simplified Personal Questionnaire.....	30
2.2 Helpful Aspects of Therapy.....	31
2.3 Client Change Interview.....	31
2.4 The Revised Spontaneity Assessment Inventory	32
2.5 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).....	32
2.6 Escala de Impulsividade BIS - 11	32
2.7 Escala de Auto controlo (EA).....	33
3. Procedimento	33
Análise Estatística e Resultados Esperados	35
1. Análise de SAI-R; TAS-20; BIS-11 e EA.....	35
2. Resultados Esperados no SAI-R, TAS-20, BIS-11 e EA	37
3. Análise do Questionário Pessoal (PQ).....	37
4. Resultados Esperados no PQ	39
5. Análise do Helpful Aspects of Therapy (HAT) e da Client Change Interview (CCI).....	39
6. Resultados Esperados no HAT e na CCI.....	40
7. Análise global das evidências diretas e indiretas (HSCED, Elliott, 2002)	40

8. Resultados Esperados da Análise HSCED.....	42
Discussão	43
Referências Bibliográficas.....	48
Anexos	57
AnexoA - Questionário Pessoal (QP).....	57
AnexoB- Helpful Aspects of Therapy (HAT).....	61
AnexoC- Lista de Mudanças.....	63
AnexoD - Client Change Interview (CCI).....	64
AnexoE -The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R).....	68
AnexoF- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).....	69
AnexoG - Escala de Autocontrolo (EA).....	70
AnexoH- Escala de Impulsividade (BIS-11).....	72

Introdução

Atualmente, a delinquência juvenil é uma das áreas de maior preocupação política e social (Luzes, 2010). A maioria da literatura existente sobre jovens delinquentes estuda e descreve a origem do comportamento desviante, quais os fatores que levam a uma maior vulnerabilidade ou probabilidade da passagem ao ato. Ainda menos são os estudos que analisam o efeito e eficácia de uma terapia ou intervenção em jovens delinquentes. Também os estudos perspetivando o Psicodrama como possível terapia e intervenção com jovens delinquentes são quase inexistentes.

Ao contrário da maior parte dos estudos que pretende avaliar a eficácia de um tratamento, utilizando como “instrumento” de medição da sua eficácia a *Reincidência*, ou seja, se o jovem torna a cometer factos qualificados como crime ou não, na presente tese pretende-se estudar os efeitos do Psicodrama Moreniano num jovem delinquente, através da aplicação do *Hermeneutic Single Case Efficacy Design*. Assim, importa descrever sucintamente o período da adolescência e a sua relação com o crime, definir delinquência juvenil e os seus contornos tendo como principal foco os fatores individuais. Descrever-se-á o modelo do Psicodrama de Moreno e como esta terapia poderá ser indicada para a população em causa. Foi escolhido o *Hermeneutic Single Case Efficacy Design*, criado por Elliot (2002), por ser uma metodologia que tem como objetivo avaliar um tratamento/psicoterapia, através de estudos de caso, tendo em conta não só os resultados da intervenção, mas também a sua eficácia, eficiência, e a análise do processo de mudança.

1. Adolescência

Globalmente, a adolescência representa uma fase temporária, e transitória, caracterizada por grandes mudanças, que ocorrem a vários níveis, na passagem para a idade adulta (Rosenblum & Lewis, 2003). Erikson sugere que o problema central do adolescente é a *formação da identidade*, processo fundamental em que os jovens alcançam uma compreensão clara e estável acerca do tipo de pessoas que são, quais as suas crenças e valores, assim como quais os seus projetos futuros (cit. por Weiner, 1995). Surge como o período de transição entre as vinculações da infância e as ligações afetiva adultas (Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007). Verifica-se um movimento de autonomia em relação aos pais, passando a socialização secundária, (e.g. escola e grupo de

pares) a ter um papel determinante na vida dos jovens (Sanches & Gouveia-Pereira, 2010). Neste período, as necessidades de vinculação não diminuem, simplesmente passam das figuras cuidadoras para os pares (Atger, 2002). Verifica-se também a necessidade de estabelecer os seus próprios valores, construir a identidade pessoal e sexual, e o desenvolvimento das capacidades e competências necessárias para se integrar na sociedade adulta (Rosenblum & Lewis, 2003). Crescer traz liberdade e independência, e do ponto de vista do desenvolvimento, a puberdade é acompanhada por grandes mudanças físicas, emocionais e cognitivas que alteram os padrões de interação do indivíduo com os outros. Contudo, este processo complexo implica episódios de *crise de identidade*, o que leva (Gatta, Lara, Lara, Andrea, Paolo, Giovanni, Rosaria, Carolina & PierAntonio, 2010) a que por diversas vezes os jovens comportem-se de forma inconsistente e desajustada (Weiner, 1995). Assim, Erikson afirma que os comportamentos desajustados e a aparente psicopatologia tornam-se características normativas do desenvolvimento de um adolescente (cit. por Weiner, 1995). Benavente (2002) vai mais longe afirmando que “A relação entre a adolescência e transgressão pode ser considerada como obrigatória, sendo esta última, necessária para o desenvolvimento, para o crescimento e para o processo de aquisição de novas formas de socialização.” (Benavente, 2002, p.637).

Se por um lado a adolescência é um momento de *crise normativa* (Erikson, 1956 cit. por Weiner, 1995), a maioria dos jovens reconhecem que se sentem relativamente impreparados para as profundas mudanças físicas, hormonais, sociais e emocionais que experimentam, resultando muitas vezes em problemas psicológicos e/ou comportamentais (Archibald, Graber & Brooks-Gunn, 2003; Faria 2011). Trata-se, assim, de uma fase vital, e portanto com características próprias, na qual as alterações físicas, emocionais e cognitivas irão persistir na vida adulta (Rosenblum & Lewis, 2003). Inerente a este período existem algumas particularidades que não são expectáveis que persistam (Rosenblum & Lewis, 2003). Entre estas, realizar chamadas telefónicas anónimas, absentismo escolar, mentir, experimentar e consumir bebidas alcoólicas, fugir de casa, entre outros, que são condutas próprias de idades de descoberta (Negreiros, 2001). Existe de facto uma grande percentagem de jovens que se envolvem, ainda que ocasionalmente, em atividades antissociais durante a adolescência (Weiner, 1995; Capaldi & Wu Shortt, 2003). É um momento em que o jovem pode conformar-se e identificar-se ao normativo, ou poderá adotar uma atitude de rebeldia afirmando-se por ser diferente, aliando-se a pares também eles anti normativos (Faria, 2011). Porém a

literatura tem mostrado que só um número muito reduzido apresentará comportamentos delinquentes graves e persistentes ao longo da sua vida (Negreiros, 2001; Faria, 2011).

2. Delinquência Juvenil

A delinquência juvenil é, atualmente, uma das áreas de maior preocupação, política e social (Luzes, 2010). Em particular na psicologia, têm emergido diversos trabalhos sobre as causas, manifestações, tendências e evolução deste fenómeno (e.g. Moffitt, 1993; Loeber & Hay, 1997; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998; Fagan & Western, 2005). Certos comportamentos como mentir ou faltar às aulas podem ser observados no curso do desenvolvimento normal de crianças e adolescentes, tornando-se importante verificar se são atos isolados ou se constituem um padrão, representando uma alteração significativa ao comportamento esperado para indivíduos do mesmo sexo e idade, em determinada cultura (Weiner, 1995).

A literatura tem demonstrado que o comportamento delinvente surge com maior intensidade e frequência entre os 12 e os 17 anos, momento em que o indivíduo ganha maior autonomia e independência, passa por uma reorganização interna e firma os valores subjacentes à sua personalidade, (Loebar & Farrington, 2000; Negreiros, 2001; Le Blanc, 2002; Capaldi & Wu Shortt, 2003).

Alguns dos comportamentos desviantes poderão ser na verdade tentativas, por parte do jovem, para ultrapassar as dificuldades próprias da adolescência intermédia (Silbereisen, Noack & Reitzle 1987 cit. por Sanches & Gouveia-Pereira 2010). Face ao exposto, a adolescência é uma fase do desenvolvimento de risco máximo para o aumento de problemas de externalização como a delinquência (Loeber & Farrington, 2000). Por exemplo, segundo a Teoria do Controlo Social de Hirschi (2002), o vínculo social desenvolve-se ao longo do processo de socialização dos indivíduos. Este processo tem início na família, sendo em seguida constantemente reforçado pela sociedade, de maneira a que o sujeito se conforme às suas regras. Neste sentido, descreve o comportamento desviante como resultado do fraco laço social.

Compreender e definir a delinquência juvenil implica ter em conta não só diferentes modelos teóricos e grelhas de análise, como as diversas designações associadas a este constructo, como o crime, o comportamento antissocial, a perturbação do comportamento, entre outros (Negreiros, 2001; Sanches & Gouveia-Pereira, 2010;

Luzes, 2010;Faria, 2011). A delinquência juvenil consiste em modos de agir que violam normas e expectativas socialmente estabelecidas (Negreiros, 2001), assim como atos considerados pela lei como crime, mas cometidos por menores (Flannery, Hussey, Biebelhausen & Wester, 2003). Em Portugal, maioridade civil e penal não são a mesma. Assim, é menor penalmente qualquer jovem até ao dia em que fizer 16 anos (LTE).

Comportamentos desviantes são aqueles que são desvios às normas e expectativas sociais, não implicando necessariamente um crime, como é o caso da delinquência (Sanches & Gouveia-Pereira, 2010; Sanches, Gouveia-Pereira & Carugati, 2011). Aos diversos modelos teóricos e às múltiplas designações deste fenómeno, que dificultam a sua definição, coaduna a amálgama de atividades que a delinquência pode abranger. Dado o seu carácter polimorfo, a delinquência pode assumir diversas formas de comportamento, como agressão, roubo, furto, vandalismo, fugas, consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, até atos mais graves como o homicídio ou a violação (Loeber & Farrington, 2000; Negreiros, 2001; Flannery et al., 2003). A esmagadora maioria dos jovens realiza comportamentos delinquentes de forma episódica associada a uma fase de experimentação relacionada com o processo de construção identitária, de autonomização e de desenvolvimento social e durante um curto período de vida (Yoshikawa, 1995; Thornberry, Huizinga, & Loeber, 2004; Born, 2005). Esta delinquência é conhecida como delinquência comum (Le Blanc, 2002). O declínio da delinquência surge no fim da adolescência e na entrada para a vida adulta. A vida adulta permite uma maior consciência dos riscos e custos associados a este tipo de condutas, pelo que modificam o seu comportamento (Moffitt, 1993; Negreiros, 2001). Os processos que motivam este declínio ou desistência, não foram ainda bem estudados, coexistindo múltiplas trajetórias dentro e fora do comportamento delinvente (Fagan & Western, 2005). No caso dos jovens que iniciam a delinquência mais tarde tendem a delinquir menos e a cessar com o fim da adolescência, ao qual se dá o nome de delinquência transitória (Le Blanc, 2002). O grupo de adolescentes que se caracterizaria por ter uma atividade delituosa frequente, diversificada e iniciada em idade precoce, correspondente a menos de 1/5 de todos os delinquentes (Thornberry et al., 2004). Estes jovens persistem na delinquência para além da etapa de desenvolvimento da adolescência (Le Blanc, 2002), e são habitualmente designados como persistentes ou crónicos.

Moffitt (1993) desenvolveu também uma taxonomia que distingue a existência de dois tipos de delinquentes: os chamados delinquentes *limitados à adolescência*

(*adolescent-limited offenders*) e os chamados *delinquentes de carreira* (*life-course persistent offenders*). O tipo *delinquência limitada à adolescência* caracteriza-se geralmente por um início de passagem ao ato na adolescência, frequentemente exploratória e procurando o corte com os valores familiares e sociais, quer por interesses materiais, de prestígio ou de adesão a um grupo. O tipo de *delinquência de carreira* tem geralmente um início precoce, estando os comportamentos antissociais já presentes na infância, e mantendo-se para além do final da adolescência (Moffitt, 1993; Born, 2005). A adesão a um estilo de vida pró-criminal em idades precoces está associado a uma maior probabilidade de reincidência de passagem ao ato, mais grave e persistentes (Moffitt, 1993; Howell, 2009). Daqui resulta que a precocidade e a persistência dos atos infratores constituem-se como importantes preditores da severidade e da continuidade da sua prática (Tremblay, 2000).

Todas estas designações e definições prendem-se com o estudo dos Fatores de Risco e de Proteção do jovem delinvente e a sua *Reincidência*.

2.1 Fatores de Risco

Uma parte importante da literatura acerca do comportamento antissocial e delinquecncial apoia-se em estudos longitudinais e nas designadas carreiras criminais que têm em conta a natureza, frequência, gravidade, persistência e volume do comportamento infrator/ofensor. Concebem a delinquência em conexão com as diversas etapas vitais, especialmente na infância e adolescência, e propõem um modelo complexo e dinâmico sobre a génese do delito, vinculado à noção de fatores de risco.

O conceito de risco foi formulado em torno dos fatores que aumentam (fatores de risco) ou diminuem (fatores de proteção) a probabilidade de aparecimento de certas doenças ou comportamentos (Haggerty, Sherrod, Garmesny & Rutter, 1996 cit. por Andrews & Bonta, 2010). Assim, os fatores de risco podem ser definidos como variáveis associadas a uma maior probabilidade de ocorrência de um determinado comportamento, podendo ser agrupados em: individual, familiar, escolar, grupo de pares ou meio habitacional (Howell, 2009). Os fatores de risco são também divididos em **estáticos** ou **dinâmicos**. Os **fatores estáticos** não podem ser alterados (e.g. o sexo, a idade do primeiro delito, entre outros). Já os **fatores dinâmicos**, também designados como **necessidades criminógenas** (Hoge, 2002), podem ser alterados, sendo por isso fundamentais para a intervenção (e.g. atitudes antissociais, impulsividade, acesso à vítima, entre outros). Os fatores dinâmicos podem ainda ser divididos em fatores

estáveis ou **crônicos**, ou seja, que perduram por períodos de tempo relativamente longos (e.g. alcoolismo), e fatores agudos que mudam rapidamente e que podem estar presentes momentaneamente, ou durante dias ou semanas (e.g. intoxicação, acesso à vítima, etc.) (Hoge, 2002). O processo de intervenção enfatiza os fatores estáveis já que, uma vez alterados, estão associados a uma redução duradoura no risco de reincidência (MacKenzie, 2006).

No entanto, não se deve considerar os fatores de risco de forma isolada, independente e fragmentada. Dificilmente se podem prever comportamentos problemáticos a partir de um único fator de risco, uma vez que sabe-se que resultam da combinação de fatores sociais, relacionais e individuais (Goldestein, 1990 cit. por Sanches & Gouveia-Pereira, 2010; Weiner, 1995). A literatura tem demonstrado que quanto maior for a acumulação de fatores de risco num indivíduo, maior é a probabilidade que este exprima comportamentos problemáticos no futuro (Andrews & Bonta, 2010). Uma criança com uma exposição a seis ou mais fatores de risco durante um período de 10 anos tem 10 vezes mais probabilidade de ser violenta aos 18 anos que outra criança com uma exposição a apenas um fator de risco durante os mesmos 10 anos (Herrenkohl, Maguin, Hill, Hawkins, Abbott & Catalano, 2000).

Com base na meta-análise realizada por Gendreau, Goggin e Little (1996 cit. por Andrews & Bonta, 2010) Andrews & Bonta (2010) apresentam como principais fatores de risco/necessidades criminógenas, ou os *Central Eight*: (1) História do comportamento antissocial; (2) Padrão antissocial de personalidade; (3) Atitudes antissociais; (4) Associação a pares antissociais; (5) Família; (6) Escola; (7) Tempos livres; (8) Abuso de substâncias.

(1) História do comportamento antissocial na medida em que um envolvimento precoce e persistente de comportamento antissocial ou criminal geralmente é um indicador de maior risco, assim como a versatilidade dos atos e dos contextos onde é praticado (Andrews & Bonta, 2010). (2) Embora uma "personalidade criminal" nunca tivesse sido evidenciada, traços de personalidade antissocial incluem impulsividade, busca de emoções, défices de autocontrolo, agressividade, falta de sensibilidade em relação aos outros, etc. (Andrews & Bonta, 2010; Faria, 2011). (3) As atitudes antissociais são a descrença na validade da lei, desrespeito pela autoridade, atitudes negativas em relação às instituições convencionais, desvalorização das competências necessárias para uma vida sem cometimento de crimes, apoio a valores criminais e utilização de técnicas de neutralização da culpa (Andrews & Bonta, 2010).

(4) A estreita associação com outros jovens que se envolvem e apoiam um estilo de vida criminal, assim como o afastamento em relação a outros pró-sociais, aumenta a probabilidade de um indivíduo se envolver em atos delituosos (Andrews & Bonta, 2010). (5) Diversos estudos chamam a atenção para os fatores de risco ligados à supervisão parental e ao funcionamento da família, na predição do comportamento delinquent e na reincidência geral e violenta, designadamente a supervisão inadequada, uso ineficaz ou inexistente da disciplina, conflito conjugal ou abuso físico (Loeber & Farrington, 2000; Born, 2005; Andrews & Bonta, 2010). (6) A falta de compromisso com as tarefas escolares, baixo rendimento, insucesso e abandono escolar (Andrews & Bonta, 2010; Sanches, Gouveia-Pereira & Carugati, 2011), comportamento agressivo e isolamento social (Loeber & Hay, 1997), e história de educação especial (Cottle, Lee & Heilbrun, 2001), são fatores associados ao comportamento antissocial e à reincidência. (7) O nível de risco de um delinquent aumenta se este não participar em atividades estruturadas de tempos livres ou outras atividades que tragam satisfação pessoal (Andrews & Bonta, 2010; Benavente, 2002). Quanto menor for o envolvimento do jovem em atividades pró-sociais menor será a sua ligação à sociedade convencional, e oportunidade de se associar a outros jovens pró-sociais. (8) O abuso de substâncias contribui para a desinibição que pode levar ao comportamento criminal e aumenta a probabilidade de reincidência criminal. Para além de que muitos atos criminais são realizados para a obtenção de substâncias ilícitas (Andrews & Bonta, 2010).

2.2 Fatores de Proteção

De acordo com Garmezy, Masten e Tellegen (1984) os fatores de proteção são variáveis individuais ou ambientais que impedem, bloqueiam, ou atenuam o(s) efeito(s) do(s) fator(es) de risco. Os fatores de proteção, assim como os fatores de risco, podem ser também **estáticos** ou **dinâmicos** (Hoge, 2009). Por um lado, os **estáticos** incluem fatores históricos pessoais, como a inteligência ou a vinculação securizante na infância. Os **dinâmicos**, por outro lado, são modificáveis e dizem respeito a fatores pessoais internos (*coping* e autocontrolo), a fatores pessoais motivacionais (interesse no trabalho/escola, atividades de lazer, tratamento) e a fatores ambientais externos (rede social e familiar ou a qualidade de serviços educacionais).

Tal como os fatores de risco, também os de proteção são de extrema importância na planificação da intervenção dos jovens (Rogers, 2000). Hoge (2009) apresenta fatores de proteção, na área do comportamento delinquent, ao nível **individual**

(Elevado nível de maturidade emocional; Elevado nível de inteligência; Manifestação de atitudes positivas, pró-sociais; Boas competências de resolução de problemas; Boas competências sociais; Bom desempenho escolar; Interesse e motivação em ter um bom desempenho na escola; Participação em atividades desportivas / de tempos livres positivas; Elevada motivação para enfrentar os seus problemas), **familiar** (Família estável e coesa; Pai/mãe com um papel protetor / de suporte (modelo positivo); Outro adulto com um papel protetor / de suporte (modelo positivo); Jovem com vínculos ao pai / mãe ou a outro adulto (modelo positivo); Adequada supervisão do jovem pelo pai / mãe; Família financeiramente estável e Ambiente familiar estável e afetuosos), **escolar** (Bom ambiente escolar e recursos para alunos com necessidades especiais; O jovem possuir interesse e motivação pelas atividades escolares) e **comunitário** (Ambiente local (vizinhança) positivo / pró-social; Elevada qualidade dos serviços de saúde mental acessíveis ao jovem; Serviços de apoio/aconselhamento familiar disponíveis na comunidade; Estruturas desportivas / de tempos livres disponíveis na comunidade).

Hoge (2009) não propôs qualquer fator de proteção relativamente ao grupo de pares, um domínio importantíssimo quando se fala de jovens, como supra citado. De acordo com Andrews e Bonta (2010) a associação a pares pró-sociais, que desaprovam a violência, pode constituir um inibidor do comportamento violento nos jovens. Grahnan e Bowling (1995 cit. por Andrews & Bonta, 2010) acrescentam que o afastamento de pares antissociais constitui um pré-requisito da desistência criminal na adolescência.

Atualmente, existe uma grande preocupação com a Reincidência, sendo este o principal foco da intervenção terapêutica, isto é, que o jovem não torne a passar ao ato. A reincidência é também utilizada como “instrumento” para o estudo da eficácia da intervenção, seja esta institucional ou terapêutica.

2.3 Reincidência

Reincidência pode ser definida, como qualquer ou quaisquer repetições de práticas criminais durante o curso da vida (Payne, 2007), ou a prática de um novo ato criminoso por alguém que já o tenha cometido anteriormente (Capdevila, Ferrer & Luque, 2005). O estudo da reincidência é atualmente objeto de muita atenção em relação à intervenção junto de jovens ofensores. A Recomendação (2003)²⁰ do Conselho da Europa, sobre os novos modos de tratamento da delinquência juvenil e o papel da justiça de menores, situa a prevenção da reincidência entre os objetivos estratégicos para a justiça de

menores. Assim como a Recomendação (2008)¹¹, define como um dos princípios fundamentais que toda a medida/intervenção imposta a um menor de 16 anos deve fundamentar-se na integração social, na educação e na prevenção da reincidência.

Maltz (1984) refere que a estimativa da reincidência é muitas vezes utilizada como medida quer do sucesso, quer do fracasso de uma intervenção. Ou seja, os sujeitos que não reincidem são considerados casos de sucesso. O autor acrescenta o quão redutora e pessimista é esta perspetiva do sucesso, associada somente ao facto de não haver registo da prática de novos crimes. Para o autor, uma medida de sucesso deve ser baseada em “ganhos” ou aquisições, designadamente a nível do emprego e/ou aquisições escolares/formativas, estabilidade familiar e outros aspetos da vida pessoal dos sujeitos, ou seja, de indicadores que remetam para o seu ajustamento social. Assim, não é realista após a aplicação de uma medida ou programa, esperar uma imediata e total conversão de grande parte dos delinquentes a um estilo de vida socialmente ajustado. Hábitos enraizados não desaparecem imediatamente, por mais eficaz que seja um programa. Acontece que, por vezes, mesmo não cessando por completo, a atividade delituosa abranda ou torna-se mais reduzida em virtude da intervenção realizada (Maltz, 1984).

Na presente tese a medida de sucesso será baseada nos ganhos e aquisições do participante. As metas, objetivos e mudanças a atingir serão estipuladas pelo participante, podendo ou não, ser a desistência do comportamento antissocial. Assim, a desistência pode ser definida de dois modos distintos, como uma meta ou como um processo. Alguns destes objetivos poderão coincidir com características individuais, que o jovem reconhece como algo que aumenta a probabilidade do aparecimento do comportamento delincente, isto é, um fator de risco.

3. Características Individuais dos Jovens Delinquentes

Na presente tese, o foco será nos fatores de risco e fatores de proteção individuais, uma vez que a intervenção que irá ser estudada incidirá ao nível individual dos participantes. Contudo, não se pretende de forma alguma dar a entender que os fatores individuais são mais importantes, pois tal como já citado sabe-se que o comportamento delincente resulta da combinação de fatores sociais, relacionais e individuais (Sanches & Gouveia-Pereira, 2010).

Numerosos estudos identificaram fatores de risco individuais que se associam a determinadas características da personalidade como a impulsividade, hiperatividade, agressividade, baixa inteligência, entre outros (Garmezy, Masten & Tellegen, 1984; Loeber & Farrington, 2000). Embora uma "personalidade criminal" nunca tivesse sido evidenciada, traços de personalidade antissocial incluem impulsividade, busca de emoções, défices de autocontrolo, agressividade, falta de sensibilidade em relação aos outros, etc. (Andrews & Bonta, 2010).

A delinquência juvenil é retratada muitas vezes como um tipo de psicopatologia (Moffitt, 1993; Loeber & Farrington, 2000). Benavente (2002) afirma que a delinquência juvenil por vezes é um sintoma da presença de uma patologia, mas que a procura de limites por parte do adolescente ocorre também sem expressão de patologia. Benavente (2002) acrescenta que não importa estigmatizar o jovem, mas sim conceber o seu comportamento desviante como uma estratégia de socialização face ao seu universo repressivo (e.g. família negligente).

Os problemas de comportamento disruptivo na infância e adolescência incluem hiperatividade, impulsividade, desatenção, comportamentos de oposição, desafio, agressão e desrespeito pelos direitos dos outros (Waschbusch, 2002). Estes comportamentos podem afetar entre 5% a 10% da população com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos, sendo que em alguns existe um carácter antissocial (Waschbusch, 2002). Portanto, não é de estranhar que a expressão “comportamento antissocial” seja utilizada comumente como característica de várias perturbações, tais como problemas de externalização, Transtorno de Conduta (TC), Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PDAH), Perturbação de Oposição e Desafio (POD), ou Perturbação de Personalidade Antissocial (PPA) (APA, 2002). É importante diferenciar as características da personalidade associadas ao comportamento delinvente do diagnóstico clínico de Perturbação do Comportamento ou Perturbação do Comportamento Antissocial.

No DSM-IV-TR (APA, 2002), a Perturbação do Comportamento (ou Transtorno de Conduta) caracteriza-se por um conjunto de comportamentos orientados para a violação dos direitos básicos dos outros que se enquadram em quatro categorias: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, falsificação, roubo ou violação grave de regras. Na CID.10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão) as Perturbações do Comportamento são designadas como Distúrbios de Conduta e estão classificados como uma categoria isolada. Um jovem que adote comportamentos

delinquentes ou pró-criminais pode ou não atender aos critérios de diagnóstico de perturbação de comportamento (APA, 2002; Flannery et al., 2003; Capaldi & Wu Shortt, 2003). Estima-se que 6 a 16% da população masculina possa ter características comportamentais descritas para a Perturbação do Comportamento (APA, 2002) e entre 2 e 9% para as raparigas (Cohen, Cohen, & Brook, 1993).

Segundo Coccozza & Skowrya (2000) e Graves, Frabutt & Shelton (2007) 40 a 90% dos adolescentes envolvidos no sistema de justiça juvenil possuem perturbações mentais, por comparação com 18 a 22% na população geral. Diversos autores verificaram que as perturbações mais comuns nos jovens delinquentes são a perturbação depressiva major e a distímia, o abuso de substâncias e as perturbações de hiperatividade com défice de atenção (Teplin, Abram, McClelland, Dulcan & Mericle, 2002; Goldstein, Olubadewo, Redding & Lexcen, 2005). Foi encontrado, numa amostra de jovens delinquentes (institucionalizados e com medidas na comunidade), cerca de 25% com perturbações de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) (Chitsabesan, Kroll, Bailey, Kenning, Sneider, MacDonald & Theodosiou, 2006), enquanto as raparigas possuíam proporções superiores de depressão. Os problemas e perturbações que estão mais associados à PHDA são a delinquência, o abuso de substâncias (Beauchaine, Katkin, Strasberg & Snarr, 2001), diversos distúrbios da aprendizagem, perturbações do humor, ansiedade, a perturbação de oposição e desafio e perturbação do comportamento (Jensen, Martin & Cantwell, 1997 cit. por Pfiffner, McBurnett, Rathowz & Judice, 2005). A sua combinação com a perturbação do comportamento, constitui um preditor particularmente poderoso de violência, abuso de drogas (Flory, Milich, Lynam, Leukefeld & Clayton, 2003) e de desenvolvimento de graves e persistentes carreiras criminais na idade adulta (Moffitt, 1993; Loeber & Farrington, 2000). Loeber & Farrington (2000) chegam a afirmar que a hiperatividade e a impulsividade estão entre os fatores mais importantes de personalidade que predizem a delinquência futura. As crianças diagnosticadas com o tipo predominantemente hiperativo/impulsivo apresentam habitualmente mais comportamentos antissociais e agressivos. A PHDA foi dividida em dois subtipos cada um com nove sintomas: *tipo predominantemente desatento* e *tipo predominantemente hiperativo/impulsivo*. Se estiverem presentes sintomas de ambos os subtipos então considera-se um terceiro designado de *tipo misto* (APA, 2002).

Devido a comportamentos socialmente inadequados, estas crianças ou jovens são muitas vezes rejeitados pelos seus pares ao longo da adolescência, especialmente se são

percebidos como agressivos. Assim, rapidamente aprendem que, com o comportamento problemático, podem ganhar o respeito dos seus pares. Para estes jovens a atenção negativa é mais desejável do que nenhuma atenção, e fazer amigos com pares problemáticos é preferível a não ter amigos (Dodge & Pettit, 2003).

Na sua prática clínica com jovens delinquentes institucionalizados, Marie-Thérèse Raymond, descreve como as três principais características da vida psíquica destes jovens: a recusa ou impossibilidade de pensar, incapacidade de simbolizar e incapacidade de ler emoções/sentimentos.

1. **Recusa ou impossibilidade de pensar:** quando estes jovens comunicam a forma como percebem o mundo, aquilo que se verifica é um pensamento rígido, incapacidade de conceber situações hipotéticas, e incapacidade de manejar e conceber a existência de diferentes pontos de vista. Nestes jovens observa-se a fuga da vida interna e da frustração, em que os pensamentos são tratados como maus objetos. Emílio Salgueiro (1996) estudou as crianças irrequietas (ou hiperativas) tendo, chegado também a conclusões muito semelhantes, uma vez que observou que estas crianças tratavam os pensamentos como maus objetivos, levando à necessidade de mudanças constantes de tarefas. Raymond acrescenta que os jovens delinquentes, quando convidados a pensar, demonstram de imediato a sua rejeição somatizando ao invés de mentalizar (Raymond, 1999). Quando incitados a imaginar/brincar ao faz de conta ou a sonhar é obtida a mesma rejeição (Raymond, 1999). Apenas o momento imediato importa a estes jovens, o que origina dificuldades de aprendizagem, sejam estas escolares, ou aprendizagens com experiências passadas, na medida em que não fazem análises. Sobre o pensamento perverso, Racamier (1992, cit. por Raymond, 1999, p.14) afirma que para além de ser um pensamento defantasmizado e defatasmizante “o pensamento perverso voltar-se-á inteiramente para o agir, o fazer agir e a manipulação”. Assim, ser calmo e brando é para estes jovens sinónimo de fraqueza, e portanto é preferível dominar o outro na relação.

2. **Incapacidade de simbolizar:** observa-se nestes jovens dificuldades de compreensão de metáforas, do humor e de utilizar o jogo, uma vez que para eles simbolizar é muito difícil ou mesmo impossível. Assim, o que faz um jovem que se depara por exemplo com um sentimento de raiva ou de perda se não é capaz de fazer a sua expressão simbólica ou de recorrer ao imaginário? O jovem recorre ao ato, ao agir (*acting out*). Este agir é na maior parte das vezes um agir com direção, quer contra si quer contra o outro.

3. **Incapacidade de ler os sentimentos:** estes jovens apresentam um pensamento operatório, sem capacidade de aceder ao imaginário e manejar situações hipotéticas, assim como antever as consequências dos seus atos. Os acontecimentos são vividos pelos jovens sem a consciência dos afetos que os acompanham, e sem a capacidade de os nomear.

4. **Intervenção Terapêutica com Jovens Delinquentes**

Historicamente, o sistema de justiça juvenil tem-se focado mais em reabilitação e tratamento versus punição (Flannery et al., 2003). Para os jovens que mostram repetidas e graves problemas de conduta na adolescência, o encarceramento tem sido o veículo tradicional, tanto para castigo quer para tratamento do jovem (Capaldi & Wu Shortt, 2003). Andrews & Bonta (2010) examinaram o impacto de programas com foco em metas ou características específicas e concluíram que os programas que incidiam sobre características pessoais tinham maior sucesso na redução da reincidência. MacKenzie (2006) na sua obra *What Works in Corrections: Reducing the Criminal Activities of Offenders and Delinquents* apresenta várias intervenções com ofensores e a sua avaliação. Os vários programas parecem ser eficazes numa variedade de ofensores. Porém, existe pouca pesquisa que avalia a eficácia destes programas para jovens. Para além de que muitos dos programas oferecidos aos delinquentes juvenis são os mesmos programas oferecidos no sistema prisional adulto (MacKenzie, 2006). Assim com jovens, MacKenzie (2006) apresenta primeiramente dois programas que se revelaram ineficazes: **Scared Straight** e **Supervisão da comunidade**. **Scared Straight:** Este programa começou em 1970, tendo como objetivo o de "assustar" as crianças e jovens em situação de risco ou que já tivessem cometido delitos menores. O programa era executado pelos indivíduos encarcerados que cumpriam penas de prisão perpétua. Petrosino, Turpin-Petrosino e Buehler (2003) realizaram uma meta-análise de programas de consciencialização e/ou de "medo" para jovens e concluíram que este tipo de programas não são eficazes e que parecem ter um efeito prejudicial, uma vez que a intervenção aumentou a criminalidade ou delinquência para aqueles que receberam o programa (cit. por MacKenzie, 2006). **Supervisão da comunidade:** Este tipo de programas têm como objetivo aumentar o controlo e supervisão dos infratores. Contudo os resultados da análise dos programas de supervisão comunidade, realizada por

MacKenzie (2006) demonstra que estes programas não são eficazes na redução da reincidência, quer em jovens quer em adultos.

As várias meta-análises demonstram que os programas mais eficazes são o **Treino de Competências**, o **Aconselhamento/Acompanhamento Individual** e programas **Cognitivo-Comportamentais** (MacKenzie, 2006; Faria, 2011). Estes programas utilizam diversas técnicas como a modelagem, *role playing*, reforço, extinção, reestruturação cognitiva entre outros (MacKenzie, 2006). Importa referir que dentro destes o tratamento era mais eficaz quando realizado por técnicos de saúde mental (em contraste, principalmente, com os técnicos de justiça juvenil). Em segundo lugar, os programas de maior duração eram mais eficazes (Lipsey e Wilson, 1998 cit. por MacKenzie, 2006).

Na presente tese pretende-se estudar os efeitos do Psicodrama Moreniano num jovem delinvente, através da aplicação do *Hermeneutic Single Case Efficacy Design*. Uma vez que a literatura sobre o uso do psicodrama, e a avaliação da sua eficácia, com ofensores e/ou jovens delinquentes, é ainda muito reduzida.

5. O Modelo de Psicodrama Moreniano para Jovens Delinquentes?

5.1. Aspetos fundamentais do modelo de Psicodrama Moreniano

O psicodrama é uma psicoterapia com raízes no teatro, psicologia e sociologia (Rojas-Bermúdez, 1997). Criado por Jacob Levy Moreno, considerado o pai das psicoterapias de grupo, o psicodrama é uma terapia individual realizada em grupo (Abreu, 2006). Tem por base a ação dramática, diferenciando-se das psicoterapias puramente verbais na medida em que o cliente utiliza o seu corpo para expressar a sua problemática (Rojas-Bermúdez, 1997; Abreu, 2006), uma vez que para Moreno o corpo tem supremacia à palavra (Abreu, 2006). De acordo com Kim (2003) aprender através do agir é mais eficaz que modos de aprendizagem puramente verbais.

O uso do corpo e da ação é um método que se tem mostrado valioso para denunciar as motivações conscientes e inconscientes dos indivíduos, bem como o seu comportamento e condições patológicas (Rojas-Bermúdez, 1997). A posição, gestos, postura e distância a que os indivíduos se colocam relativamente a objetos ou pessoas significativas, e outras formas de linguagem não-verbal, são aspetos fundamentais (Abreu, 2006; Blatner, 2000) e que “revelam a realidade vivencial e psicológica do sujeito, mesmo quando o discurso consciente ocorre noutra sentido” (Coutinho & Veiga,

2006, p. 197). Isto não significa que as palavras ficam fora do psicodrama, pelo contrário, são colocadas em contexto, isto é, na ação. “A ação é sinérgica com a verbalização” como considera Blatner (2000, p.103), pois o indivíduo não deverá ser compreendido de forma isolada mas no seu contexto social e familiar (Rojas-Bermúdez, 1997). Assim, está-se perante um espaço terapêutico que usa como modelo a vida, integrando os princípios universais do tempo, espaço, realidade e cosmos (Coutinho & Veiga, 2006). Aliando a verbalização e a ação, a experiência torna-se mais real e multidimensional (Blatner, 2000). Desta forma, numa sessão de psicodrama pode-se identificar três contextos: o *Social* (realidade social a partir da qual emergem os conteúdos a ser trabalhados nas sessões), o *Grupal* (realidade do grupo psicoterapêutico) e o *Dramático* (realidade vivida na dramatização) (Coutinho & Veiga, 2006).

Se por um lado o espaço psicodramático liberta os indivíduos a simular a realidade, por outro, proporciona a experimentação, inovação, e até treino de novas respostas (pessoais) para uma determinada situação. O indivíduo é impelido a ser espontâneo. No senso comum, a espontaneidade é muitas vezes associada a um ato irrefletido e impulsivo da expressão das emoções ou de comportamentos (Davelaar, Araujo & Kipper, 2008; Gonzalez, 2012). Contudo, a espontaneidade a que Moreno se refere é algo considerado por si, como fundamental para a saúde mental (Kipper & Shemer, 2007; Gonzalez, 2012). Moreno (1966, in Greenberg, 1974, p. 76, citado por Gonzalez, 2012) refere que “... a espontaneidade conduz o indivíduo a uma resposta adequada para uma situação nova ou a uma resposta nova para uma situação antiga”. Assim no psicodrama são criadas situações novas, ou representadas situações antigas, que suscitam o exercício da espontaneidade, livre de pressões culturais permitindo o encontro de respostas alternativas aos problemas. Originando a aquisição, gradual, de um manancial de estratégias para lidar com situações novas e antigas (Coutinho & Veiga, 2006). Dito isto, o psicodrama permite de uma forma livre gerar respostas a situações com flexibilidade, adequação, originalidade e criatividade (McVea e Reekie, 2007).

A dinâmica do psicodrama precisa de ser aprendida, uma vez que os rituais e símbolos não são "naturais", sendo preciso algum tempo para que seja tudo assimilado e para que o grupo sinta que é confiável e coeso (Abreu, 2006). As sessões do psicodrama processam-se em três fases (*aquecimento, dramatização e comentários*) e através dos cinco instrumentos (*protagonista, diretor, egos auxiliares, auditório e cenário*) (Abreu,

2006). Chama-se **aquecimento** à primeira fase de cada sessão na qual se fala sobre a sessão anterior e/ou realizam-se alguns jogos e criam-se as tensões que vão evidenciar o protagonista. O **protagonista** é o paciente que se destaca dentro do grupo pela pertinência e autenticidade dos conteúdos e vivências que traz para a sessão, mas também pela ressonância afetiva que estes conteúdos têm nos restantes elementos do grupo. Assim este é convidado pelo diretor a subir para o cenário para que se reconstitua e se dramatize a sua vivência. É importante que esta seleção seja feita respeitando a vontade do protagonista. O **cenário** poderá ser um estrado baixo ou um tapete sobre o qual são colocadas duas cadeiras vazias encostadas pelas pernas da frente, o que significa que o encontro se vai processar. Assim, o cenário é equivalente ao palco teatral, é o espaço onde se vai processar a dramatização e a ação. O **diretor** é o terapeuta responsável pelo processo do psicodrama, uma vez que faz parte das suas funções ter em mente uma determinada hipótese e estratégia terapêutica, iniciar e terminar as sessões e dramatizações, controlo do aquecimento e escolha do protagonista.

A segunda fase da sessão, a **dramatização**, é o momento em que as cadeiras são retiradas do cenário e o protagonista não se exprime apenas com palavras, exprime-se através da ação. Os factos deixam de ser descritos e passam a ser demonstrados, e para tal o protagonista interage com os egos auxiliares. Nesta fase não importa tanto a veracidade da situação mas a veracidade da relação que estabelece com os outros na ação (Coutinho & Veiga, 2006). Uma vez que o objetivo é a da “reconstituição das origens da perturbação emocional que desencadeou a inadaptação” (Anzieu, 1981, p. 116). Os **egos auxiliares** correspondem a outro terapeuta ou aos restantes elementos do grupo que auxiliam o protagonista a dramatizar a sua vivência. Assim, permite repor a ação sem que o protagonista tenha que se desdobrar nos outros envolvidos. São escolhidos de dentro do grupo pelo protagonista, porém o diretor a meio da dramatização poderá substituir por outros elementos do auditório. Desta forma, poderão ser extensões do diretor ou do protagonista (Coutinho & Veiga, 2006). Os restantes membros do grupo que permanecem sentados durante a dramatização são o **auditório**. Contudo, não existe verdadeiramente um papel passivo de observação, pelo contrário o auditório amplia a ação que está a decorrer através das suas reações não-verbais.

Na terceira e última fase, **comentários**, o auditório é convidado a exprimir as suas emoções e opiniões, embora primeiramente seja sempre dada a palavra ao protagonista, sendo os egos auxiliares os últimos a falar. O protagonista poderá pronunciar e posicionar-se relativamente aos comentários do grupo, seguindo-se o diretor que fará

um comentário síntese encerrando assim a sessão. Os comentários psicodramáticos devem ser sobre sentires despertados em cada um, durante a dramatização, espelhando um ambiente de tolerância centrado no “aqui e agora” (Blatner, 2000; Coutinho & Veiga, 2006). Todos os protagonistas são merecedores da atenção/disponibilidade do grupo, de forma independente do que é dito ou dramatizado, não há espaço para julgamentos. Tal como Rogers (1974) chamou de *aceitação incondicional positiva*. Esta fase é, para Moreira dos Santos (2010), o cimento do grupo. É um momento de ressonância grupal e partilha de afetos criando um “cimento enquanto união, cimento que permite a estrutura” (Santos, 2010, p.77). A dramatização e partilha são terapêutica para o protagonista e de forma indireta para os egos auxiliares e auditório proporcionando insight (Abreu, 2006; Gezait, Ching Mey & Abdullah, 2012). São diversas as técnicas do psicodrama como **Inversão de Papeis, Role Playing, Solilóquio, Estátua, Duplo, Espelho, Interpolação de Resistências, Jogos**, entre outras. Estas técnicas serão descritas, mais a frente, lado a lado com o efeito terapêutico que poderão produzir no participante.

Face ao exposto o indivíduo, graças ao psicodrama, é transponível para um universo com possibilidade de crescimento, isto é, *Catarse de Integração* a cura psicodramática (Abreu, 2006). É possível brincar ao “faz de conta” e viver, ali, algo que sempre desejaram sem o risco de consequências, porque no momento em que as cadeiras são retiradas do cenário tudo é reversível.

Contudo "o psicodrama é um instrumento para mudar a vida, e não um substituto ou componente da própria vida." (Abreu, 2006, p. 31).

5.2. Estudos de Psicodrama com Ofensores ou Jovens Delinquentes

Os primeiros estudos de psicodrama com adolescentes focavam-se principalmente no tratamento de aspetos neuróticos, como por exemplo a ansiedade relacionada com o desempenho académico (Gatta et al., 2010). Até à atualidade, poucos têm sido os estudos realizados, ou reportados e documentados, de psicodrama com ofensores ou jovens delinquentes.

Na literatura, os primeiros estudos reportados são de Bordon (1940 cit. por Carpenter & Sandberg, 1973; Schramski & Harvey, 1983) *The use of psychodrama in an institution for delinquent girls*, Corsini (1951 cit por Schramski & Harvey, 1983) *Psychodramatic treatment of a Pedophile: The case of Manuel*, e Corsini (1958 cit por Carpenter & Sandberg, 1973; Schramski & Harvey, 1983) *Psychodrama with a*

psychopath. Em ambos foi relatado o psicodrama como eficaz. Contudo, estes resultados não são suportados por dados, referindo-se à observação e prática clínica dos autores (Carpenter & Sandberg, 1973; Schramski & Harvey, 1983). De acordo com Schramski & Harvey (1983), Martin Haskell foi o pioneiro na aplicação de psicodrama em prisões, através da aplicação de *role playing* como preparação para a saída da prisão. Os seus resultados mostraram resultados positivos embora não fossem estatisticamente significativos. Carpenter & Sandberg (1973) descreveram o uso do psicodrama como eficaz com um grupo de jovens delinquentes. Contudo, também estas autoras não têm dados apenas descrevem as suas observações na sua prática clínica.

Mais recentemente, surgiram alguns estudos do uso e eficácia do psicodrama na elaboração de questões narcisistas com adolescentes (Guilè, Ducasse, Aupetit, & Albert, 2005), para a prevenção de distúrbios de comportamento em adolescentes imigrantes (Smokowski & Bacallao de 2009), como intervenção com pessoas que cometeram crimes sexuais (Reveillaud & Guyod, 2009), ou com jovens com Perturbação do Comportamento (Gatta et al., 2010), ou ainda como método terapêutico para diminuir níveis de agressividade em adolescentes (Karata & Gökçakan, 2009; Gezait et al., 2012), entre outros. De forma global os estudos revelaram mudanças e resultados positivos após o psicodrama.

5.3. O Modelo de Psicodrama Moreniano para Jovens Delinquentes?

De acordo com Dayton (1990 cit. por Fong, 2006), vários estudos têm demonstrado a eficácia do psicodrama para populações de diferentes idades. Contudo, parece ser especialmente eficaz quando aplicado a adolescentes, uma vez que o psicodrama liga os métodos de cura natural que são utilizados pelas crianças através de brincadeiras e dramatizações. O conceito de jogar no psicodrama é semelhante ao conceito de espaço de transição de Winnicott (1971 cit por Blatner, 1997). Como escreve Rojas-Bermúdez “A metodologia do psicodrama combina perfeitamente com as mudanças internas de adolescentes, e as dramatizações são um meio ideal para os jovens se expressarem, tanto ao nível do jogo de papéis como da sua criatividade” (1997, p.262).

Esta ligação facilita que os jovens descarreguem impulsos internos através da encenação, por forma a obter *insight*. Existe uma base empírica sólida que apoia que a terapia de grupo é um ambiente especial para a prestação de cuidados para os adolescentes (Burlingame, Mackenzie, e Strauss, 1999, cit por Gatta et al., 2010). O psicodrama ajuda adolescentes a lidar com os problemas de controlo de raiva e a lidar

com dificuldades relacionadas com a puberdade, através de soluções saudáveis e confortáveis (Fong, 2006; Smeijsters, e Cleven 2006 citado por Gezait et al., 2012; Karata & Gökçakan, 2009). Mas o facto de a terapia ser em grupo tem um maior impacto nos jovens. Como supra citado a respeito da adolescência, as necessidades de vinculação nesta fase não diminuem, simplesmente passam das figuras cuidadoras para os pares (Atger, 2002). Não sendo os jovens delinquentes exceção, os pares tornam-se num fator de risco caso adiram a um estilo de vida pró-criminal, ou tornam-se num fator de proteção caso adotem atitudes e comportamentos pró-sociais. Geralmente, os jovens com adesão a um estilo de vida pró-criminal não têm amigos e relações de intimidade sustentadas na confiança, sendo para eles mais desejável a atenção negativa do que atenção nenhuma (Dodge & Pettit, 2003). De acordo com a teoria da coesão social desenvolvida por Durkheim (1995), a ligação do indivíduo ao grupo promove uma série de controlos externos que compõem à ação normativa, mas, simultaneamente, à identificação com os outros (com base nos laços sociais), inculcando e reforçando o sentido de controlo interno. Desta forma, a ação assenta em definições e orientações adquiridas e assimiladas em contacto íntimo e intenso com os outros, que se tornam referências fundamentais na estruturação do Self (Benavente, 2002). Assim, a terapia, apesar de individual, terá um maior impacto nos jovens através do sentimento de pertença a um grupo no qual poderão confiar. Para além de que o ato de expressar as nossas perceções e reações a outros que nos ouvem e validam, é por si só um poderoso fator de cura, visto que “as pessoas precisam de se sentirem vistas e ouvidas” (Blatner, 2000, p.107). Assim, o “Psicodrama é um método terapêutico útil para reviver o psicodrama natural da adolescência” (Gatta et al., 2010, p.241).

Muitos dos jovens com comportamentos desviantes são emigrantes, revelam uma inteligência inferior à média da sua faixa etária, dificuldades de comunicação interpessoal e baixo nível escolar (Weiner, 1995; Faria, 2011). Para estes jovens, uma terapia puramente baseada no diálogo poderá, numa primeira fase, ser limitativa uma vez que o jovem poderá evidenciar dificuldades de compreensão e expressão. Por conseguinte, poderá também apresentar uma maior resistência face à terapia.

A Responsividade tem sido proposta como um princípio orientador e importante na intervenção e reabilitação de jovens delinquentes (Polaschek, 2012). Este conceito refere-se à execução de programas de intervenção e/ou terapias que vão ao encontro das capacidades dos jovens. Por exemplo, programas que requerem um alto nível de verbalização e maturidade cognitiva podem não ser apropriados para muitos jovens

delinquentes (MacKenzie, 2006). Um exemplo da expressão através do corpo no psicodrama é a técnica da **Estátua**, que para alguém que revele dificuldades em expressar-se, poderá ter um resultado extremamente rico e inesperado (Abreu, 2006). Nesta técnica, o diretor pede ao protagonista que represente de forma estática uma relação, pessoa ou objeto, podendo utilizar objetos ou os egos auxiliares. Blatner (2000) afirma que a dramatização psicodramática é especialmente útil para indivíduos com dificuldades de verbalização, sendo esta devido ao seu temperamento, educação e/ou cultura. Também de acordo com Milosevic (2000) citado por Gezait et al., (2012) o psicodrama tem-se revelado como uma intervenção eficaz para melhorar as habilidades de auto expressão. Assim, o psicodrama, para jovens delinquentes vai de encontro ao princípio da Responsividade, uma vez que se adequa às capacidades e necessidades desta população.

Para Moreno, o corpo tem supremacia em relação à palavra (Abreu, 2006). Como supracitado o uso do corpo e da ação é um método que se tem mostrado valioso para denunciar as motivações conscientes e inconscientes do paciente, bem como o seu comportamento e condições patológicas (Rojas-Bermúdez, 1997). A posição, gestos, postura e distância a que os indivíduos se colocam relativamente a objetos ou pessoas significativas, e outras formas de linguagem não-verbal, são aspetos fundamentais (Blatner, 2000; Abreu, 2006). Este facto poderá ser muito valioso para um terapeuta que trabalha com esta população, uma vez que estes jovens apresentam discursos adulterados e manipuladores acerca de si próprios e da sua história de vida, familiar e social. Para a maioria destes jovens ser calmo e brando é sinónimo de fraqueza, portanto é preferível dominar o outro na relação (Raymond, 1999). A memória corporal é uma forma de acesso a memórias traumáticas ou dolorosas (Abreu, 2006). De acordo com Carpenter & Sandberg (1973) o impacto emocional da ação resulta como corte das suas defesas, por forma a alcançar os sentimentos ao nível inconsciente (e.g. solidão, desejo de ser amado) vividos pelos jovens delinquentes, sendo crucial, tanto para o insight como para a mudança comportamental.

A junção da ação à expressão verbal foi inibida por ser confundido com o *acting out* do tipo não reflexivo (Rexford, 1978 cit. por Blatner, 2000). Contudo, Moreno (1985) observou que os pacientes precisavam mais do que apenas falar sobre as suas reações e desejos, precisavam de expressar emoções e ideias em ação, ao qual chamou *act hunger* (citado por Blatner, 1997). Kellerman (1984 cit. por Blatner, 1997) afirma que se o *act hunger* é frustrado, originará de forma impulsiva um *acting out*,

expressando as suas necessidades sem pensamento/consciência. O psicodrama converte a ação com a intenção da não consciência/pensamento, em comportamento que promove o *insight* e maior capacidade de auto reflexão (Blatner, 1997.) Assim, Blatner (1997) chamou de *acting-in* à subliminação do *act hunger*, como um veículo para o desenvolvimento pessoal. De acordo com Raymond (1999), quando um jovem delinquente é convidado a pensar, demonstra de imediato a sua rejeição “Isso faz-me dores de cabeça”, somatizando ao invés de mentalizar (Raymond, 1999, p.12). Apenas o momento imediato importa a estes jovens. Assim, o que faz um jovem que se depara por exemplo com um sentimento de raiva ou de perda, se não é capaz de fazer a sua expressão simbólica ou de recorrer ao imaginário? O jovem recorre ao ato, ao agir (*acting out*) substituindo o pensar e o sentir (Raymond, 1999). Este agir é na maior parte das vezes um agir com direção, quer contra si quer contra o outro. O psicodrama permite que o que se dramatiza não seja contra-terapêutico, mas antes com o intuito de se obter *insight*. Assim, o agir no psicodrama não deverá ser visto como *acting out* mas sim como *acting in* (Blatner, 2000). A ação intencional, neste caso a dramatização, ocorre num contexto em que há um espaço para uma (re)avaliação das ações, proporcionando uma profunda compreensão e *insight* dos seus comportamentos (Blatner, 2000). De acordo com Sacks (1981) citado por Blatner (2000) o teatro terapêutico é especialmente útil para pacientes em que o seu principal problema é o *acting out*.

Estes jovens quando comunicam a forma como percebem o mundo, aquilo que se verifica é um pensamento rígido, incapacidade de conceber situações hipotéticas, dificuldades de compreensão de metáforas, do humor e de utilizar o jogo (Raymond, 1999). Quando incitados a imaginar/brincar ao faz de conta ou a sonhar é obtido novamente uma rejeição “Eu nunca sonhei” (Raymond, 1999, p.12). Estes jovens apresentam um pensamento operatório, sem capacidade de aceder ao imaginário e manejar situações hipotéticas, resolver problemas, assim como antever as consequências dos seus atos (Raymond, 1999; Faria 2011). E como já anteriormente descrito, apresentam pouca capacidade de aceder ao imaginário como forma de sublimar pulsões, e tendo dificuldade em exprimir-se simbolicamente, o jovem recorre ao ato, ao agir (*acting out*) substituindo o pensar e o sentir (Raymond, 1999).

Através do psicodrama, estes jovens poderão brincar ao “faz de conta” e viver ali algo que sempre desejaram, sem o risco de consequências, porque na dramatização psicodramática tudo é reversível. Poderão, ainda, aprender a brincar, fantasiar e

imaginar/sonhar, e a ser parados no momento da ação e levados a pensar sobre o que estão a sentir. Karata (2011) demonstrou que os níveis de agressividade dos alunos que pertenciam ao grupo de psicodrama (grupo experimental) foram diminuindo significativamente e os níveis de resolução de problemas foram aumentados em comparação com os grupos placebo e controle. Concluindo que as dinâmicas de grupo que utilizam técnicas de psicodrama tem efeitos benéficos face às habilidades de resolução de conflitos dos adolescentes. No mesmo sentido, Cha (1998 citado por Kim, 2003), no seu estudo com jovens raparigas delinquentes demonstrou que o psicodrama revelou-se um método útil na resolução de problemas, especialmente catarse emocional, controle da raiva, e resolução de conflitos emocionais.

Parar para pensar antes de agir, antevendo as consequências dos seus atos, ou parar e pensar sobre o que estão a sentir, são dois grandes défices que surgem nos jovens com comportamentos delinquentes. Em primeiro lugar, está descrito vastamente na literatura a relação entre o comportamento desviante com a impulsividade (e.g. Garnezy, Masten & Tellegen, 1984; Loeber & Farrington, 2000; Waschbusch, 2002; Andrews & Bonta, 2010; Faria, 2011), e com a falta de autocontrolo (e.g. Fonseca, 2002; Vazsonyi & Huang, 2010). Como referido, para Moreno a espontaneidade é uma forma livre de gerar respostas a situações com flexibilidade, adequação, originalidade e criatividade (McVea e Reekie, 2007), e não um ato irrefletido e impulsivo da expressão das emoções ou de comportamentos (Davelaar et al., 2008; Gonzalez, 2012). Silva (2010) obteve resultados que sugerem a não associação entre espontaneidade e impulsividade, assim como Moreno havia afirmado. Assim através do psicodrama os jovens terão uma aquisição, gradual, de um manancial de estratégias para lidar com situações novas e antigas (Coutinho & Veiga, 2006), permitindo o encontro de respostas alternativas aos problemas. Vejamos ainda algumas técnicas: O **Solilóquio** é uma técnica do psicodrama em que o diretor durante a ação pede ao protagonista que “pense alto”, suspendendo a ação. Esta técnica permite exprimir sentimentos e emoções, corrigir desfigurações da ação, ou finalizar a dramatização através do insight do protagonista (Abreu, 2006). Através desta técnica os jovens poderão treinar o “pensar antes de agir” e antever quais as consequências dos seus atos. O jovem também poderá dramatizar determinadas situações ou praticar papéis nos quais reconhece ter dificuldades em controlar-se. A técnica de **Interpolação de Resistências** é destinada aos egos auxiliares, instruídos pelo diretor, para que a meio da ação alterem o comportamento daquele que fora indicado pelo protagonista. Tem como objetivo testar a

espontaneidade do protagonista, uma vez que este não estará a espera que, por exemplo, uma “personagem” enfurecida se torne apaziguadora (Abreu, 2006).

O “**Role Playing**” é uma das técnicas mais conhecidas do psicodrama, também utilizada noutros contextos terapêuticos, assim como no treino de competências e em alguns exercícios nas terapias cognitivo-comportamentais, e ainda aplicada de forma autónoma (Barberá e Población, 2002 cit. por Abreu, 2006; Faria, 2011). Consiste no treino de um papel quer este seja temido, desconhecido ou mal desempenhado. Permite que se desenvolva e se vivencie o/um papel, numa situação protegida, sendo reconhecidas e apontadas algumas dificuldades e características, para um melhor desenvolvimento do papel em questão (Soeiro, 1991). Schramski & Harvey (1983) afirmam que em particular o role playing é eficaz a desenvolver competências sociais em jovens delinquentes. Podendo se repetir inúmeras vezes, “tentativa e erro”, até que o individuo consiga desempenhar o papel de forma espontânea (Gezait et al., 2012). Assim, na presente tese pretende-se testar a seguinte hipótese: *O jovem após as 30 sessões de psicodrama irá apresentar menores níveis de impulsividade e um maior autocontrolo.*

Em segundo lugar, os acontecimentos são vividos por estes jovens sem a consciência dos afetos que os acompanham, e sem a capacidade de os nomear (Raymond, 1999; Karata, 2011). A esta dificuldade em identificar e nomear sentimentos é dada o nome de alexitimia. Contudo importa primeiro tentar perceber como surge esta dificuldade nos jovens delinquentes. Estudos sobre a etiologia do comportamento desviante encontraram, segundo Kammerer (1992, cit por Born, 2005), carências nas primeiras relações afetivas, corroboradas pelos estudos de Spitz e Bowlby, que possibilitaram o estudo aprofundado das perturbações ligadas aos problemas do narcisismo. Outros autores (e.g. Loebar & Farrington, 2000; Benavente, 2002; Cottle et al., 2001) acrescentam que existem evidências empíricas substanciais que relacionam aspetos do desenvolvimento precoce (qualidade da vinculação, hostilidade parental, depressão materna, maus tratos sofridos), com o desenvolvimento de padrões de comportamento antissocial. Diversas técnicas no psicodrama poderão facilitar e ajudar os jovens a pararem para perceber o que estão a sentir, como estão a sentir e como nomear o que sentem. Já em cima mencionou-se o solilóquio em que durante uma ação o diretor poderá, por exemplo, solicitar que o jovem diga em voz alta o que está a sentir. Existe, também uma técnica que no decorrer da ação um ego auxiliar coloca-se atrás ou ao lado do protagonista, desdobrando o seu Eu, sussurrando o seu sentir implícito. A

esta técnica chama-se **Duplo** (Abreu, 2006). Assim, outros poderão ajudar a espelhar aquilo que se calhar o jovem num primeiro momento não irá conseguir identificar ou nomear. Importa distinguir a técnica do Duplo da do **Espelho**, uma vez que esta consiste no diretor pedir a um ego auxiliar, que se coloque diante do protagonista a imitá-lo (Abreu, 2006). Esta técnica é utilizada muitas vezes durante o aquecimento (Kellermann, 2007) ou quando o protagonista não se apercebe de determinados aspetos da sua conduta ou postura (Abreu, 2006). Se por norma esta técnica carece de um cuidado especial, uma vez que nem sempre é bem recebida pelo protagonista que poderá ler o momento como uma confrontação, no caso de jovens delinquentes esta atenção e cuidado deverá ser redobrado. Os jovens delinquentes têm tendência para atribuir intenções hostis nos outros (Faria, 2011), e apresentam dificuldades em expressar as suas emoções de forma apropriada (Gezait et al., 2012). Soeiro (1991) acrescenta que durante o aquecimento e durante alguns jogos, poder-se-á pedir aos indivíduos que localizem emoções num certo ponto do corpo “Como andam quando estão tristes? E, neste andar, em que lugar do corpo sentem a tristeza? (...) E em que parte do corpo localizam a raiva?” (Soeiro, 1991, p.140).

Kellermann (2007) refere o potencial do psicodrama, através das suas diversas técnicas (Espelho, Duplo, observar-nos através do ego auxiliar, comentários do auditório, entre outros) pois proporciona aos clientes algo que é crucial para o desenvolvimento humano, o *Mirroring*. O autor diferencia três tipos de *mirroring*: de idealização, de validação e de avaliação. *Mirroring* de idealização refere-se aos cuidados na primeira infância em que as figuras cuidadoras admiram e idealizam os seus filhos, levando a que estes se sintam incondicionalmente amados e compreendidos. *Mirroring* de validação é descrito por Winnicott (1971 cit por Kellerman, 2007), como o processo através do qual as figuras cuidadoras devolvem/espelham nos primeiros anos de vida de uma criança, o que ela é e está a experienciar/sentir. “Quando olho sou visto, por isso existo” (Winnicott, 1971 cit. por Kellermann, 2007). Quando crianças, precisamos de ter os nossos verdadeiros sentires (o nosso verdadeiro self) espelhado, a fim de nos ajudar a desenvolver confiança nas nossas próprias experiências. O *mirroring* de avaliação ocorre com os outros/sociedade, uma vez que é na relação com os outros que nos conhecemos e nos avaliamos (Kellermann, 2007). “Este processo de *mirroring* é na verdade uma parte central e inerente de 'estar no mundo', uma vez que nos ajuda ao longo da vida a sincronizar as interações entre o mundo exterior e nós próprios.” (Kellermann, 2007, p.83). Assim, através do psicodrama muitos dos jovens delinquentes poderão beneficiar do

mirroring levando a que se sintam compreendidos, apreciados, a ter consciência sobre quem são e o que sentem. O *mirroring* proporciona ainda algo extremamente valioso, descobrir quem queremos ser (Kellermann, 2007). Estes jovens poderão (re)aprender a identificar e nomear as suas emoções, isto é, estes jovens apresentarão menores níveis de alexitimia. Alguns estudos têm demonstrado uma correlação negativa entre alexitimia e espontaneidade, isto é, quanto maior alexitimia menor espontaneidade e vice-versa (Batista, 2009; Santos, 2009; Batista, 2010). A capacidade de se expressar ou “auto-expressão” permite a autoavaliação, clarificar e validar emoções e pensamentos, sendo por isso tão importante quanto a capacidade de insight ou de resolução de problemas (Blatner, 1997; Blatner, 2000). De acordo com Karata & Gökçakan (2009) o psicodrama melhora as habilidades de auto expressão, em jovens delinquentes. Sem a sua expressão, emoções e pensamentos, estão sujeitos a uma série de ilusões, desculpas, evitamentos, dúvidas e outros mecanismos que desfocam o nível de consciência. “Somente através da apresentação a outros estas cognições são trazidas à consciência explícita, dos bastidores ao centro do palco, para a "ribalta" da consciência” (Baars, 1997 cit. por Blatner, 2000). Desta forma, a segunda hipótese do presente estudo é de que *o jovem ao fim das 30 sessões de psicodrama, apresentará menor alexitimia e maior espontaneidade.*

O Psicodrama proporcionará o treino de colocar-se no papel do outro. Devido ao seu egocentrismo, dificuldade de descentração e incapacidade de manejar e conceber a existência de diferentes pontos de vista, estes jovens demonstram uma grande dificuldade em compreender os outros, aliado muitas vezes a uma falta de empatia (Faria, 2011). Assim, quer seja na dramatização de eventos do próprio ou como ego auxiliar, encenando situações e papéis que não lhe pertencem estes indivíduos poderão tomar consciência sobre o que os outros pensam e sentem. Anzieu (1981) afirmou acerca dos egos auxiliares algo que se adequa a muitos possíveis clientes, mas fundamental quando se trata de jovens delinquentes “Moreno criou as intervenções dos egos auxiliares para evitar que o paciente se instalasse na satisfação narcísica e megalomaniaca da representação de um universo que se curvaria diante de seus desejos.” (Anzieu, 1981, p. 111).

Segundo Blatner (2000), através das técnicas de **Inversão de Papéis** e “**Role Playing**” estes jovens terão a oportunidade de experienciar o que é estar no papel do outro e desenvolver empatia (Blatner, 2000). A **Inversão de Papéis** é a técnica mais importante e utilizada, onde o protagonista troca de lugar com o ego auxiliar e este

repete as últimas palavras do protagonista, que por sua vez continua a ação representando a personagem que antes o ego auxiliar representava, e assim sucessivamente. Esta técnica permite ao ego auxiliar aprender o papel, mas também obriga o protagonista a sair do seu papel, a explorar um outro lado do conflito e mais importante, a colocar-se, em termos psicológicos, no lugar do outro, de modo a compreender as suas motivações (Abreu, 2006; Gezait et al., 2012). Existe uma compreensão do outro tal como eles são e não como gostaríamos que fossem. À correta percepção dos outros Moreno chamou “**Tele**” (Abreu, 2006):

“Um encontro de dois: olho a olho, face a face. Enquanto estiveres perto, arrancarei teus olhos e colocá-los-ei no lugar dos meus, e tu arrancarás os meus olhos e colocá-los-ás no lugar dos teus. Então eu ver-te-ei com teus olhos e tu ver-me-ás com os meus.” (Moreno, 1983 cit. por Coutinho & Veiga, 2006, p.201)

Existem outras técnicas que podem ser consideradas como alternativas à dramatização, tendo como função o aquecimento do grupo, auto descrição ou um treino específico. Uma destas técnicas são os **Jogos** que podem ter diversos objetivos desde pedagógicos, resolver tensões grupais, ou criar uma maior coesão grupal. Assim, permitem que o grupo se mostre mais criativo e participativo (Abreu, 2006). Carpenter & Sandberg (1973) referem que o jogo da Loja Mágica foi das técnicas que os jovens delinquentes mais aderiram, originando momentos de intimidade e movendo os jovens que até então nunca haviam participado e contribuído com vivências. Acrescentam também que nas primeiras sessões aperceberam-se de que ao escurecer a sala, os jovens mostravam-se mais libertos de inibições, promovendo a conteúdos e vivências de maior intimidade. A **Auto Apresentação** e a **Apresentação do Átomo Social**, tal como o nome indica são técnicas de apresentação no cenário, isto é, através da linguagem corporal. A auto apresentação requer por parte do protagonista imaginação e criatividade, sendo que de princípio o protagonista poderá ter algumas dificuldades na execução desta técnica na medida em que ainda está familiarizado com a “linguagem” do psicodrama. A apresentação do átomo social segundo Abreu (2006) é uma extensão da inversão de papéis, em que o protagonista dispõe no cenário as pessoas mais significativas para si. Por norma são representadas por egos auxiliares ou objetos. O protagonista deverá trocar com cada uma das personagens, exprimindo-se como as

mesmas dizendo o que estas pensam sobre si. De seguida regressará ao seu lugar e dirá o que pensa sobre a personagem.

A cada sessão há um novo protagonista, o que não implica que não haja mudanças e aprendizagens em todas as sessões por parte de todo o grupo, sendo que a experiência do outro também tem efeitos terapêuticos (Abreu, 2006). A dramatização e partilha são terapêuticas para o protagonista, e de forma indireta para os egos auxiliares e auditório proporcionando *insight* (Kipper & Hundal, 2005; Abreu, 2006; Gezait et al., 2012). Mais ainda, todos os elementos do grupo são agentes terapêuticos para os outros, o que contribui para a transformação e desenvolvimento pessoal de cada um. (Kipper & Hundal, 2005; Coutinho & Veiga, 2006).

Assim o psicodrama é uma terapia não directiva, onde os comentários do director, dos egos auxiliares e/ou restantes elementos do grupo, são recebidos pelo protagonista de forma horizontal uma vez que o protagonista é especialista das suas vivências, gozando de liberdade para aceitar os comentários como verdadeiros e congruentes ou não (Abreu, 2006).

Inclusive, na década de 1970, Carpenter & Sandberg (1973) referem quatro razões, algumas semelhantes às expostas, para acreditarem que o psicodrama seria uma boa intervenção com jovens delinquentes: 1) As técnicas *role playing* e inversão de papéis iram alterar a sua falta de empatia com os outros; 2) As capacidades de comunicação destes jovens sendo notoriamente pobres, poder-se-iam desenvolver através da aprendizagem de formas de expressão alternativas; 3) O psicodrama iria permitir trespassar o escudo protetor do delinquente, que impede profundidade, intimidade e que os sentimentos surjam ao nível consciente, de uma forma que as técnicas de terapia mais tradicionais não conseguem; 4) Geralmente, os jovens delinquentes não conseguem aceder ao pensamento mágico e de fantasia, sendo assim, incapazes de fantasiar agindo os seus impulsos. O facto de o psicodrama combinar ação e fantasia, faz com que seja uma técnica ideal para esta finalidade.

6. Hermeneutic Single Case Efficacy Design

Na presente tese pretende-se estudar os efeitos do Psicodrama Moreniano num jovem delinquente (estudo de caso), respondendo às seguintes questões de investigação: 1) *O cliente mudou?* 2) *A terapia é responsável pela mudança?* 3) *Que fatores, da terapia ou fora dela, contribuíram para a mudança?* O *Hermeneutic Single Case*

Efficacy Design (HSCED) é uma metodologia construída de forma a responder a estas três questões. Elliott (2002) denominou o HSCED de abordagem interpretativa de avaliação do tratamento/psicoterapia, em estudos de caso. Foi escolhida esta metodologia por se pretender que a medida de sucesso seja baseada nos ganhos e aquisições (Maltz, 1984), e não na *Reincidência*. Uma vez que Andrews & Bonta (2010) examinaram o impacto de programas com foco em metas ou características específicas de mudança intermediária da delinquência, observando que os programas que incidiam sobre características pessoais tinham maior sucesso na redução da reincidência. No HSCED as metas, objetivos e mudanças a atingir serão estipuladas pelo participante, podendo ou não, ser a desistência do comportamento antissocial. Assim, a desistência pode ser definida de dois modos distintos, como uma meta ou como um processo. Algumas das mudanças que o participante ambicione adquirir através da terapia poderão coincidir com características individuais que o jovem reconhece em si como algo que aumente a probabilidade do aparecimento do comportamento delinvente. Também poderá ocorrer que o jovem reconheça e pretenda alterar a sua impulsividade e falta de autocontrolo, assim como a sua incapacidade de nomear e identificar emoções, ou ter dificuldades em dar resposta adequada para uma situação nova ou a uma resposta nova para uma situação antiga. Neste caso ambas as hipóteses poderão ser testadas e analisadas através das questões de investigação.

O HSCED tem como mais-valia a utilização de métodos quantitativos e qualitativos, tendo em conta não só os resultados da intervenção, mas também a sua eficácia e eficiência, e a análise do processo de mudança. Dois dos instrumentos (PQ e HAT) serão de aplicação semanal o que permitirá uma análise mais rigorosa e minuciosa acerca das mudanças do indivíduo ao longo do processo terapêutico. Em paralelo Elliott (2002) recomenda a investigação, em paralelo, de possíveis fatores extra terapia que poderão ser responsáveis pela mudança.

Assim, são aplicados os seguintes instrumentos: **1) Recolha de Dados Pessoais** (dados demográficos, diagnósticos, problemas de saúde, se já frequentou terapia, etc.) **2) Medidas de Resultados Quantitativos** (questionários que meçam características, estados emocionais, inventários de personalidade, entre outros) que serão administrados no início e no final do tratamento. Contudo Elliott (2002) sugere que estes sejam administrados periodicamente durante a terapia, a cada 8 a 10 sessões. **3) Client Change Interview** (Elliott, Slatick, & Urman, 2001). Esta entrevista semiestruturada (30 a 45 minutos) fornece resultados qualitativos, através das descrições de clientes de mudanças

experimentadas ao longo da terapia, e as suas atribuições para estas mudanças, incluindo aspetos úteis da terapia. **4) Medida Semanal** (a administração de uma medida semanal dos principais problemas ou metas relacionadas à terapêutica do cliente é considerada um elemento-chave no HSCED). Elliott (2002) sugere o *The Simplified Personal Questionnaire* (PQ; Elliott, Mack & Shapiro, 1999). **5) Helpful Aspects of Therapy (HAT)** (Llewelyn, 1988) (medida qualitativa frequentemente usada para para identificar os processos terapêuticos significativos que podem estar associados com a mudança no parâmetro de avaliação semanal ou corroborar os processos de mudança que se refere na *Client Change Interview*. Este questionário de sete itens é administrado após cada sessão de terapia. **6) Registos das sessões terapêuticas**, isto é, notas e registos do terapeuta ou filmagens das sessões de terapia para identificar, confirmar ou esclarecer questões ou contradições dos resultados. No final é realizada a análise das **Evidências Diretas** (Atribuição retrospectiva, Mapeamento entre o processo e o resultado, Correlação entre processo e resultado dentro da terapia, Mudanças precoces em problemas estáveis e Sequências de mudanças de eventos) e das **Evidências indiretas** (Alterações negativas ou triviais, Artefactos estatísticos, Artefactos relacionais, Artefactos de expectativas, Mudanças não relacionadas com a terapia - i) Processos de Autocorreção, ii) Eventos de Vida Extra Terapia, iii) Causas Psicobiológicas e iv) Efeitos Reativos da Investigação).

De acordo com Sousa (2006) a literatura tem apontado as 21 sessões como número mínimo para a ocorrência de mudança clínica em 50% dos casos, embora para 75% dos clientes são necessárias 50 sessões.

7. Questões de Investigação e Hipóteses

Na presente tese pretende-se responder às seguintes questões de investigação: 1) O cliente mudou? 2) A terapia é responsável pela mudança? 3) Que fatores, da terapia ou fora dela, contribuíram para a mudança? Analisando simultaneamente as seguintes hipóteses: 1) O jovem apresentará níveis significativamente menores de impulsividade no terceiro momento de avaliação, bem como um autocontrolo significativamente maior em comparação com o início da terapia; 2) O jovem apresentará níveis significativamente menores de alexitimia no terceiro momento de avaliação comparativamente com o início da terapia, assim como uma espontaneidade

significativamente maior e 3) Espera-se que existam também diferenças estatisticamente diferentes nos conteúdos do PQ.

Método

1. Participante

O participante da presente tese terá entre os 14 e 18 anos, do sexo masculino, tendo cometido factos qualificados na lei como crime, entre os 12 e 16 anos, e ao qual lhe tenha sido aplicada a Medida Tutelar Educativa de Acompanhamento Educativo pelo período de 18 meses. A Lei Tutelar Educativa (LTE) indica as Medidas Tutelares Educativas que “visam a educação do menor para o direito e a sua inserção, de forma digna e responsável, na vida em comunidade” (n.º 1, art.º 2º, LTE). A medida de Acompanhamento Educativo consiste na execução de um Projeto Educativo Pessoal (PEP) que abranja as áreas nas quais se irá intervir, sendo a medida mais gravosa executada em meio livre. O PEP é elaborado pelos serviços da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, no qual estará incluído a participação de forma assídua do jovem no grupo de psicodrama.

2. Instrumentos

2.1 The Simplified Personal Questionnaire

The Simplified Personal Questionnaire (PQ; Elliott, Mack & Shapiro, 1999) é um instrumento personalizado de medida da mudança que foi adaptado para português por Carvalho, Faustino, Nascimento & Sales (2008). É construída uma lista de itens correspondentes aos problemas que o jovem pretende trabalhar na terapia, elaborada pelo próprio em conjunto com o investigador ou terapeuta, antes da primeira sessão de terapia numa entrevista de aproximadamente 45 minutos. As preocupações expostas pelo jovem vão ser anotadas em cartões individuais, para que no final o jovem coloque os cartões por ordem de importância. O questionário será posteriormente utilizado semanalmente no início de cada sessão, em que o jovem classifica numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (1 = Nenhum Mal-Estar a 7 = Mal-Estar Total) o quanto esses problemas estiveram presentes ou afetaram-no na última semana. Será incluído, na presente tese, o formulário opcional que localiza as suas preocupações no tempo “Por favor, pense desde quando é que estes problemas lhe causam mal-estar, com a mesma

intensidade que indicou no quadro anterior, ou com maior intensidade” numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (1= Menos de 1 mês, 2= De 1 a 5 meses, 3= De 6 a 11 meses, 4= De 1 a 2 anos, 5= De 3 a 5 anos, 6= De 6 a 10 anos e 7= Há mais de 10 anos). Preferencialmente, o questionário deverá incluir aspetos como: sintomas, humor, autoestima e relações interpessoais. O cliente é informado que poderá em qualquer momento alterar, acrescentar ou eliminar itens.

2.2 Helpful Aspects of Therapy

Helpful Aspects of Therapy (HAT; Llewelyn, 1988) será administrado no final de cada sessão sendo uma medida qualitativa semiestruturada e de auto preenchimento, que averigua a perceção de mudança do cliente, adaptado para português (Sales, Gonçalves, Silva, et al., 2007). Timulak, Belicova e Miler (2010) referem o HAT como instrumento de recolha de *feedback*, no qual é pedido ao jovem que por palavras suas, identifique e descreva o que de mais significativo ocorreu na sessão e que classifique pelo grau de importância para si segundo uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = Não ajudou nada a 5 = Ajudou muitíssimo). Do mesmo modo, o jovem é solicitado a referir se houve algo durante a sessão que considerasse negativo e como foi sentido esse acontecimento em termos de classificação também através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = Nada negativo, até, 5 = Extremamente negativo). O HAT será também entregue e preenchido pelos terapeutas.

2.3 Client Change Interview

Client Change Interview (CCI; Elliott, Slatick & Urman, 2001) adaptada para português (Sales, Gonçalves, Silva, et al., 2007) é uma entrevista semiestruturada que demora entre trinta a noventa minutos (Elliott, 2010) e que é sujeita a gravação áudio para posterior transcrição. Pretende-se explorar de forma empática a experiência do cliente na terapia, a sua perceção de mudança, como ocorreu e quais os fatores contribuintes. Assim, será obtida uma melhor compreensão do funcionamento da terapia para melhoramento da prática terapêutica. De acordo com Elliott (2002), esta entrevista deverá ter uma periodicidade entre dez a doze sessões, contudo para uma melhor análise e supervisão da experiência e mudança do jovem esta entrevista irá ocorrer com uma periodicidade de 5 sessões. A entrevista tem também como objetivo responder a três questões: “Estava à espera desta mudança, ou foi uma surpresa para si?”, “Esta

mudança podia ter acontecido sem terapia?” e “Até que ponto esta mudança é importante ou significativa para si?”. A CCI inclui a construção de uma **lista de mudanças** que é classificada quanto às questões referidas e de acordo com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (“A mudança foi:” 1- Totalmente esperada a 5- Totalmente surpresa; “Sem terapia, a mudança:” 1- De certeza não acontecia a 5- De certeza acontecia e “A mudança foi:” 1- Nada importante a 5- Extremamente importante). De igual modo, abordam-se ainda aspetos positivos e negativos que o cliente encontre na terapia e também na investigação.

2.4 The Revised Spontaneity Assessment Inventory

The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R; Kipper & Shemer, 2007) é um inventário de auto relato concebido para medir a intensidade da espontaneidade, traduzida em pensamentos ou sentimentos: “Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?”. Seguida de uma lista de 18 itens que descrevem sentimentos e pensamentos, tendo que os jovens avalia-los através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = Muito Fraco a 5 = Muito Forte). A SAI-R está em adaptação para a língua portuguesa.

2.5 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

A *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) criada por Parkera, Taylorb & Bagbyc (2003), foi adaptada e traduzida por Ramiro Verissimo (1995) e aferida para a população portuguesa por Prazeres, Taylor & Parker (2008). É uma escala de autopreenchimento que mede a alexitimia composta por 20 itens: 7 itens que avaliam a capacidade de identificar sentimentos e distingui-los das sensações somáticas que acompanham a excitação emocional; 5 itens que avaliam a capacidade de descrever e transmitir sentimentos a outras pessoas e 8 itens que avaliam o pensamento orientado para o exterior. O jovem terá que avaliar numa escala de *Likert* de 5 pontos (1 = discordo plenamente a 5 = concordo plenamente) cada item.

2.6 Escala de Impulsividade BIS - 11

A Escala de Impulsividade BIS – 11 (Barrat, E., 1959; Patton et al., 1995; adaptada para português por Diemen et al., 2006) é uma escala de autorrelato onde a impulsividade é medida através de três fatores de impulsividade: Motora, Atencional e Por Não Planeamento. Contudo na presente tese ter-se-á em conta apenas a pontuação geral da

escala, sendo composta por 30 itens avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos (1 = Nunca a 5 = Sempre), variando de 30 a 120 pontos, sendo que as pontuações mais altas indicam a presença de maiores níveis de impulsividade (Diemen et al., 2006).

2.7 Escala de Auto controlo (EA)

Escala de Autocontrolo foi validada para a população portuguesa por Fonseca (2002), tendo sido originalmente desenvolvida no âmbito do estudo da Teoria Geral do Crime de Gottfredson & Hirschi (1990 cit por Fonseca, 2002). Esta escala é composta por 24 itens avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos (0= Nada a 3 = Muito), devendo o jovem indicar até que ponto cada item o descreve. Uma pontuação global elevada representa um nível mais baixo de autocontrolo e inversamente, uma pontuação mais baixa aponta por um maior nível de autocontrolo (Fonseca, 2002).

3. Procedimento

Em primeiro lugar, será pedida a colaboração de uma equipa terapêutica de psicodrama. Será explicado o objetivo da presente tese, sublinhando que não serão realizadas avaliações dos terapeutas, mas sim das mudanças psicológicas que se irão verificar no jovem. Será também explicado que o jovem que ingressará no grupo é um jovem com uma medida tutelar educativa. As informações pessoais sobre o jovem, (e.g. crimes, contexto familiar, institucionalização, resultados em provas psicológicas, entre outras) não prejudiciais ao processo terapêutico, serão transmitidas aos terapeutas.

Paralelamente, será solicitada à Equipa Tutelar Educativa (equipas de apoio técnico da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais) correspondente ao concelho no qual realizar-se-á as sessões terapêuticas, a escolha de um jovem ao qual lhe tenha sido aplicada a Medida Tutelar Educativa de Acompanhamento Educativo pelo período de 18 meses. Este jovem será escolhido pelas técnicas de acordo com os seguintes critérios: ser do sexo masculino, estar no início da medida, não estar em acompanhamento psicológico e/ou pedopsiquiátrico, que a deslocação para o local das sessões de psicodrama seja acessível monetariamente para o jovem, apresente um risco moderado de reincidência e quando questionado sobre a possibilidade de integração na investigação mostre-se disponível e colaborante.

As sessões irão decorrer com uma periodicidade semanal, em horário pós-laboral e com duração até uma hora e trinta minutos. Serão realizadas 30 sessões, uma vez que

de acordo com Sousa (2006) a literatura tem apontado para um total de 21 sessões como número mínimo para a ocorrência de mudança clínica em 50% dos casos, embora para 75% dos clientes sejam necessárias 50 sessões. Na entrevista inicial irá ser explicado ao participante que em paralelo à terapia irá decorrer uma investigação. Será solicitado a participação voluntária e o preenchimento do Consentimento Informado, garantida a confidencialidade e o anonimato, não havendo referência a dados pessoais nos instrumentos preenchidos. Todas as informações sobre os procedimentos da investigação e instrumentos, assim como o modo de preenchimento, serão também esclarecidos.

O participante será solicitado a preencher os instrumentos de recolha de dados em diferentes momentos do processo terapêutico e através de diferentes formas. Antes da primeira sessão de terapia será construído o PQ de forma individual e com a orientação do investigador (ou terapeuta). Durante a entrevista individual o investigador vai anotando as queixas ou problemas que o participante identifique como nocivos para si, querendo alterá-los. Devido à frequente atitude de negação de problemas, nos jovens delinquentes, será benéfico que o entrevistador ajude o jovem a focar-se nos aspetos negativos e malefícios da sua conduta desviante, e nos benefícios das condutas normativas. Assim, será obtida uma lista de cerca de 10 itens por ordem decrescente de importância quanto à causa de mal-estar nas várias áreas da sua vida. Depois será ainda solicitado que o participante classifique os itens em termos de duração “desde quando é que estes problemas lhe causam mal-estar”. Também neste primeiro momento será preenchido pela primeira vez o BIS-11, SAI-R, TAS-20 e a Escala de Autocontrolo. Estes instrumentos são fornecidos em papel e recolhidos após o seu preenchimento. Qualquer dúvida que surja durante o preenchimento será esclarecida no momento pelo investigador.

Semanalmente, o participante irá ser solicitado a preencher o PQ, antes do início de cada sessão e o HAT após cada sessão, ambos em formato papel. Para o preenchimento do PQ será solicitado ao participante a chegada ao local da terapia com uma antecedência de 5 a 10 minutos. Neste instrumento o participante deverá classificar os itens quanto ao nível de mal-estar que lhe causaram na última semana. Para garantir o preenchimento do HAT, pelo jovem, será preenchido e entregue no final da sessão. O tempo de preenchimento deste instrumento dependerá do participante. O preenchimento dos dois instrumentos semanais referidos anteriormente decorre de forma autónoma e

seguindo as instruções de preenchimento incluídas ou anexas ao instrumento sem prejuízo de poderem ser esclarecidas quaisquer dúvidas.

No decorrer da terapia o participante será solicitado a realizar 6 entrevistas semiestruturadas com o intuito de explorar de forma empática a experiência na psicoterapia. Por forma a facilitar, estas entrevistas ocorrerão aquando das entrevistas no âmbito da medida de acompanhamento educativo, isto é todos os meses a cada 4 ou 5 sessões de terapia. Esta entrevista poderá ter a duração de sensivelmente uma hora, sujeita a registo áudio com o acordo do jovem, para posterior transcrição. Ao fim de 15 sessões de terapia, isto é, no momento da terceira CCI serão novamente aplicados o BIS-11, SAI-R, TAS-20 e a EA. Os mesmos instrumentos serão aplicados uma última vez após as 30 sessões de terapia na sexta CCI. Assim serão constituídos três momentos de avaliação quantitativa (A1, A2 e A3).

No final será também perguntado à técnica da DGRSP, responsável pela execução da medida de acompanhamento educativo do jovem, se identifica alterações e mudanças importantes na vida do jovem (e.g. Mudança de escola, nova medida tutelar educativa, mudanças na dinâmica familiar ou de figura cuidadora)

Análise Estatística e Resultados Esperados

1. Análise de SAI-R; TAS-20; BIS-11 e EA

A aplicação do SAI-R, TAS-20, BIS-11 e EA ocorreu antes do início da terapia (A1), na 15ª sessão ou terceira CCI (A2) e no final da terapia e sexta CCI (A3). Os resultados destas aplicações serão expostas em tabelas ou gráficos, como se encontra representado em baixo.

Tabela 1. Exemplo de SAI-R do jovem.

Itens	1	(...)	18	Total
A1	4		3	32
A2	4		3	40
A3	5		3	41

Na análise dos resultados do SAI-R, tomar-se-á como referência a investigação de Santos (2009) em que a média da população masculina é de 62,962, por forma a analisar se o jovem apresentará valores superiores ou inferiores à média nas três avaliações (A1,A2 e A3). De acordo com David Kipper (Kipper & Hundal,2005; Kipper &

Shemer, 2007; Santos, 2009), autor deste inventário, será observado se o jovem apresenta um valor indicativo de baixa espontaneidade (menor ou igual a 35), ou de espontaneidade moderada (entre 36 e 71), ou elevada espontaneidade (superior ou igual a 75).

Tabela 2. Exemplo de TAS-20 do jovem.

Itens	1	(...)	20	Total
A1	5		5	78
A2	4		5	74
A3	4		5	66

Os valores obtidos na TAS-20 nas três avaliações (A1, A2 e A3) serão analisados de acordo com o estudo de Prazeres, Taylor & Parker (2008) que aferiram a presente escala para a população portuguesa. Assim valores iguais ou superiores a 61 são considerados como elevado nível de alexitimia e valores iguais ou inferiores a 51 são considerados como baixo nível de alexitimia, podendo os resultados diferirem entre um mínimo de 20 e máximo de 100.

Tabela 3. Exemplo de BIS-11 do jovem.

Itens	1	(...)	30	Total
A1	4		4	93
A2	3		4	84
A3	3		3	80

Na análise dos resultados da BIS-11 tomar-se-á como referencia a investigação de Diemen et al. (2006). Importa lembrar que níveis mais elevados nesta escala indicam maior impulsividade, sendo que valor total pode variar entre 30 e 120 pontos. Será observado se houve alterações nos totais nas três avaliações, e se sim em que sentido estas são, se para uma diminuição ou aumento da impulsividade.

Tabela 4. Exemplo de EA do jovem.

Itens	1	(...)	24	Total
A1	3		3	66

A2	3		3	60
A3	3		3	50

Na análise dos resultados da EA tomar-se-á como referencia a investigação de Fonseca (2002). Importa lembrar que níveis mais elevados nesta escala indicam menor capacidade de autocontrolo, sendo que valor total pode variar entre 0 e 72. Será observado se houve alterações nos totais nas três avaliações, e se sim em que sentido estas são, se para um aumento ou diminuição de autocontrolo.

Em seguida, e utilizando o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows, irá realizar-se o teste não paramétrico de Friedman, com o intuito de perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias e resultados obtidos na A1, A2 e A3, do **SAI-R**, **TAS-20**, **BIS-11** e **EA**. Utilizar-se-á um nível de significância () 0,05 como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula (Marôco, 2010).

2. Resultados Esperados no SAI-R, TAS-20, BIS-11 e EA

Espera-se que os resultados revelem diferenças estatisticamente significativas entre A1, A2 e A3. No SAI-R prevê-se um aumento progressivo dos valores da espontaneidade. No caso dos valores do TAS-20, BIS-11 e da EA prevê-se uma diminuição, isto é, menor nível de alexitimia e impulsividade e maior autocontrolo.

3. Análise do Questionário Pessoal (PQ)

Em primeiro lugar, será apresentada uma tabela (exemplo em baixo) que representará a lista de itens correspondentes aos problemas que o jovem pretendeu trabalhar na terapia, elaborada pelo próprio. Assim como o grau de mal-estar esses problemas causaram na última semana e desde quando é que esses problemas lhe causam mal-estar.

Tabela 5. Exemplo de tabela de PQ inicial (A1).

Itens	Grau de mal-estar	Duração
PQ1	7	3
(...)		
PQ10	5	2

Será analisado se todos os itens apresentaram algum mal-estar na última semana, e no que respeita à duração será analisado se a maioria dos problemas apresentados pelo jovem são situacionais ou estáveis. Ter-se-á também em conta a idade do jovem, uma vez que poderá influenciar o tempo e duração de determinado problema. Como por exemplo se o jovem tiver 14 anos será expectável que não dê respostas do tipo 6 “De 6 a 10 anos” e 7 “Há mais de 10 anos”. Assim não será de estranhar que a grande maioria dos itens sejam classificados como situacionais. Caso o jovem alterar, acrescentar ou eliminar itens, será também exposto na presente análise.

Da aplicação semanal do PQ serão obtidos os resultados médios de mal-estar por sessão, sendo criado um gráfico com os mesmos. No eixo das abcissas estarão as sessões (S1 a S30) e no eixo das ordenadas a escala de Grau de mal-estar de 1 a 7. O ponto de corte considerado para o PQ é 3,5 em que itens com valores acima são considerados como de deterioração e valores abaixo são considerados como de recuperação (Carvalho et al., 2008). A partir deste gráfico far-se-á a análise das oscilações ao longo do processo terapêutico, e por exemplo vir-se a constatar que o valor médio das primeiras sessões são acima do ponto de corte, e de que ao fim das 30 sessões a média do PQ se encontra abaixo do ponto de corte.

Será feito o cálculo da média de mal-estar de cada item ao longo do processo terapêutico. Assim será apresentado dois gráficos nos quais no eixo das abcissas estarão as sessões (S1 a S15 e S16 a S30) e no eixo das ordenadas a escala de Grau de mal-estar de 1 a 7, sendo cada item representado por uma linha de cor diferente. Assim, poder-se-á analisar quais os itens, ou até temáticas/áreas, que têm maior impacto no jovem (e.g. itens relacionados com dinâmicas familiares apresentam maior mal-estar ao longo de todo o processo terapêutico do que itens relacionados com características do próprio). Será observado quais os itens que sofreram mais oscilações, isto é, que se deterioraram ou recuperaram ao longo do processo terapêutico.

Em seguida, apesar do PQ ser uma medida semanal, os 30 PQ serão divididos em três momentos Primeiras Sessões (média de cada item da sessão 1 à 10), Sessões Intermédias (média de cada item da sessão 11 à 20) e Sessões finais (média de cada item da sessão 21 à 30) com está exemplificado na Tabela 2.

Tabela 6. Médias dos itens em três momentos.

Itens	Primeiras Sessões	Sessões Intermédias	Sessões finais
-------	-------------------	---------------------	----------------

PQ1	6,5	4,5	3,5
(...)			
PQ10	5	4,5	4

Assim, através do SPSS, e com o intuito de perceber se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos três momentos, irá realizar-se o teste não paramétrico de Friedman. Utilizar-se-á como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância () 0,05 (Marôco, 2010).

4. Resultados Esperados no PQ

Prevê-se que os resultados médios de mal-estar por sessão irão diminuir ao longo da terapia, e que se irá constatar que o valor médio das primeiras sessões são acima do ponto de corte, e de que ao fim das 30 sessões a média do PQ se encontra abaixo do ponto de corte. Prevê-se ainda que seja observado diferenças estatisticamente significativas na diminuição do mal-estar, entre “Primeira Sessões”, “Sessões Intermédias” e “Sessões Finais”.

5. Análise do Helpful Aspects of Therapy (HAT) e da Client Change Interview (CCI)

Através da análise dos trinta HAT e das seis CCI será possível obter informação qualitativa sobre o processo, eventos importantes, a experiência do cliente, a sua perceção de mudança, de como essa mudança ocorreu e quais os fatores contribuintes da terapia.

Todos os HAT preenchidos pelo jovem serão analisados, parágrafo a parágrafo, por forma a resumir: quais os eventos que o jovem considerou importante, em que medida estes o ajudaram (1 “Não ajudou nada” a 5 “Ajudou muitíssimo”), aspetos negativos ou eventos sentidos como negativos pelo jovem e em que medida foram negativos (1 “Nada negativo” a 5 “Extremamente negativo”).

Cada CCI será transcrita, analisada e descrita por forma a resumir: a experiência do cliente na terapia, a sua perceção de mudança, de como essa mudança ocorreu e quais os fatores contribuintes. Será também exposta numa tabela (exemplo em baixo) a *lista de mudanças* referidas pelo jovem e a sua avaliação se a mudança foi “1- Totalmente esperada a 5- Totalmente surpresa”, se sem terapia a mudança ”1- De

certeza não acontecia a 5- De certeza acontecia” e se a mudança foi ”1- Nada importante a 5- Extremamente importante “.

Tabela 7. Exemplo de Lista de Mudanças da CCI1

Mudanças	A mudança foi:	Sem terapia a mudança:	A mudança foi:
1.	Totalmente Esperada	Não sei	Muito importante
(...)			
4.	Algo esperada	Provavelmente Não Acontecia	Extremamente Importante

O HAT e a CCI serão analisados paralelamente para uma melhor integração dos dados. Assim após a descrição e análise dos primeiros 5 HAT (correspondentes às primeiras 5 sessões) será descrita e analisada a primeira CCI, seguindo-se do HAT6 ao HAT10 e a segunda CCI, e assim sucessivamente até do HAT26 ao HAT30 e a sexta CCI. No final será feito um resumo dos HAT preenchidos pelos terapeutas, contudo serão analisados e mencionados apenas aqueles que refiram o jovem avaliado na presente tese.

6. Resultados Esperados no HAT e na CCI

No HAT é esperado que o jovem revele quais foram para si os momentos/técnicas mais importantes, que estes o ajudaram, não apresentando aspetos negativos. Prevê-se que a maioria dos HAT dos terapeutas que mencionem o jovem coincidiram com as informações do HAT. Na CCI espera-se que o jovem identifique: o seu processo terapêutico como positivo, diversas mudanças, a terapia como fator de mudança. No que respeita à lista de mudanças prevê-se que o jovem percecionasse em média: que a mudança foi “Surpresa” entre “Totalmente Surpresa”, que sem a terapia a mudança “Provavelmente não acontecia” e que a mudança foi “Moderadamente Importante”.

7. Análise global das evidências diretas e indiretas (HSCED, Elliott, 2002)

7.1 Evidência Direta

1. **Atribuição retrospectiva:** Serão expostas as atribuições do cliente sobre mudanças como o resultado do processo terapêutico (e.g. como pode ser observado através da análise da CCI, o jovem afirma que aconteceram mudanças positivas e importantes e atribui grande parte dessas mudanças ao processo terapêutico).
2. **Mapeamento entre o processo e o resultado:** Pretende-se verificar se as alterações do cliente correspondem a eventos específicos, aspetos ou processos da terapia. Assim para realizar esta análise serão utilizados os instrumentos PQ, HAT (do jovem) e CCI.
3. **Correlação entre processo e resultado dentro da terapia:** Para esta análise serão utilizados o PQ e HAT (do cliente e do terapeuta) de forma a verificar a relação entre o que se passa nas sessões e as variações que ocorrem semanalmente nos problemas do jovem.
4. **Mudanças precoces em problemas estáveis:** Pretende-se analisar a influência terapêutica, isto é, se a terapia coincide com mudanças em problemas crónicos ou cristalizados do cliente. Assim serão tidos em conta apenas os problemas apresentados no PQ com duração entre três e cinco anos e superior a sete anos (problemas estáveis e não de situação).
5. **Sequências de mudanças de eventos:** Serão analisados os instrumentos PQ e HAT (do jovem e do terapeuta) por forma a perceber se um evento terapêutico importante precedeu alguma mudança estável num problema do jovem, especialmente quando a natureza do processo terapêutico e a mudança estão relacionadas entre si.

7.2 Evidência indireta

1. **Alterações negativas ou triviais:** Pretende-se verificar se as mudanças no jovem são negativas, isto é, são alterações que envolvem deterioração, o que pode colocar dúvidas sobre a efetividade da terapia. Ou se são mudanças triviais, ou seja, envolvem melhorias em variáveis pouco importantes. Assim será analisado se o jovem menciona algo de negativo na CCI, mas também serão analisados os instrumentos quantitativos (SAI-R, BIS-11, TAS-20 e EA) por forma a observar se apresentam uma evolução de sentido positivo ou negativo.
2. **Artefactos estatísticos:** Analisar se as mudanças observadas referem-se a artefactos estatísticos, como por exemplo, erro na medida, *outliers*, entre outros.

3. **Artefactos relacionais:** Através dos instrumentos qualitativos será analisado se o jovem enfatizou os problemas no início da terapia para impressionar o terapeuta ou o investigador. E por outro lado se enfatizou os aspetos positivos no final da terapia quer como forma de agradecimento ao terapeuta ou investigador, ou como justificação para terminar a terapia.

4. **Artefactos de expetativas:** Esta evidência pretende analisar se o jovem tem tendência a convencer-se a si próprio e aos outros que se fez terapia, então, terá mudado (“*wishfull thinking*”). Assim, será analisado em particular o PQ, que nos permitirá observar a evolução e a que ritmo ocorrem as mudanças.

5. **Mudanças não relacionadas com a terapia:** Podem ocorrer que as mudanças não estejam relacionadas com a terapia, mas sim relacionadas com outros fatores como serão apresentados em seguida. **i) Processos de Autocorreção** (o jovem melhorou apenas devido a processos internos de maturação? O jovem encontrava-se num estado temporário que tende a terminar por si?); **ii) Eventos de Vida Extra Terapia** (e.g. Prática de novos factos qualificados como crime, nova medida tutelar educativa, mudança de escola ou curso, entre outros poderam ter grande impacto no jovem); **iii) Causas Psicobiológicas** (e.g. medicação psicofarmacológica) e **iv) Efeitos Reativos da Investigação** (observar melhorias efetivas no jovem devido a efeitos reativos deste estar num processo de investigação). Para a recolha de todas estas informações serão analisados todos os instrumentos (qualitativos e quantitativos) mas também será perguntado à técnica da DGRSP responsável pela execução da medida de acompanhamento educativo do jovem, se identifica alguma mudança que possa ser explicada por outro fator extra terapia.

8. Resultados Esperados da Análise HSCED

Tendo em conta que o *standard* neste tipo de investigação é a replicação através de dois ou mais tipos de evidência direta, estes resultados são mais do que adequados. Prevê-se que na avaliação da evidência direta do processo terapêutico do jovem, encontre-se evidência, pelo menos, em 3 de 5 indicadores possíveis, o que apoia a eficácia e sucesso do processo terapêutico psicodramático. Existe a probabilidade de não se verificar a evidência de mudanças precoces em problemas estáveis, devido à sua idade uma vez que poderá influenciar o tempo e duração de determinado problema, o que poderá resultar que a grande maioria dos itens sejam classificados como situacionais.

Em termos da análise da evidência indireta, o *standard* é que nenhuma explicação não terapêutica, isto é, devido a algum fator exterior ao processo terapêutico, possa, por si só, ou em combinação com outras explicações não terapêuticas, explicar completamente as alterações no cliente, embora este tipo de explicações possa ter tido algum papel nas mudanças observadas. Nesta análise não nos foi possível observar nenhum evento extra terapia que explicasse, por si só, as alterações sentidas e medidas no estado psicológico da cliente India, embora concordemos que a medicação antidepressiva possa ter contribuído favoravelmente para estas mudanças.

Discussão

Atualmente, a delinquência juvenil é uma das áreas de maior preocupação, política e social (Luzes, 2010). A maioria da literatura existente sobre jovens delinquentes estuda e descreve a origem do comportamento desviante, quais os fatores que levam a uma maior vulnerabilidade e a uma maior probabilidade de uma (nova) passagem ao ato. No entanto existem menos estudos que analisam o efeito e eficácia de uma terapia ou intervenção em jovens delinquentes. Os estudos que perspetivam o psicodrama como possível terapia e intervenção com jovens delinquentes são quase inexistentes, exceto os realizados nas décadas de 1950 e 1980), não apresentando dados mas apenas as descrições das observações da prática clínica dos autores (Bordon, 1940 cit. por Schramski & Harvey, 1983; Corsini, 1951 cit. por Schramski & Harvey, 1983; Corsini, 1958 cit. por Carpenter & Sandberg, 1973; Carpenter & Sandberg, 1973; Schramski & Harvey, 1983). Mais recentemente surgiram alguns estudos que revelam mudanças e resultados positivos após a terapia, entre outros, na elaboração de questões narcisistas com adolescentes (Guilè et al., 2005), na prevenção de distúrbios de comportamento em adolescentes imigrantes (Smokowski & Bacallao de 2009), na intervenção com pessoas que cometeram crimes sexuais (Reveillaud & Guyod, 2009), no caso de jovens com perturbação do comportamento (Gatta et al., 2010), ou ainda como método terapêutico para diminuir níveis de agressividade em adolescentes (Karata & Gökçakan, 2009; Gezait et al., 2012).

Ao longo do presente projeto foram apresentadas as características dos jovens delinquentes e do psicodrama. Ao mesmo tempo, foi escolhida como metodologia o *Hermenetic Single Case Efficacy Design* (HSCED; Elliott, 2002) por permitir uma avaliação mais minuciosa e rigorosa das mudanças que ocorrem ao longo do processo

terapêutico, tendo em conta não só os resultados da intervenção, mas também a sua eficácia e eficiência, e a análise do processo de mudança. A revisão da literatura permitiu refletir sobre o efeito do psicodrama em jovens delinquentes. Dentre essas reflexões sublinho: (1) a relação entre o psicodrama e os adolescentes; (2) o psicodrama como resposta às dificuldades de comunicação; (3) psicodrama como método que revela as motivações conscientes e inconscientes; (4) *acting in* em vez de *acting out*; (5) psicodrama como espaço facilitador da fantasia e do jogo; (6) diminuição da impulsividade e aumento do autocontrole; (7) menor alexitimia e maior espontaneidade e, finalmente, (8) permitir que os jovens delinquentes adquiram a capacidade de se colocar no papel do outro.

(1) Sendo uma terapia individual mas realizada em grupo, o psicodrama tem demonstrado ser eficaz com jovens, uma vez que na adolescência as necessidades de vinculação passam das figuras cuidadoras para os pares, fomentando o sentimento de pertença a um grupo no qual poderão confiar. O ato de expressar as nossas perceções e reações a outros que nos ouvem e validam, é por si só um poderoso fator de ajuda a lidar com os problemas de controlo de raiva e com dificuldades relacionadas com a puberdade, através de soluções saudáveis e confortáveis (Blatner, 2000; Fong, 2006; Smeijsters, e Cleven 2006 cit por Gezait et al., 2012; Karata & Gökçakan, 2009).

(2) Muitos dos jovens com comportamentos desviantes revelam dificuldades de comunicação interpessoal e baixo nível escolar (Weiner, 1995; Faria, 2011). Para estes, uma terapia puramente baseada no diálogo poderá, numa primeira fase, ser limitativa uma vez que o jovem poderá evidenciar dificuldades de compreensão e expressão. Por conseguinte, poderá também apresentar uma maior resistência face à terapia. Blatner (2000) afirma que a dramatização psicodramática é especialmente útil para indivíduos com dificuldades de verbalização, sendo esta devido ao seu temperamento, educação e/ou cultura. Também de acordo com Milosevic (2000) citado por Gezait et al., (2012) o psicodrama tem-se revelado como uma intervenção eficaz para melhorar as habilidades de auto expressão. Assim, o psicodrama, para jovens delinquentes vai de encontro ao princípio da Responsividade, uma vez que se adequa às capacidades e necessidades desta população.

(3) Como supracitado, o uso do corpo e da ação é um método que se tem demonstrado valioso para denunciar as motivações conscientes e inconscientes do paciente, bem como o seu comportamento e condições patológicas (Rojas-Bermúdez, 1997). Algo de muito valioso quando se trata desta população, uma vez que estes jovens apre-

sentam discursos adulterados e manipuladores acerca de si próprios e da sua história de vida, familiar e social. De acordo com Carpenter & Sandberg (1973) o impacto emocional da ação resulta como corte das suas defesas, por forma a alcançar os sentimentos ao nível inconsciente (e.g. solidão, desejo de ser amado) vividos pelos jovens delinquentes, sendo crucial, tanto para o *insight* como para a mudança comportamental.

(4) De acordo com Raymond (1999), os jovens delinquentes rejeitam o pensamento somatizando ao invés de mentalizar, importando apenas o momento imediato. Assim, perante um sentimento de raiva ou de perda estes jovens não são capazes de fazer a sua expressão simbólica ou de recorrer ao imaginário, recorrendo antes ao ato, ao agir (*acting out*), ou seja, substituindo o pensar e o sentir (Raymond, 1999). Em terapia, a junção da ação à expressão verbal foi inibida por ser confundido com o *acting out* do tipo não reflexivo (Rexford, 1978 cit. por Blatner, 2000). O psicodrama converte a ação com a intenção da não consciência/pensamento, em comportamento que promove o *insight* e maior capacidade de auto reflexão (Blatner, 1997). De acordo com Sacks (1981, cit. por Blatner, 2000) o teatro terapêutico é especialmente útil para pacientes em que o seu principal problema é o *acting out*. Assim, o agir no psicodrama com jovens delinquentes deverá ser visto como um *acting in* em vez de *acting out*.

(5) Estes jovens apresentam um pensamento operatório, sem capacidade de aceder ao imaginário e manejar situações hipotéticas, resolver problemas, assim como antever as consequências dos seus atos, com pouca capacidade de aceder ao imaginário como forma de sublimar pulsões (Raymond, 1999; Faria 2011). Através do psicodrama, estes jovens poderão brincar ao “faz de conta” e viver algo que sempre desejaram, sem o risco de consequências, pois na dramatização psicodramática tudo é reversível. Poderão, ainda, aprender a brincar, fantasiar e imaginar/sonhar, e/ou a ser parados no momento da ação e levados a pensar sobre o que estão a sentir.

(6) Na literatura é vastamente descrita a relação entre o comportamento desviante com a impulsividade (e.g. Garmezy, Masten & Tellegen, 1984; Loeber & Farrington, 2000; Waschbusch, 2002; Andrews & Bonta, 2010; Faria, 2011), e com a falta de autocontrolo (e.g. Fonseca, 2002; Vazsonyi & Huang, 2010). Para Moreno, a espontaneidade é uma forma livre de gerar respostas a situações com flexibilidade, adequação, originalidade e criatividade (McVea e Reekie, 2007), e não um ato irrefletido e impulsivo da expressão das emoções ou de comportamentos (Davelaar et al., 2008; Gonzalez, 2012). Assim, através do psicodrama, os jovens terão uma aquisição, gradual, de um

manancial de estratégias para lidar com situações novas e antigas (Coutinho & Veiga, 2006), permitindo o encontro de respostas alternativas aos problemas.

(7) Os acontecimentos são vividos por estes jovens sem a consciência dos afetos que os acompanham, e sem a capacidade de os nomear - alexitimia (Raymond, 1999; Karata, 2011). Kellermann (2007) refere o potencial do psicodrama, através das suas diversas técnicas (espelho, duplo, observar-nos através do ego auxiliar, comentários do auditório, entre outros) para proporcionar aos clientes algo que é crucial para o desenvolvimento humano, o *Mirroring*. Assim, através do psicodrama os jovens delinquentes poderão beneficiar do *mirroring*, levando a que se sintam compreendidos, apreciados, a ter consciência sobre quem são e o que sentem. O *mirroring* proporciona ainda descobrir quem queremos ser (Kellermann, 2007). Estes jovens poderão (re)aprender a identificar e nomear as suas emoções, isto é, estes jovens apresentarão menores níveis de alexitimia. Alguns estudos têm demonstrado uma correlação negativa entre alexitimia e espontaneidade, isto é, quanto maior alexitimia menor espontaneidade e vice-versa (Batista, 2009; Santos, 2009; Batista, 2010). A capacidade de se expressar ou “autoexpressão” permite a autoavaliação, clarificar e validar emoções e pensamentos, sendo por isso tão importante quanto a capacidade de *insight* ou de resolução de problemas (Blatner, 1997; Blatner, 2000).

(8) O psicodrama proporcionará o treino de colocar-se no papel do outro. Devido ao seu egocentrismo, dificuldade de descentração e incapacidade de manejar e conceber a existência de diferentes pontos de vista, estes jovens demonstram uma grande dificuldade em compreender os outros, aliado muitas vezes a uma falta de empatia (Faria, 2011). Assim, quer seja na dramatização de eventos do próprio ou como ego auxiliar, encenando situações e papéis que não lhe pertencem, estes indivíduos poderão tomar consciência sobre o que os outros pensam e sentem. Segundo Blatner (2000), através das técnicas de **Inversão de Papéis** e **“Role Playing”** estes jovens terão a oportunidade de experienciar o que é estar no papel do outro e desenvolver empatia (Blatner, 2000). Existe uma compreensão do outro tal como ele é e não como gostaríamos que fosse, existe a Tele.

Tomando em consideração as oito reflexões anteriores e não perdendo de vista os objetivos traçados no início deste projeto, considero que existe um espaço para conceber o psicodrama como uma terapia adequada para os jovens delinquentes. Além do mais, este tema tem sido pouco abordado na literatura nacional e internacional, tornando-se premente o estudo da eficácia e efeitos do psicodrama em jovens

delinquentes. Deste modo, a mais-valia deste estudo concentra-se tanto na abordagem metodológica, como no contributo para um maior conhecimento científico na intervenção em jovens delinquentes.

Referências Bibliográficas

- Abreu, J. L. P. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4º ed.) Grenoble: Pug.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: Lexis Nexis.
- Anzieu, D. (1981) *Psicodrama Analítico*. Rio de Janeiro: Campus.
- Archibald, A. B, Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. (2003). Pubertal Processes and Physiological Growth in Adolescence. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence* (pp. 24-47).
- Atger, F. (2002). Vinculação na adolescência. In N. Guedeney, & A. Guedeney. *Vinculação: Conceitos e aplicações* (1º ed., pp. 147-157). Lisboa: Climepsi Editores (ed. Portuguesa, 2004).
- Batista, C. (2010). Sentimos muito, mas não contagiamos: Estudo comparativo – Níveis de alexitimia, espontaneidade e bem-estar psicológico em sujeitos com e sem psoríase. Dissertação (Mestrado). ISPA - Instituto Universitário, Lisboa.
- Batista, V. (2009). O psicodrama como abordagem psicoterapêutica à alexitimia: Espontaneidade e alexitimia em pacientes com lúpus. Dissertação (Mestrado). ISPA - Instituto Universitário, Lisboa.
- Beauchaine, T. P., Katkin, E. S., Strassberg, Z., & Snarr J. (2001). Disinhibitory psychopathology in male adolescents: discriminating conduct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder through concurrent assessment of multiple autonomic states. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 610-24.
- Benavente, R. (2002). Delinquência juvenil: Da disfunção social à psicopatologia. *Análise Psicológica*, 4, 637-645.
- Blatner, A. (1997). *Acting-in: practical applications of psychodramatic methods* (3ªed.). London: Free Association Books.
- Blatner, A. (2000). *Foundations of Psychodrama: History, Theory, and Practice* (4ª ed.).

New York: Springer Publishing.

- Born, M. (2005). *Psicologia da Delinquência*. Lisboa: Climepsi.
- Capaldi, D. M. & Wu Shortt, J. (2003). Understanding Conduct Problems in Adolescence from a Lifespan Perspective. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence* (pp. 471-493).
- Capdevila, M., Ferrer, M., & Luque, E. (2005). *La reincidencia en el delito en la justicia de menores*. Material policopiado distribuído na ação de formação para acreditação de formadores de utilizadores do IMR – Instrumento de Medida da Reincidência de jovens com ligação ao sistema de justiça.
- Carpenter, P. & Sandberg, S. (1973). “The Things Inside:” Psychodram with Delinquent Adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 10, 245-247.
- Carvalho, M. J., Faustino, I., Nascimento, A., & Sales, C. M. D. (2008). Understanding Pamina’s recovery: An application of the hermeneutic single-case Efficacy design. *Counseling and Psychotherapy Research*, 8, 3, 166-173.
- Chitsabesan, P., Kroll, L., Bailey, S., Kenning, C., Sneider, S., MacDonald, W. & Theodosiou, L. (2006). Mental health needs of young offenders in custody and in the community. *British Journal of Psychiatry*, 188,534-540.
- Cocozza, J. ., & Skowrya, K. R. (2000). Youth with mental health disorders: Issues and emerging responses. *Juvenile Justice*, 7, 3-13.
- Cohen, P., Cohen, J., & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 869–897.
- Cottle, C. C., Lee, R. J., & Heilbrun, K. (2001). The prediction of criminal recidivism in juveniles: A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behaviour*, vol. 28, nº. 3, 367-394.
- Coutinho, J. B. & Veiga, S. (2006). A avaliação psicológica no Modelo do Psicodrama Moreniano. In Machado, C., Almeida, L. S., Gonçalves, M. & Ramalho, V. (Eds.), *Actas da XI conferência internacional de avaliação psicológica: formas e contextos*. (p. 193-201).
- Davelaar, P., Araujo, F., & Kipper, D. (2008). The revised spontaneity assessment inventory (SAI-R): relationship to goal orientation, motivation, perceived self-efficacy, and selfesteem. *The Arts in Psychotherapy*, 117-128.
- Diemen L., Szobot C., Kessier F., Pechansky F. (2006) Adaptation and construct

- validation of the Barrett Impulsiveness Scale BIS 11 to Brazilian Portuguese for use in adolescents.
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349 – 371.
- Durkheim, É. (1995). Suicídio e a anomia. In B. Cruz (Ed.), *Teorias sociológicas: os fundadores e os clássicos* (Vol. 1, pp. 345-363). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Elliot, R., Mack, C., & Shapiro, D. (1999). *Simplified Personal Questionnaire procedure*. <http://www.experientialresearchers.org/instruments.html#pq>
- Elliot, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative process research on psychotherapy: alternative strategies. In J. Frommer, & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: methods and methodology*. Lengerisch: Pabst Science Publishers.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12 (1), 1-21
- Fagan, A., & Western, J. (2005). Escalation and deceleration of offending behaviours from adolescence to early adulthood. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 38 (1), 59 – 76.
- Faria, M. (2011). O auto-conceito e a resolução de problemas na delinquência juvenil. Maria Faria. *Ousar integrar- revista de reinserção social e prova*, 10, 19-31.
- Flannery, D. J., Hussey, D. L., Biebelhausen, L. & Wester, K. L. (2003). Crime, Delinquency, and Youth Gangs. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence* (pp. 503 – 522).
- Flory, K., Milich, R., Lynam, D. R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2003). Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: Individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder are uniquely at risk. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2003, 17(2), pp. 151-158.
- Fong, J. (2006) Psychodrama as a Preventive Measure: Teenage Girls Confronting Violence. *Journal of Group Psychotherapy Psychodrama Sociometry*, 99-108.
- Fonseca, A. (2002). Uma escala de autocontrolo: Dados preliminares para a população portuguesa. *Psychologica*, 30, 193-202.

- Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97–111.
- Gatta, M., Lara, D. Z., Lara, D. C., Andrea, S., Paolo, T. C., Giovanni, C., Rosaria, S., Carolina, B., & PierAntonio. B. (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 240-247.
- Gezait, K. M., Ching Mey, S. S. & Abdullah, M. (2012). The role of psychodrama techniques to decrease the level of school violence in the Arab world. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17, 165-185.
- Goldstein, N. E. S., Olubadewo, O., Redding, R. E. & Lexcen, F. J. (2005). Mental Health Disorders: The Neglected Risk Factor in Juvenile Delinquency. In: K. Heilbrun, N.E.S. Goldstein, & R.E. Redding, (Eds.). *Juvenile Delinquency. Prevention, Assessment, and Intervention*. Oxford: Oxford University Press, 85-110. Disponível em: <http://books.google.pt>.
- Gonzalez, A. (2012). Das relações entre espontaneidade, saúde e doença. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 20 (2), 39-51.
- Graves, K. N., Frabutt, J. M. & Shelton, T. L. (2007). Factors Associated With Mental Health and Juvenile Justice Involvement Among Children With Severe Emotional Disturbance. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 5, 147-167
- Guilè, J.M., Ducasse, H., Aupetit, J. & Albert, É. (2005). Élaboration des problématiques narcissiques pr le psychodrama ndividual en groupe d'adolescents. *Neuropsychiatrie de l'enfance de l'adolescence*, 53, 195-199.
- Herrenkohl, T. L., Maguin, E., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., & Catalano, R.F. (2000). Developmental risk factors for youth violence. *Journal of Adolescent Health* 26(7):176–186
- Hirschi, T. (2002). *Causes of delinquency*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Hoge, R. D. (2002). Standardized instruments for assessing risk and need in youthful offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 29 (4), 380-396.
- Hoge, R. D. (2009). *Lista de fatores de proteção*. Material policopiado distribuído na ação de formação para acreditação de formadores de utilizadores da YLS/CMI. DGRS. Porto
- Howell, J. C. (2009). *Preventing and Reducing Juvenile Delinquency*. Thousand Oaks:

SAGE Publications, Inc.

- Jongenelen, I., Carvalho, M., Mendes, T., & Soares, I. (2007). Vinculação na adolescência. In I. Soares (Eds.), *Relações de vinculação na ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (8ªed., pp. 99 -121). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Karata , Z., (2011). Investigating the Effects of Group Practice Performed Using Psychodrama Techniques on Adolescents' Conflict Resolution Skills. *Educational Sciences: Theory & Practice, 11*, 609-614.
- Karata , Z., Gökçakan, Z. (2009).The Effect of Group-Based Psychodrama Therapy on Decreasing the Level of Aggression in Adolescents. *Turkish Journal of Psychiatry, 1-9*.
- Kellermann, P. F. (2007). Let's face it. Mirroring in psychodrama. In Baim, C., Burneister, J. & Maciel, M. (Eds.), *Psychodrama advances in theory and practice*, 83-95.
- Kim, K. (2003). The effects of being the protagonist in psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 55, (4)*, 115-127
- Kipper, D., & Hundal, J. (2005). The spontaneity assessment inventory: the relationship between spontaneity and nonspontaneity. *Journal of Group Psychoteraphy Psychodrama & Sociometry*, 119-129.
- Kipper, D., & Shemer, H. (2007). The revised spontaneity assessment inventory (SAI-R): spontaneity, well-being, and stress. *Journal of Group Psychoteraphy Psychodrama & Sociometry*, 127-136.
- Le Blanc, M. (2002). Trajetórias de delinquência comum, transitória e persistente: Uma estratégia de prevenção diferencial. In I. Alberto, A. C. Fonseca, C. P. Albuquerque, A. G. Ferreira & J. A. Rebelo (Eds.), *Comportamento anti-social: Escola e Família*. Coimbra: Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra.
- Lei Tutelar Educativa. (1999). Aprovada pela Lei nº 166/99 de 14 de Setembro. *Diário da República I Série-A, 215*, 6320-6351.
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 223-238.
- Loeber, R. & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence

- from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12, 737-762.
- Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence: Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist*, 53, 242-259.
- Luzes, C. A. (2010). Um olhar psicológico sobre a delinquência. *O Portal dos Psicólogos*.
http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0520
- MacKenzie, D. L. (2006). *What Works in Corrections Reducing the Criminal Activities of offenders and Delinquents*.
<http://ebooks.cambridge.org/ebook.jsf?bid=CBO9780511499470>
- Maltz, M. D. (1984). *Recidivism*. Orlando: Academic Press.
www.uic.edu/depts/lib/forr/pdf/crimjust/recidivism.pdf (ed. 2001).
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)* (4ª Ed.). PêroPinheiro: Report Number.
- McVea, C., Reekie, D. (2007). Freedom to act in new ways: The application of Moreno's spontaneity theory and role theory to psychological coaching. *Australian Psychologist*, 295-299.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Negreiros, J. (2001). *Delinquências Juvenis: trajetórias, intervenções e prevenção* (2ªed.). Lisboa: Notícias.
- Organização Mundial de Saúde. *CID 10/Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*.
http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/CID_10.pdf.
- Parker, J. D., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2002). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Pshchosomatic Research*, 55, 269-275.

- Payne, J. (2007). *Recidivism in Australia: findings and future research*. Material policopiado distribuído na ação de formação para acreditação de formadores de utilizadores do IMR – Instrumento de Medida da Reincidência de jovens com ligação ao sistema de justiça.
- Pfiffner, L., McBurnett, K., Rathouz, P. J., & Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (5), 551-563.
- Polaschek, D. L. (2012). An appraisal of risk-need-responsivity (RNR) model of offender rehabilitation and its application in correctional treatment. *Legal and Criminological Psychology*, 17, 1-17.
- Prazeres, N.; Taylor, G.; Parker, J. (2004) Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* Coimbra: Quarteto (87-99).
- Raymond, M. (1999). Considerações acerca das perturbações do pensamento dos adolescentes. *Infância e Juventude*, 1, p.9-112.
- Recommendation CM/Rec (2008)11 of the Committee of Ministers to member States on the European Rules for juvenile offenders subject to sanctions or measures
- Recommendation Rec (2003) 20 of the Committee of Ministers to member States concerning new ways of dealing with juvenile delinquency and the role of juvenile justice
- Reveillaud, M., & Guyod, F. (2009). Le nœud du déni: psychodrame pour les adolescentes auteurs d'actes sexualisés sanctionnés ou sanctionnables. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 102 – 107.
- Rogers, C. R. (1974). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Moraes.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24, 595 – 605.
- Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría e Técnica Psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.
- Rosenblum, G. D. & Lewis, M. (2003). Emotional Development in Adolescence. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence* (pp. 269 – 289).
- Sales, C., Gonçalves, S., Silva, I., Duarte, J. Sousa, D., Fernandes, E. Et al. (2007).

- Portuguese adaptation of qualitative change process instruments.* Paper presented at the European Chapter Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Madeira, Portugal.
- Salgueiro, E. (1996). *Crianças Irrequietas*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sanches, C. & Gouveia-Pereira, M. (2010). Julgamentos de justiça em contexto escolar e comportamentos desviantes na adolescência. *Análise Psicológica*, 1 (28), 71-84.
- Sanches, C., Gouveia-Pereira, M. & Carugati, F. (2011). Justice judgements, school failure, and adolescent deviant behaviour. *British Journal of Educational Psychology*, 82, 606–621.
- Santos, A. (2009). Alexitimia e espontaneidade: quando meia palavra afinal não basta. Dissertação (Mestrado). ISPA - Instituto Universitário, Lisboa.
- Schramski, T. G. & Harvey, D. R. (1983) The Impact of Psychodrama and Role Playing in the Correctional Environment. *International Journal Offender Therapy and Comparative Criminology*, 27, 243-254.
- Silva, N. (2010). Espontaneidade e impulsividade definições, avaliação e relações mútuas. Dissertação (Mestrado). ISPA - Instituto Universitário, Lisboa, 2010.
- Smokowski, P. R., & Bacallao, M. (2009). Entre dos mundos/Between two worlds youth violence prevention—Comparing psychodramatic and support group delivery formats. *Small Group Research*, 40, 3 – 27.
- Soeiro, A. C. (1991). *Psicodrama e psicoterapia*. Lisboa: Escher.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspetiva fenomenológica existencial. *Análise Psicológica*, 3, 24, 373-382.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K., & Mericle, A. A. (2002). Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1133-1143.
- Thornberry, T. P., Huizinga, D., & Loeber, R. (2004). The causes and correlates studies: Findings and policy implications. *Juvenile Justice*, 9(1), 3-16.
- Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counseling Psychology Quarterly*, 23 (4), 371-386.

- Tremblay, R. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioural Development*, 24, 129-141.
- Vazsonyi, A. & Huang, L. (2010). Where Self-Control Comes From: On the Development of Self-Control and Its Relationship to Deviance Over Time. *Developmental Psychology*, 46 (1), 245-257.
- Verissimo, R. (2001). Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-Itens-I: adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 259-536.
- Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic evaluation of comorbid hyperactive-impulsive-inattention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128, 118-150.
- Weiner, I. B. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Yoshikawa, H. (1995). Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. *The Future of Children*, 5(3), 51-75.

Anexos

QUESTIONÁRIO PESSOAL

Data: ___ / ___ / _____

Código Cliente: _____

Instruções: Por favor, indique o grau de mal-estar que cada problema lhe causou na última semana. Muito obrigado.

	Nenhum Mal-Estar	Muito Pouco	Pouco	Mal-Estar Moderado	Grande	Muito Grande	Mal-Estar Total
1.	1	2	3	4	5	6	7
2.	1	2	3	4	5	6	7
3.	1	2	3	4	5	6	7
4.	1	2	3	4	5	6	7
5.	1	2	3	4	5	6	7
6.	1	2	3	4	5	6	7
7.	1	2	3	4	5	6	7
8.	1	2	3	4	5	6	7
9.	1	2	3	4	5	6	7
10.	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONÁRIO PESSOAL

Data: ___ / ___ / _____

Código

Cliente: _____

Instruções: Por favor, pense desde quando é que estes problemas lhe causam mal-estar, com a mesma intensidade que indicou no quadro anterior, ou com maior intensidade.

	Menos de 1 mês	De 1 a 5 meses	De 6 a 11 meses	De 1 a 2 anos	De 3 a 5 anos	De 6 a 10 anos	Há mais de 10 anos
1.	1	2	3	4	5	6	7
2.	1	2	3	4	5	6	7
3.	1	2	3	4	5	6	7
4.	1	2	3	4	5	6	7
5.	1	2	3	4	5	6	7
6.	1	2	3	4	5	6	7
7.	1	2	3	4	5	6	7
8.	1	2	3	4	5	6	7
9.	1	2	3	4	5	6	7
10.	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONÁRIO PESSOAL
Cliente: _____

Data: ___ / ___ / _____

Código

Instruções: Preencher antes de cada sessão. Por favor, indique o grau de mal-estar que cada problema lhe tem causado desde a última consulta. Caso existam novos problemas, por favor acrescente-os e indique o grau de mal-estar. Se algum dos problemas já não fizer sentido, por favor risque-o na lista. Muito obrigado.

	Nenhum Mal-Estar	Muito Pouco	Pouco	Mal-Estar Moderado	Grande	Muito Grande	Mal-Estar Total
1.	1	2	3	4	5	6	7
2.	1	2	3	4	5	6	7
3.	1	2	3	4	5	6	7
4.	1	2	3	4	5	6	7
5.	1	2	3	4	5	6	7
6.	1	2	3	4	5	6	7
7.	1	2	3	4	5	6	7
8.	1	2	3	4	5	6	7
9.	1	2	3	4	5	6	7
10.	1	2	3	4	5	6	7

9.2.2 HAT

Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT).

Robert Elliott © 1993

University of Toledo

A partir da versão de Célia Sales, Sónia Gonçalves, Eugénia Fernandes, Daniel Sousa, Isabel Silva, Jane Duarte, & Robert Elliott (2007)

Aspectos Úteis da Terapia é um questionário sucinto, aberto, preenchido pelo cliente no final de cada sessão¹. O cliente deverá descrever, com palavras suas, os acontecimentos da sessão que mais o ajudaram, atribuindo uma pontuação ao grau de utilidade de cada um desses acontecimentos. O cliente deverá também pronunciar-se sobre outros acontecimentos, ocorridos durante a sessão, que o ajudaram ou que foram sentidos como uma dificuldade ou obstáculo ao desenvolvimento da terapia.

Código Identificação _____

Data preenchimento _____

¹ Dado o horário noturno deste grupo, sugerimos que o preenchimento seja feito no dia seguinte à sessão

1. De todos os acontecimentos desta sessão, qual o **ajudou** mais, ou foi mais **importante** para si? (por «acontecimento» entende-se algo que tenha acontecido durante a sessão. Poderá ser algo que disse, ou fez, ou algo que o terapeuta ou outro participante do grupo disse ou fez).

2. Poderia descrever de que forma é que este acontecimento o ajudou, ou foi importante para si, para que é que lhe serviu?

3. Em que medida é que este acontecimento o ajudou? Assinale com um «X» a sua resposta, na escala seguinte:

1	2	3	4	5
----- ----- ----- ----- -----				
Não ajudou nada	Ajudou pouco	Ajudou moderadamente	Ajudou muito	Ajudou muitíssimo

4. Durante a sessão, aconteceu alguma coisa que possa ser negativa ou um entrave, para si ou para o progresso da terapia?

SIM NÃO

a. Se sim, assinale na escala seguinte, como sente esse acontecimento:

1	2	3	4	5
----- ----- ----- ----- -----				
Nada negativo	Ligeiramente	Moderadamente negativo	Muito	Extremamente negativo

b. Por favor, descreva sucintamente o que aconteceu:

Tabela 2 - Lista de mudanças

Mudanças	A mudança foi:	Sem terapia, a mudança:					A mudança foi:						
	1 - Totalmente esperada 2 - Algo esperada 3 - Nem esperada, nem surpresa 4 - Algo surpresa 5 - Totalmente surpresa	1 - De certeza NÃO aconteceu 2 - Provavelmente NÃO aconteceu 3 - Não sei 4 - Provavelmente ACONTECIA 5 - De certeza ACONTECIA	1	2	3	4	5	1 - Nada importante 2 - Pouco importante 3 - Moderadamente import 4 - Muito importante 5 - Extremamente import	1	2	3	4	5
1.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5
2.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5
3.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5
4.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5
5.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5
6.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5
7.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5
8.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5	1 2 3 4 5	1	2	3	4	5

Guião da Entrevista de Mudança do cliente

No final de cada fase da intervenção psicoterapêutica, gostaríamos de convidá-lo/a para uma entrevista semi-estruturada, com sensivelmente uma hora de duração.

Os principais tópicos desta entrevista são quaisquer mudanças que tenha verificado desde o início da sua psicoterapia, o que acredita ter contribuído para essas mudanças, bem como os aspectos úteis e os aspectos desnecessários que identifica na terapia.

O objectivo central desta entrevista é permitir que nos informe acerca da psicoterapia e da investigação, nas suas próprias palavras. Esta informação ajudar-nos-á a compreender melhor como funciona a psicoterapia. Ajudará também a melhorarmos a prática psicoterapêutica.

Esta entrevista é sujeita a gravação áudio para posterior transcrição. (Os dados serão confidenciais.) Por favor, faculte a maior quantidade de detalhes possível.

1. QUESTÕES GERAIS

1a. Que medicação está actualmente a tomar?

(Entrevistador: registe as respostas na Tabela 1)

1b. Está a ter acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, para além deste?

(Em follow-up: Desde que terminou a terapia fez algum acompanhamento psicológico/ psiquiátrico?)

1c. Como tem sido a terapia para si, até ao momento?

(Em follow-up Como é que se sentiu na terapia?)

1e. Como é que vão as coisas desde que começou a terapia?

(Em follow-up: Terminou o tratamento há cerca de ____ meses. Como vão as coisas?)

2. MUDANÇAS SENTIDAS

(Em *follow-up*, solicitar mudanças sentidas desde o fim da terapia)

(Entrevistador: vá anotando as alterações numa folha branca, nas próprias palavras do cliente)

2a. Desde que começou a terapia que mudanças notou, em si ou na sua família?

(e.g. Tem agido, sentido ou pensado de modo diferente do que acontecia antes da terapia? Alguém notou alguma mudança em si (ou na sua família)? Pode dar alguns exemplos?

2b. Houve alguma coisa que mudou para pior, desde o início (final) da terapia?

2c. Há alguma coisa que gostaria de mudar e que ainda não mudou desde o início (final) da terapia?

2d. Desde que começou (terminou) a terapia surgiram outros aspectos que gostasse de mudar, dos quais não se tinha dado conta antes de começar (terminar) a terapia?

3. AVALIAÇÃO DA MUDANÇA

(O entrevistador passa as mudanças da folha branca para a Tabela 2 e dá a seguinte instrução verbal:

Vamos agora avaliar as mudanças que já identificou

(solicitar as três avaliações - 3a, 3b, 3c - para cada mudança; apontar a resposta na coluna correspondente e depois passar para a mudança seguinte da lista)

3a. Estava à espera desta mudança, ou foi uma surpresa para si? (Use a seguinte escala):

- (1) Mudança totalmente esperada
- (2) Mudança algo esperada
- (3) Não estava à espera, mas também não foi uma surpresa
- (4) Mudança algo surpreendente
- (5) Mudança completamente surpreendente

3b. Esta mudança podia ter acontecido sem terapia? (use a seguinte escala):

- (1) De certeza que não acontecia
- (2) Provavelmente não aconteceria
- (3) Não sei
- (4) Provavelmente sim, aconteceria
- (5) De certeza que sim, aconteceria

3c. Até que ponto esta mudança é importante ou significativa para si? (Use a seguinte escala):

- (1) Nada importante
- (2) Pouco importante
- (3) Moderadamente importante
- (4) Muito importante
- (5) Extremamente importante

4. ATRIBUIÇÕES

Em termos gerais, o que pensa ter causado estas mudanças? (incluindo aspectos que aconteceram nas sessões de terapia ou fora das sessões de terapia)

5. ASPECTOS POSITIVOS

Poderia resumir que aspectos da terapia o têm ajudado? Por favor, dê exemplos.

(Em follow-up: Poderia resumir que aspectos da terapia o ajudaram? Por favor, dê exemplos)

6. ASPECTOS NEGATIVOS

6a. Tem havido aspectos na terapia que não estão a funcionar ou que não o ajudam? Ou que são negativos, ou decepcionantes? Quais?

(Em follow-up: Houve aspectos na terapia que não funcionaram [...])

6b. Há aspectos na terapia que estão a ser difíceis ou dolorosos, mas que o estão a ajudar ou poderão vir a ajudar? Por favor, dê exemplos.

(Em follow-up: Houve aspectos na terapia que foram difíceis ou dolorosos, mas que o ajudaram ou poderão vir a ajudar?)

6c. Na sua perspectiva, está a faltar alguma coisa na terapia? Há alguma coisa que poderia tornar a terapia mais benéfica para si (ou para a sua família)?

(Em follow-up: Na sua perspectiva, faltou alguma coisa na terapia? Há alguma coisa que poderia ter tornado a terapia mais benéfica para si (ou para a sua família)?

7. SUGESTÕES

Tem algumas sugestões para nós, em relação à investigação ou à terapia? Gostaria de fazer mais algum comentário acerca da terapia? Gostaria de dizer de mais alguma coisa?

SAI-R

SAI-R: Experiência Pessoal

O inquérito seguinte foi elaborado para ajudar a entender os sentimentos e pensamentos que as pessoas vivenciam em diferentes situações durante um dia típico. Gostaríamos que compartilhasse connosco as suas experiências relativamente a esse aspecto.

Instruções: Os 18 diferentes sentimentos e pensamentos apresentados abaixo referem-se à questão em negrito. Deverão ser avaliados nas escalas ordenadas de 1 = Muito Fraca (nunca/raramente) até 5 = Muito Forte (frequentemente/sempre), que aparecem à direita de cada item. Por favor leia cada item cuidadosamente e assinale com um círculo o número à sua direita que melhor descreve a intensidade dos seus sentimentos ou pensamentos. É importante que você não deixe em branco nenhum dos itens. Não há respostas certas ou erradas.

“Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?”

Muito Fraca	Fraca	Nem Fraca nem Forte	Forte	Muito Forte
1	2	3	4	5

1- Criativo/a	1	2	3	4	5
2- Feliz	1	2	3	4	5
3- Desinibido/a	1	2	3	4	5
4- As coisas parecem fluir	1	2	3	4	5
5- Vivo/a	1	2	3	4	5
6- Livre para criar	1	2	3	4	5
7- Eufórico/a	1	2	3	4	5
8- Livre para agir, até extravagantemente	1	2	3	4	5
9- Vivendo plenamente com equilíbrio	1	2	3	4	5
10- Com energia	1	2	3	4	5
11- Com controlo	1	2	3	4	5
12- Leve e amorosamente	1	2	3	4	5
13- Pleno/a	1	2	3	4	5
14- Prazer	1	2	3	4	5
15- Poderoso/a	1	2	3	4	5
16- Bem sucedido/a	1	2	3	4	5
17- Capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites	1	2	3	4	5
18- Alegre	1	2	3	4	5

Por favor preencha as seguintes informações:

A sua idade _____ Sexo M/F _____ Código de identificação _____

Data _____



Psicologia Médica

Amostra
 Número

= Escala de Alexitimia de Toronto (TAS - 20) =

Instruções

Usando a escala como um guia, indique qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, marcando a preto o local apropriado. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

Marque os círculos deste modo: ●
 E não assim: ☒ ☑

Assinale a resposta que considere mais aproximadamente correcta.

Desacordo total
 Desacordo moderado
 Sem opinião
 Acordo moderado
 Acordo total

1. Muitas vezes sinto-me confuso(a) em relação ao tipo de emoção que estou a sentir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. É-me difícil encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos entendem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mais do que limitar-me a descrever os problemas, prefiro analisá-los.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, se assustado(a), ou zangado(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fico muitas vezes baralhado(a) com sensações que tenho no corpo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Prefiro muito simplesmente deixar que as coisas aconteçam na vez de estar a compreender porque é que se passaram assim.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tenho sentimentos que não sei identificar lá muito bem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. É essencial manter contacto com as emoções.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Acho difícil descrever o que sinto sobre as pessoas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Às vezes pedem-me para dizer mais o que sinto.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Não sei o que se passa cá dentro de mim.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Prefiro mais falar com as pessoas sobre o seu dia-a-dia do que sobre os seus sentimentos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Prefiro ver programas "leves" que distraiam do que dramas psicológicos.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. É-me difícil revelar os meus sentimentos mais íntimos, mesmo a amigos chegados.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Posso sentir-me próximo(a) de uma pessoa, mesmo em momentos de silêncio.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Acho que examinar os meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Estar à procura de significados ocultos em filmes ou peças de teatro, impede a pessoa de se divertir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verifique por favor se respondeu a todas as questões

Obrigado!

Escala de Autocontrolo

Leia com atenção cada uma das frases que a seguir se apresentam e indique até que ponto elas se aplicam a si, colocando uma cruz, no respetivo retângulo. Tem sempre 4 possibilidades de resposta.

	Nada	Um Pouco	Bastante	Muito
1. Faço as coisas impulsivamente, sem parar para pensar				
2. Não penso muito nem faço muito esforço para preparar o futuro.				
3. Prefiro fazer o que me dá prazer imediato mesmo que isso prejudique os meus objectivos mais tarde.				
4. Evito coisas que sei que são difíceis.				
5. Preocupo-me mais com o que me pode acontecer a curto prazo do que com o que me pode acontecer a longo prazo.				
6. Quando as coisas se tornam complicadas, eu retraio-me ou facilmente renuncio a lutar por elas.				
7. As coisas que são fáceis de fazer são as que na vida me dão maior prazer.				
8. Não gosto mesmo nada das tarefas que exigem o máximo das minhas capacidades.				
9. Gosto de me desafiar a mim próprio(a) fazendo, de vez em quando, coisas que são um pouco perigosas.				
10. Faço coisas arriscadas só para me divertir.				
11. Acho estimulante fazer coisas que me podem trazer problemas.				
12. A excitação e a aventura são mais importantes para mim do que a segurança.				
13. Se pudesse escolher, preferia actividades físicas a actividades que obrigam a pensar.				
14. Sinto-me melhor quando tenho de me mexer para fazer qualquer coisa do que quando estou sentado(a) a reflectir.				
15. Gosto mais de sair e fazer coisas do que ficar em casa a ler ou a pensar.				
16. Pareço ter mais energia e necessitar de mais actividade do que a maioria das pessoas da minha idade.				
17. Procuo primeiro tratar de mim, mesmo que isso venha a prejudicar os outros.				
18. Não tenho muita simpatia pelos outros quando eles estão com problemas.				
19. Se o que eu faço magoa os outros, o problema é deles e não meu.				
20. Procuo obter as coisas que quero mesmo sabendo que isso causa problemas às outras pessoas.				
21. Irrito-me e descontrolo-me facilmente.				
22. Quando estou zangado(a) com as outras pessoas sinto mais disposição para as magoar do que para lhes explicar por que é que estou zangado(a).				

23. Quando estou verdadeiramente chateado(a) é melhor que os outros se mantenham afastados.				
24. Quando tenho um desentendimento grave com alguém, é-me difícil falar sobre isso sem ficar transtornado(a).				

Os jovens agem, pensam e sentem de formas diferentes. Apresentamos-te um questionário para perceber algumas dessas formas. O questionário é ANÓNIMO e CONFIDENCIAL. Ninguém que te conhece terá acesso às tuas respostas. Não há respostas certas, nem erradas. O que conta é a tua opinião! Obrigada por participares neste estudo universitário.

Vais encontrar algumas frases sobre diferentes maneiras de pensar e agir.

Usando a seguinte escala, faz uma cruz (X) na resposta que melhor corresponde à tua opinião:



De seguida vais encontrar algumas frases que podem ter a ver contigo. Responde rápido e com sinceridade. Usando a seguinte escala, faz uma cruz (X) na resposta que melhor corresponde à tua opinião.

Exemplo: Eu durmo poucas horas.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
				X	

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu planeio as minhas atividades com cuidado.					
2. Eu faço coisas sem pensar.					
3. Eu sou despreocupado, “cabeça no ar”.					
4. Os meus pensamentos são rápidos.					
5. Eu planeio as minhas saídas ou passeios com antecedência.					
6. Eu sou uma pessoa controlada.					
7. Eu concentro-me facilmente.					
8. Eu tenho facilidade em poupar dinheiro.					
9. Para mim é difícil ficar sentado por muito tempo.					
10. Eu costumo pensar com cuidado em tudo.					
11. Eu quero ter um trabalho fixo para poder pagar as minhas despesas.					
12. Eu digo coisas sem pensar.					
13. Eu gosto de pensar sobre problemas complicados.					
14. Nos meus tempos livres, eu não fico muito tempo a fazer a mesma atividade (desportos, cursos).					➔

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
15. Eu ajo por impulso.					
16. Eu canso-me com facilidade ao tentar resolver problemas mentalmente.					
17. Eu cuido-me para não ficar doente.					
18. Eu faço as coisas no momento em que penso.					
19. Eu tento pensar em todas as possibilidades antes de tomar uma decisão.					
20. Eu troco de casa com frequência ou não gosto de viver no mesmo lugar por muito tempo.					
21. Eu compro coisas por impulso, sem pensar.					
22. Eu termino o que começo.					
23. Eu caminho e movimento-me rápido.					
24. Eu resolvo os problemas por tentativa – erro.					
25. Eu gasto mais do que tenho ou posso.					
26. Eu falo rápido.					
27. Enquanto estou a pensar numa coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ao mesmo tempo.					
28. A mim interessa-me mais o presente do que o futuro.					
29. Eu fico inquieto nas aulas.					
30. Eu faço planos para o futuro.					

Dados Pessoais

1. Idade:
.....anos.

2. Sexo:
Masculino <input type="checkbox"/>
Feminino <input type="checkbox"/>

3. a) Raça / etnia:
Branco <input type="checkbox"/>
Negro <input type="checkbox"/>
Mulato <input type="checkbox"/>
Cigano <input type="checkbox"/>
Outra <input type="checkbox"/>
3.b) Qual? _____

4.a) Nacionalidade:
Portuguesa <input type="checkbox"/>
Países da Europa <input type="checkbox"/>
Países de África <input type="checkbox"/>
Outra <input type="checkbox"/>
4.b) Qual? _____

Dados Escolares

5.a) Frequentas a escola?
Sim <input type="checkbox"/>
Não <input type="checkbox"/>
5.b) Se sim, em que ano estás? <input type="checkbox"/>

6. a) Já chumbaste alguma vez?
Sim <input type="checkbox"/>
Não <input type="checkbox"/>
6.b) Se sim, quantas vezes? <input type="checkbox"/>

7. Que escolaridade tens completa?
..... Ano.