



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Uma aplicação do Hermeneutic Single-Case Efficacy
Design num estudo de caso em terapia psicodramática**

Ricardo Francisco Estêvão Carriço Duarte

Orientador de Dissertação

Prof. Doutor António Gonzalez

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2012

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

Agradecimentos

À minha mulher Paula, sem ti nada disto teria sido possível.

À minha família, que sempre me apoiou mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao professor António Gonzalez, pela excelente orientação durante a execução desta tese, e sobretudo pela motivação e pelos ensinamentos.

A muitos professores e colegas do ISPA, pelo apoio e troca de ideias.

À equipe de psicólogos do IQA pela compreensão e apoio durante este ano difícil.

“O humano começa por ser um espelho num outro humano. Só através da relação com o homem Paulo como seu igual é que o homem Pedro se relaciona consigo próprio como pessoa.” Marx, Das Kapital

Resumo

O objetivo deste trabalho foi estudar a eficácia e o processo de mudança em terapia psicodramática. Optámos por realizar um estudo de caso aprofundado de uma cliente num grupo de psicodrama, seguindo o modelo de análise *Hermeneutic Single-Case Efficacy Design* (HSCED) desenvolvido por Robert Elliott. De forma a construir o caso da forma mais completa possível utilizámos os seguintes instrumentos: Questionário Pessoal (Personal Questionnaire, PQ); Aspectos Úteis da Terapia (Helpful Aspects of Therapy, HAT); Entrevista de Mudança do Cliente (Client Change Interview, CCI); Clinical Outcome Routine Evaluation (CORE); Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R); Sistema Compreensivo Rorschach (SCR). O caso estudado incluiu uma cliente de 28 anos seguida em terapia psicodramática durante 27 sessões num período de 8 meses. Os resultados sugerem a eficácia do processo terapêutico psicodramático.

Palavras-chave: eficácia psicoterapia; psicodrama; HSCED; Rorschach; espontaneidade

Summary

The aim of this study was to investigate the efficacy and the change process in psychodrama therapy. We chose to conduct a thorough case study of a client in a psychodrama group, following the model of analysis Hermeneutic Single-Case Efficacy Design (HSCED) developed by Robert Elliott. In order to build the case as completely as possible we used the following instruments: Personal Questionnaire (PQ); Helpful Aspects of Therapy (HAT); Client Change Interview (CCI) , Clinical Outcome Routine Evaluation (CORE); Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R); Rorschach Comprehensive System (RCS). The sample included a client of 28 years followed in psychodrama therapy for 27 sessions over a period of 8 months. The results suggest the effectiveness of the psychodrama therapy.

Keywords: psychotherapy efficacy; psychodrama; HSCED; Rorschach; spontaneity

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	3
Investigação em psicoterapia.....	3
Hermeneutic Single-Case Efficacy Design (HSCED).....	8
Psicodrama	13
Funcionamento do psicodrama.....	15
Fatores terapêuticos do psicodrama.....	17
Espontaneidade.....	19
Tele e Encontro.....	24
Sistema Compreensivo Rorschach (SCR)	25
História do Sistema Compreensivo Rorschach	25
O Sistema Compreensivo Rorschach	26
Bases psicométricas do SCR	28
Método.....	30
Participantes e considerações éticas	30
Instrumentos	31
Procedimento	33
Resultados.....	34
Registro de caso.....	34
A cliente e o contexto	34
Avaliação através do Questionário Pessoal (Personal Questionnaire, PQ).....	35
Avaliação SCR	38
Análise do instrumento CORE	47
Análise do instrumento HAT.....	48
Análise do SAI-R	50

Análise da Entrevista de Mudança do Cliente (Client Change Interview, CCI)	50
Análise global das evidências diretas e indiretas (HSCED).....	54
Ligação entre processo terapêutico e resultado – evidência direta.....	54
Evidência indireta.....	55
Sumário dos resultados da análise HSCED.....	57
Conclusões.....	58
Referências bibliográficas	64
Anexos.....	70
Anexo 1 – Formulário –Aspetos Úteis da Terapia (HAT)	70
Anexo 2 – Guia para Entrevista de Mudança do cliente (CCI).....	72
Anexo 3 – Codificação SCR – 1ª Avaliação	76
Anexo 4 – Codificação SCR – 2ª Avaliação	77
Anexo 5 – Sumário estrutural SCR – 1ª Avaliação.....	79
Anexo 6 – Sumário estrutural SCR – 2ª Avaliação.....	80

Introdução

Pretendemos com este trabalho estudar a eficácia e o processo de mudança em terapia psicodramática utilizando o modelo de análise *Hermeneutic Single-Case Efficacy Design* (HSCED) desenvolvido por Robert Elliott, com o objetivo de contribuir para o conhecimento teórico e prático deste formato terapêutico.

Este trabalho insere-se num projeto de investigação que à data conta com quatro psicodramatistas, dois estudantes no último ano de mestrado de psicologia clínica em fase final de elaboração da tese, e uma psicóloga clínica doutoranda. A investigação engloba dois grupos de psicodrama distintos, integrados em centros de apoio à comunidade, inseridos em faculdades de psicologia.

A ideia desta investigação partiu da necessidade, cada vez mais premente, de estudar a eficácia dos processos terapêuticos em geral, e em particular do psicodrama. Os estudos nesta área de investigação sobre o psicodrama são relativamente poucos, e muitos dos existentes não se coadunam com os exigentes critérios da investigação moderna.

Perante este desafio optámos por realizar um estudo de caso aprofundado com uma das clientes dos grupos em questão em que pudéssemos estudar em profundidade tanto a eficácia da terapia psicodramática, como as relações entre o processo e o produto deste modelo psicoterapêutico.

Após análise aprofundada dos diversos modelos de análise, a escolha do modelo HSCED deveu-se ao facto de ser um modelo completo e robusto, que permite diversos instrumentos, tanto qualitativos como quantitativos, de forma a chegar a conclusões baseadas em dados empíricos e objetivos.

O método HSCED permite ao investigador escolher os instrumentos que lhe pareçam adequados para o estudo que está a conduzir. Optámos por alguns instrumentos base, já anteriormente utilizados neste tipo de investigação, com o objetivo de perceber ligações entre o processo terapêutico e o seu resultado, nomeadamente, o instrumento Questionário Pessoal (Personal Questionnaire, PQ), o instrumento Aspectos Úteis da Terapia (Helpful Aspects of Therapy, HAT), e a Entrevista de Mudança do Cliente (Client Change Interview, CCI).

Utilizámos também o instrumento CORE com o objetivo de reunir dados sobre o bem-estar, problemas/sintomas, funcionamento na vida, e risco, para o próprio e para os outros, da cliente em análise; e o instrumento SAI-R com o objetivo de medir a espontaneidade, principal fator de mudança no psicodrama.

Optámos também pelo método Rorschach SCR porque consideramos ser uma mais-valia para qualquer investigação que vise compreender a psicologia de um ser humano. Considerámos também as suas boas qualidades psicométricas, a sensibilidade à mudança, e principalmente o facto de não ser um instrumento de autopreenchimento, tentando assim evitar alguns enviesamentos amplamente estudados.

O presente trabalho está dividido em diversas secções. Em primeiro lugar o enquadramento teórico, que visa a revisão de literatura sobre a temática deste trabalho, e que se divide em quatro subcapítulos, a saber, a Investigação em psicoterapia, o Modelo *Hermeneutic Single-Case Efficacy Design* (HSCED), o Psicodrama, e o Método Rorschach SCR. Depois, o Método, no qual consta a Amostra, Considerações éticas, Instrumentos e o Procedimento. Em seguida surge a análise de Resultados da investigação, e por último as Conclusões.

Enquadramento teórico

Investigação em psicoterapia

A investigação em psicoterapia passou por diversas fases, com diferentes objetivos e metodologias de estudo. Essas mudanças tiveram como raiz o crescimento e maturidade da área, mas também o *zeitgeist* científico.

Numa primeira fase, ligada essencialmente à psicanálise e à terapia centrada no cliente, e sob a luz do positivismo, o objetivo principal foi afirmar a psicoterapia como prática científica. Nesta fase, primou a utilização do método experimental baseado na objetividade, operacionalização e controle de variáveis, e estabelecimento de relações de causalidade (Moreira, 2005).

Numa segunda fase, e já com interesse bastante alargado da sociedade, o foco central foi perceber se a psicoterapia seria um método eficaz e como funcionava. Um facto marcante desta altura foi o advento da Segunda Guerra Mundial, e a grande quantidade de ex-combatentes com problemas de foro psicológico, como Stress Pós-Traumático, para as quais a medicina não tinha resposta.

Tendo em conta que o paradigma assentava agora na análise dos comportamentos dos clientes, antes e depois do tratamento, assiste-se ao aparecimento de diversas teorias explicativas da mudança, baseadas em novas metodologias de investigação, nomeadamente, avaliação da própria investigação, standardização e operacionalização dos modelos, desenvolvimento de manuais, construção de medidas standardizadas de resultados, técnicas de análise de significância estatística, entre outras (Moreira, 2005).

É neste clima que Eysenck (1952) publica um artigo baseado numa revisão de vinte e quatro estudos de psicoterapia psicanalítica e psicoterapia eclética, no intuito de perceber a sua eficácia. As suas conclusões foram arrasadoras: não foi encontrada evidência que suportasse a ideia de que a psicoterapia é eficaz, e a psicanálise mostrou ser menos efetiva do que nenhum tratamento.

A terceira fase é claramente marcada pela formação da organização multidisciplinar *Society for Psychotherapy Research* (SPR), em 1969, com o objetivo de

regular a prática da investigação em psicoterapia através do estabelecimento de critérios reguladores (Moreira, 2005).

A SPR iniciou os seus trabalhos precisamente pela análise e debate do estudo de Eysenck, o qual foi bastante criticado por deficiências nos métodos de análise (Bergin, 1971; Lambert, 1976, cit in Lambert, Bergin, & Garfield, 2004). Ainda assim, importa destacar que a investigação de Eysenck marcou um ponto de viragem no marasmo que se vivia em termos de investigação sobre a eficácia da psicoterapia. Em 1970 já haviam sido realizados diversos estudos sobre o tema e, em conjunto com novas técnicas de estatística meta-analítica, foi possível agregar e analisar esses estudos com conclusões bastante diferentes do estudo de Eysenck (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004).

Em 1980, Smith, Glass e Miller (cit in Lambert, Bergin, & Garfield, 2004), produziram um livro com uma extensa reanálise da literatura existente sobre os efeitos da psicoterapia. Analisaram mais de quatrocentos e setenta e cinco estudos, concluindo claramente que os efeitos da psicoterapia são superiores, quer à situação de não tratamento, quer aos grupos de placebo, numa percentagem de 70% a favor da eficácia da psicoterapia versus 30% do grupo de controlo.

A grande maioria dos estudos seguintes sobre esta temática, apoiados nas técnicas estatísticas mais recentes, apontam no mesmo sentido, isto é, cerca de 80% das pessoas que foram acompanhadas em psicoterapia apresentam mudanças clinicamente significativas quando comparadas com pessoas com as mesmas problemáticas que não fizeram qualquer tipo de psicoterapia (Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Bergin & Garfield, 2004).

Outro fator importante nesta terceira fase foi perceber que modelo psicoterapêutico resultaria melhor em termos de resultados clinicamente significativos. Neste particular a grande maioria das investigações apontam para uma equivalência entre todos os modelos psicoterapêuticos, naquilo a que habitualmente se chama o “veredito do pássaro Dodó”, retirado do livro “Alice no país das maravilhas”: “*todos ganharam, todos merecem prémios*” (Wampold et al., 1997). De facto, numa meta-análise realizada por Wampold e colegas (1997), em que foram analisados diversos estudos sobre a eficácia terapêutica de diversas correntes (apenas psicoterapias *bona fide*, isto é, psicoterapias realizadas por terapeutas com formação e baseadas em princípios psicológicos) os resultados apontam no sentido do veredito de Dodó, ou seja,

não há diferenças significativas nos resultados entre diversos modelos psicoterapêuticos.

Existem diversas explicações alternativas para o veredito de Dodó. Uma das possibilidades é que as diversas terapias podem obter resultados idênticos utilizando diferentes processos. Outra, de origem metodológica, é que as terapias podem de facto obter resultados diferentes, mas que não são detetados pelos estudos realizados. Por último, embora as diversas terapias utilizem modelos teóricos e técnicas diferentes, todas têm fatores comuns que são curativos (Asay & Lambert, 1999). Devido à dificuldade de análise das duas primeiras explicações, diversos estudos têm incidido sobre a análise dos fatores comuns a todos as terapias.

Importa então perceber que fatores contribuem para a mudança terapêutica. Diversos estudos (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2001) indicam que 40% das melhorias observadas em psicoterapia são devidas a variáveis relacionadas com o cliente, e a influências extra terapêuticas, nomeadamente, a severidade do distúrbio, motivação, capacidade de se relacionar, força do ego, habilidade de identificar o foco de um problema, entre outras. 30% devem-se ao que normalmente se chama de fatores comuns ou relacionais, tais como a aliança terapêutica para a qual influi a confiança, aceitação, empatia, congruência, entre outros. 15% são efeitos de expectativa e placebo, que consistem nas expectativas do cliente em como a psicoterapia o pode ajudar a ultrapassar os seus problemas. Por último, 15% dizem respeito ao modelo teórico (Psicanálise, TCC, Psicodrama, etc.) e às diferentes técnicas utilizadas por cada um desses modelos.

O ciclo denominado aqui por terceira fase continua dominante, levantando questões cada vez mais complexas, criando novos paradigmas de análise, com metodologias cada vez mais avançadas. As investigações realizadas até ao momento indicam-nos que a psicoterapia tem resultados clínicos eficazes independentemente do modelo utilizado.

Outras investigações centraram-se na relação entre a duração do processo psicoterapêutico e os resultados obtidos. Howard e colegas (1986; Kopta, 2003) realizaram uma meta-análise que cobria um período de trinta anos englobando um total de dois mil quatrocentos e trinta um clientes com diversas condições psicológicas, nomeadamente, neuroses depressivas ou ansiosas e, em menor número, desordens de

personalidade e psicoses. Dos dados analisados, cerca de 15% dos clientes melhoraram antes da primeira sessão de psicoterapia (após entrevista inicial), 50% dos clientes melhoraram após oito sessões, 75% após vinte e seis sessões, e 85% após cinquenta e duas sessões. Em estudo idêntico, Lambert, Hansen, & Finch (2001) analisaram informações de aproximadamente dez mil clientes, e estimaram que são necessárias vinte e uma sessões de psicoterapia para que 50% dos clientes alcancem uma mudança clinicamente significativa, no entanto, é necessário o dobro destas sessões para que 75% dos clientes obtenham uma mudança dentro dos mesmos critérios. Com estes mesmos dados, mas utilizando o critério de mudança significativa (menos exigente), descobriram que 50% dos clientes melhoram após sete sessões, e 75% dos clientes após catorze sessões.

As investigações realizadas também apontam no sentido de que os ganhos obtidos em psicoterapia são duradouros e que é esperado que a maioria dos clientes mantenham esses ganhos ao longo do tempo, embora algumas condições estejam mais sujeitas a recaídas, nomeadamente, abuso de substâncias, desordens de alimentação, depressão recorrente, e desordens de personalidade (Nicholson & Berman, 1983, cit in Asay & Lambert, 1999).

Outra questão fundamental nos estudos de investigação sobre psicoterapia, que deu azo a inúmeras controvérsias, foi a divisão entre a análise de processo e a análise de resultados. A análise de resultados centra-se na ideia que a psicoterapia tem um determinado fim, e assim, o foco da atenção recai sobre a análise de como o cliente se encontra antes e depois da terapia. A análise de processo preocupa-se em perceber o que acontece e como acontece a relação terapêutica nas sessões (Sousa, 2006).

Com objetivos tão diferentes – pelo menos à primeira vista – as metodologias teriam obviamente de seguir caminhos diferentes. Para os adeptos da investigação de resultados o importante é perceber o *quanto muda* e o *grau desta mudança*, baseando-se essencialmente em estudos controlados e teorias validadas empiricamente, e utilizando métodos de análise quantitativos e objetivos, numa lógica muito próxima do positivismo. Os adeptos da análise de processo visam perceber *o que muda* e *como muda*, baseando-se em procedimentos mais compreensivos e exploratórios, único meio de captar a subjetividade de cada pessoa (Moreira, 2005).

Após algum tempo assente nesta dicotomia, começaram a surgir metodologias integrativas, nascidas da ideia que ambas as análises são importantes. Verificou-se que, devido aos elos de ligação entre processo e resultado, seria mais produtivo a utilização de métodos que privilegiassem ambas as análises, isto é, métodos que permitissem uma ligação global dos resultados com os processos, das relações de acontecimentos com os resultados (Moreira, 2005).

Por último, importa referir que durante os últimos anos têm sido realizados bastantes investigações sobre “tratamentos empiricamente suportados” (EST’s – empirically supported treatments). Estes estudos têm como principal objetivo a análise da eficácia da psicoterapia, baseada em critérios quantificáveis e objetivos, que permitam uma fácil comparação de resultados entre diversas investigações (Kendall, Holmbeck, & Verduin, 2004). A ideia seria obter resultados fidedignos sobre intervenções psicoterapêuticas eficazes, para que as diversas áreas de interesse (clientes, terapeutas, seguradoras, gestores, serviços hospitalares, entre outras) pudessem enquadrar a sua ação (Sousa, 2006), e fazer opções consoante a perturbação psicológica específica e os recursos disponíveis.

Embora os objetivos dos estudos ESTs sejam importantes, existe bastante controvérsia sobre a metodologia utilizada e sobre os resultados obtidos (Kendall, Holmbeck, & Verduin, 2004; Bohart, Tallman, Byock, & Mackrill, 2011). Primeiro, os critérios são considerados demasiado rígidos e limitativos, não conseguindo apreender toda a complexidade das problemáticas apresentadas. Segundo, os critérios favorecem modelos psicoterapêuticos mais objetivos, como as terapias cognitivo comportamentais, e desfavorecem modelos psicoterapêuticos mais baseados na relação terapêutica, como os modelos de base existencialista (Sousa, 2006). Terceiro, o rigor dos critérios para conduzir um estudo considerado EST, nomeadamente, comparação com grupo de controle e/ou placebo, utilização de manual de tratamento, entre outros, tornam o método bastante dispendioso e quase impraticável para muitos grupos de investigação (Kendall, Holmbeck, & Verduin, 2004).

Outras críticas têm sido feitas aos ESTs, nomeadamente, pobre potência estatística, insucesso na aleatorização dos casos, atrito diferencial, falhas na medição de aspetos importantes do funcionamento do cliente, falta de clareza sobre a natureza da

terapia, e amostras restritas que levam a fraca generalização dos resultados (Cook & Campbell, 1979; Haaga & Stiles, 2000, cit in Elliott, 2001).

Devido a todas estas razões, têm sido desenvolvidas outro tipo de metodologias alternativas que permitam uma análise profunda do processo psicoterapêutico. Um desses modelos é o Hermeneutic Single-Case Efficacy Design (HSCED) desenvolvido por Elliott (2001, 2002).

Hermeneutic Single-Case Efficacy Design (HSCED)

O HSCED é uma abordagem interpretativa, que usa métodos qualitativos e quantitativos, para avaliar a causalidade terapêutica em casos individuais de terapia, em contexto clínico naturalista. O objetivo é agrupar e analisar diversos tipos de dados que permitam ligar o processo da terapia com os seus resultados (Elliott, 2001, 2002; Carvalho, Faustino, Nascimento & Sales, 2008).

Durante muito tempo os estudos de caso foram criticados e considerados inadequados para chegar a inferências científicas válidas. O facto é que nunca deixaram de ser utilizados, tal é a sua importância no trabalho clínico. Urgia então criar metodologias de investigação que conseguissem oferecer resultados cientificamente válidos (Kazdin, 1981).

Alguns trabalhos foram importantes ao proporem determinadas características na investigação de estudos de caso de forma a aumentar a sua validade interna. Kazdin (1981) propôs: a) recolha objetiva de informação; b) diversos momentos de recolha de dados; c) análise cumulativa de diferentes casos; d) análise intensiva de hipóteses alternativas, nomeadamente, o conhecimento sobre a evolução da perturbação (de forma a excluir a remissão de sintomas apenas devido à passagem do tempo, como por exemplo, os medos infantis).

Outro trabalho que influenciou fortemente a criação do HSCED foi o de Cook e Campbell (1979, cit in Elliott, 2001) ao afirmar, contracorrente, que embora os estudos de caso sejam métodos não experimentais, mediante determinadas condições, os seus resultados podem ser interpretados. As condições necessárias seriam a obtenção de

informação contextual rica, e aquilo a que eles chamaram de “*signed causes*”, ou seja, evidências cuja presença é evidente nos seus efeitos.

Assim, segundo Elliott (2001, p. 316) “...the challenge is to explicate a convincing practical reasoning system for judging the influence of therapy on client change. Hermeneutic single-case efficacy designs (HSCEDs) attempt to explicate a set of practical methods that are transparent, systematic, and self-reflective enough to provide an adequate basis for making inferences about therapy efficacy in single cases.”

Uma análise HSCED começa pela compilação de informação contextual rica sobre o caso, vinda de múltiplas fontes, quer qualitativas, quer quantitativas, e de diversos tipos. A informação compreensiva obtida deve incidir sobre o processo e sobre o resultado da terapia, e deve conter tanto elementos a favor da influência da terapia, como contra. Em seguida é realizada uma análise para perceber se houve mudança no cliente durante o processo terapêutico e, por último, perceber se essa foi devida, ou não, à terapia (Carvalho et al., 2008).

O primeiro passo na análise de um HSCED é a recolha de informação compreensiva sobre o caso, que deve incluir informação sobre os antecedentes do cliente, e sobre o processo e resultado da terapia. Esta informação deve ser proveniente de múltiplas fontes e medidas (Elliott, 2001, 2002). Descrevemos em seguida algumas dessas potenciais fontes de informação, algumas já amplamente exploradas, outras que estão a ser usadas na investigação que decorre atualmente e que deu origem a esta tese:

- Factos básicos sobre o cliente e terapeuta, que deve incluir alguma informação demográfica, diagnóstico, problemas presentes, e modelo terapêutico utilizado.
- Medidas de avaliação de resultado, com o intuito de perceber o quanto o cliente mudou durante a terapia (avaliação quantitativa), e como mudou (avaliação qualitativa). No caso das medidas quantitativas podem ser utilizados diversos instrumentos de acordo com os objetivos específicos da investigação. Descrevemos apenas as medidas utilizadas nesta investigação:
 - Simplified Personal Questionnaire (PQ; Elliott, Mack & Shapiro, 1999). O PQ é uma medida individualizada de mudança, com 10 itens, gerada pelo próprio cliente em conjunto com o terapeuta ou com o investigador. Os itens são uma lista dos problemas

indicados pelo cliente, e cotados de acordo com o nível de mal-estar que cada problema lhe causou durante a última semana. Inicialmente é também requerido ao cliente que preencha um questionário idêntico, mas em que indique há quanto tempo sente esse problema. Esta medida serve para perceber o nível de melhoria durante a terapia, e deve ser utilizada diversas vezes durante o processo.

- Clinical Outcome Routine Evaluation (CORE; Evans et al., 2000). O CORE é uma medida de autopreenchimento de 34 itens que cobre áreas como: bem-estar, problemas/sintomas, funcionamento na vida, e risco, para o próprio e para os outros. O CORE conta neste momento com uma aplicação informática (ver Sales e Alves, 2012) que após introdução da informação permite observar gráficos de progresso do cliente, bem como comparar os dados do cliente com dados normativos para população não clínica (*cutoffs*). O sistema conta ainda com diversos tipos de alertas que permitem prevenir o terapeuta ou investigador sobre sinais de deterioração do cliente em diversas áreas. Esta medida deve ser utilizada pelo menos uma vez antes da terapia, e outra no final, embora seja aconselhável a sua utilização periodicamente (a cada 10 a 12 sessões).
- Client Change Interview (CCI; Elliot, Slatick, & Urman, 2001). A CCI é uma entrevista semiestruturada que fornece informação qualitativa sobre o resultado da terapia em forma de descrições do cliente sobre as alterações experienciadas ao longo do processo; e, descrições do cliente das suas atribuições dessas mudanças, incluindo aspetos úteis da sua terapia. É uma entrevista com uma duração entre os 30 e os 45 minutos, e deve ser realizada entre cada 8 a 10 sessões.
- Helpful Aspects of Therapy (HAT; Llewelyn, 1988). O HAT é uma medida qualitativa semiestruturada e aberta que averigua as percepções do cliente sobre os eventos significativos da terapia. A ideia da sua utilização no HSCED é conseguir perceber que aspetos da terapia foram responsáveis por determinados

resultados. Os dados recolhidos semanalmente podem depois ser cruzados com os resultados do PQ, ou com a informação obtida na Client Change Interview.

- Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R; Kipper, & Shemer, 2006). O SAI-R é um inventário de 18 itens que pretende medir o nível de espontaneidade do cliente, principal fator da teoria e prática psicodramática. Pela sua importância nesta investigação, o SAI-R será discutido de forma mais aprofundada num outro capítulo.
- Sistema Compreensivo Rorschach (SCR; Exner, 2003). O SCR é um método através do qual é possível obter uma amostra da personalidade de determinada pessoa. A importância do método SCR é dupla: primeiro porque não se baseia em medidas de autopreenchimento sempre sujeitas a alguns enviesamentos como a deseabilidade social; depois, porque reflete os processos que dão origem a determinados comportamentos e não os comportamentos em si. Pela sua importância nesta investigação, o SCR será discutido de forma mais aprofundada num outro capítulo.
- Informações do terapeuta sobre as sessões, que podem incluir gravações áudio ou vídeo das sessões, ou notas escritas do terapeuta sobre técnicas utilizadas, aspetos úteis da terapia, entre outros.

Outro aspeto fundamental do HSCED é perceber a ligação entre o processo terapêutico e o seu resultado. Segundo Elliott (2001, 2002, Stephen & Elliott, 2011), para ser realizada uma análise com confiança são necessários pelo menos dois conjuntos de evidências que suportem a ligação entre processo e resultado. Existem diversas formas de obter este tipo de evidência direta:

- 1) Atribuição retrospectiva, isto é, atribuições do cliente sobre mudanças em si como resultado do processo terapêutico.
- 2) Mapeamento entre o processo e o resultado, que pode ser verificado quando as alterações do cliente correspondem a eventos específicos, aspetos ou processos da terapia.

- 3) Correlação entre processo e resultado dentro da terapia, que pode ser verificada quando algumas variáveis de processo de aspetos centrais da teoria covariam com mudanças semanais nos problemas do cliente.
- 4) Mudanças precoces em problemas estáveis. Neste tipo de evidência a influência terapêutica pode ser inferida quando a terapia coincide com mudanças em problemas crónicos ou cristalizados do cliente.
- 5) Sequências de mudanças de eventos (*event-shift sequences*), quando um evento terapêutico importante precede uma mudança estável num problema do cliente, especialmente quando a natureza do processo terapêutico e a mudança estão logicamente relacionadas entre si.

Outro aspeto fundamental do HSCED é a análise da evidência indireta, que se refere à análise de explicações alternativas que possam explicar as mudanças do cliente. Ao invés da evidência direta, que provém de informação recolhida diretamente através dos diversos métodos explanados em ponto anterior, a ideia aqui é que o investigador atue como um detetive, e procure informação que possa atribuir as mudanças do cliente a outras causas que não a terapia (Elliott, 2001, 2002). Trata-se na realidade de um contraditório.

Elliott (2001, 2002, Stephen & Elliott, 2011) apresenta uma lista de oito itens que serve como guia na análise de principais explicações alternativas (ou ameaças à validade interna) num estudo HSCDED:

- 1) As mudanças no cliente são negativas, ou seja, são alterações que envolvem deterioração, o que pode colocar dúvidas sobre a efetividade da terapia; ou são triviais, isto é, envolvem melhorias em variáveis pouco importantes.
- 2) As mudanças observadas referem-se a artefactos estatísticos, como por exemplo, erro na medida, regressão à média, entre outros.
- 3) As mudanças referem-se a artefactos relacionais como o efeito “*hello-goodbye*”, no qual o cliente enfatiza os problemas no início da terapia para impressionar o terapeuta ou o investigador; e os aspetos positivos no final da terapia, seja para mostrar agradecimento ao terapeuta ou investigador, seja como justificação para terminar a terapia.
- 4) Outro fator que pode explicar as mudanças descritas são os artefactos de expectativas (“*scripts*” ou “*Whishfull thinking*”). Neste caso, os clientes

podem convencer-se a si próprios e aos outros que se fizeram terapia então com certeza devem ter mudado, embora isso não tenha acontecido.

- 5) Também podem acontecer, de facto, mudanças, mas que não estão relacionadas com a terapia. As seguintes quatro explicações inserem-se nesse âmbito. Uma dessas explicações são os processos de autocorreção, em que o cliente melhora apenas devido a processos internos de maturação, como por exemplo, quando o cliente entra em terapia devido a um estado de aflição temporário que tende a terminar por si.
- 6) Outra explicação a ter em conta são eventos de vida extra terapia, tais como um novo relacionamento ou uma mudança no trabalho, que podem ter grande impacto no estado do cliente.
- 7) Outra explicação provém de causas psicobiológicas, em que há melhorias, mas estas devem-se a processos psicobiológicos unidireccionais, tais como, medicação psicofarmacológica, ou recuperação de balanço hormonal após gravidez.
- 8) Por último, podem ser observadas melhorias efetivas no cliente apenas devido a efeitos reativos deste estar num processo de investigação.

O HSCDED apresenta-se assim como uma metodologia robusta na análise de estudos de caso sobre a eficácia da terapia. O HSCDED já foi utilizado em diversas investigações de diferentes modelos psicoterapêuticos, nomeadamente, terapia familiar (Carvalho et al., 2008), terapia centrada na pessoa (Stephen, Elliott, & Macleod, 2011), e terapia experiencial (Elliott et al., 2009).

Psicodrama

O psicodrama é uma terapia individual praticada em grupo, criada por Jacob Levy Moreno em Viena, no período entre as duas Guerras Mundiais. No psicodrama os clientes são convidados a encenar situações, imaginárias ou reais, presentes, passadas ou futuras, como se estas estivessem a acontecer no momento (Yaniv, 2011). “O psicodrama representa o ponto culminante na passagem do tratamento do indivíduo isolado para o tratamento do indivíduo em grupos; do tratamento do indivíduo por métodos verbais para o tratamento por métodos de ação” (Moreno, 1993, p. 59).

Dois elementos diferenciam o psicodrama da maioria das restantes psicoterapias, a saber, a ação e o espaço. A ação porque envolve dramatização, isto é, o corpo de um expressando-se e interagindo com outros, e o espaço, como palco do mundo interno do sujeito em constante interação com outros (Rojas-Bermúdez, 1997).

Nas palavras de Moreno (1993, p.48), “como não podemos penetrar na mente e ver o que o indivíduo percebe e sente, o psicodrama procura, com a colaboração do paciente, transferir a mente “para fora” do indivíduo e objetivá-la dentro de um universo tangível e controlável (...) depois de completada esta fase de objetivação, começa a segunda fase, que consiste em resubjetivar, reorganizar e reintegrar o que foi objetivado”.

O psicodrama clássico representa uma filosofia, uma aproximação teórica, e um método de intervenção. Enquanto filosofia valoriza o aqui e agora, o momento em que passado e futuro se encontram para formar experiências altamente significativas, e as interações interpessoais. Enquanto terapia foca-se nos processos psicológicos saudáveis do indivíduo e dos grupos, enfatizando a faceta experiencial do comportamento do indivíduo. Como método de intervenção foca-se na representação e concretização (Kipper, 1998).

Uma ideia comumente aceite entre psicodramatistas, independentemente do modelo usado, é que a apresentação de uma verdade pessoal no ambiente protegido do “faz de conta” proporcionado pelo cenário psicodramático, de forma a que seja possível lidar com essa situação que envolve eventos stressantes, de uma maneira criativa e adaptativa, tem um efeito terapêutico (Kellermann, 1992).

Para Kellermann (1992) o psicodrama não deve ser visto apenas numa lógica de remoção de sintomas, mas também como um método que pode ajudar a promover o desenvolvimento pessoal, e a libertar o potencial humano criativo, ajudando assim em problemas de adaptação e de imaturidade associados a um crescimento inibido, com o objetivo de fomentar o desenvolvimento psicossocial, ou seja, mais atitudes positivas na vida e relações mais gratificantes com os outros.

Veremos em seguida como funciona o psicodrama, nomeadamente o *setting*, a estrutura da sessão, e algumas das técnicas utilizadas.

Funcionamento do psicodrama

No psicodrama o cenário é onde se desenvolve a ação / dramatização, e pode ser equiparado a um palco teatral. É um espaço de total liberdade, onde tudo pode ser representado e onde tudo é reversível. A cada sessão o palco está por conta do protagonista, figura escolhida pelo diretor durante o período de aquecimento, pela importância do material trazido para a sessão. Os egos auxiliares auxiliam a representação do protagonista, colocando-se nos papéis necessários à dramatização encenada. Por norma, pelo menos um dos egos auxiliares terá treino em psicoterapia e psicodrama com objetivo de executar certas técnicas e colaborar com o diretor (Abreu, 2006).

O diretor é sempre o principal terapeuta responsável por toda a sessão, cabendo-lhe iniciar e encerrar a sessão, escolher o protagonista, e dar instruções aos egos auxiliares sobre as técnicas a executar. Por último, temos o auditório, que pode ser equiparado ao público numa peça teatral. O auditório testemunha a representação, ou antes, “vive” os acontecimentos representados e, no final da dramatização, exprime as suas emoções e opiniões sobre o vivenciado (Abreu, 2006).

Uma sessão de psicodrama envolve sempre três fases sucessivas: aquecimento, dramatização e comentários. O aquecimento é uma fase de discussão entre o grupo através da qual emergem temas e experiências diversas que podem vir a desembocar na dramatização. Esta fase divide-se em aquecimento inespecífico e aquecimento específico. A fase de aquecimento inespecífico centra-se em primeiro lugar no grupo, facilita-se a interação grupal, e diminuem-se os estados de tensão. Na fase de aquecimento específico o foco é dado às questões trazidas pelo protagonista de forma a prepará-lo para a dramatização. Nesta fase escolhem-se as cenas a dramatizar, constrói-se o contexto dramático e elegem-se as personagens que vão intervir na dramatização (Rojas-Bermúdez, 1997).

A dramatização é a altura em que o protagonista e os outros personagens por ele convocados interpretam o conflito discutido durante o aquecimento. Nesta fase o protagonista reconstitui a sua vivência, com o auxílio dos egos auxiliares, seguindo as instruções do diretor. O espaço do cenário pode ser alterado para recriar o ambiente, podendo inclusive ser introduzidos objetos em representação de algo. Já não é um espaço de descrição mas sim de ação. Ao longo da dramatização o diretor pode impor

modificações na cena através dos egos auxiliares utilizando diversas técnicas psicodramáticas (Abreu, 2006).

A última fase é a dos comentários, em que a atenção se foca no auditório. Nesta fase interessa perceber a ressonância que as vivências representadas na dramatização tiveram no auditório (Rojas-Bermúdez, 1997). Os comentários, por norma, seguem uma ordem específica: em primeiro lugar o protagonista tem oportunidade de dizer o que sentiu e pensou enquanto representava, depois é dada voz ao auditório incluindo os que participaram na dramatização, e em seguida falam os egos auxiliares da equipa terapêutica. Após este processo, o protagonista tem ainda hipótese de comentar o que foi dito por todos os membros e, por último, o diretor faz um comentário síntese e encerra a sessão (Abreu, 2006).

O psicodrama conta com um conjunto de técnicas que auxiliam a dramatização tendo em vista a ação terapêutica. Descreveremos sucintamente as mais utilizadas.

A inversão de papéis é a técnica mais importante e mais utilizada em psicodrama, e consiste na troca de lugares entre o protagonista e um dos egos auxiliares, permitindo assim que este veja e sinta a situação no lugar do outro, compreendendo assim as suas motivações. A técnica é também utilizada para que os egos auxiliares aprendam o seu papel (Abreu, 2006).

O solilóquio pode ser utilizado por iniciativa do protagonista ou a pedido do diretor, e consiste num aparte, fora do diálogo, em que o protagonista diz em voz alta o que sente interiormente. Esta técnica tem como principal objetivo explicitar ideias ou sentimentos do protagonista (Rojas-Bermúdez, 1997).

O espelho consiste na imitação, geralmente frente-a-frente e realizada por um ego auxiliar, dos comportamentos do protagonista. Tem como objetivo que o protagonista se aperceba de alguns aspetos da sua conduta ou postura (Abreu, 2006).

O duplo, também chamada desdobramento do eu, consiste numa técnica em que o ego auxiliar se coloca ao lado ou por trás do protagonista sussurrando-lhe o seu discurso implícito, isto é, os pensamentos, sentimentos e emoções que ele próprio não percebe. Tal como o espelho é uma técnica bastante delicada pelo seu impacto no protagonista (Rojas-Bermúdez, 1997).

A representação simbólica é utilizada quando situações da vida real não podem ser representadas diretamente no cenário, como por exemplo uma relação sexual. Neste caso são utilizados meios que possam simbolizar essa cena, como por exemplo um jogo de mãos que simbolizem a relação sexual (Abreu, 2006).

A interpolação de resistências acontece quando, a pedido do diretor, o ego auxiliar age de uma forma completamente diferente daquela que o protagonista espera. A técnica visa testar a espontaneidade do protagonista perante uma situação nova e inesperada (Abreu, 2006).

Na estátua o diretor pede ao protagonista que utilize os egos auxiliares para fazer uma representação estática da forma como este vê determinado assunto, por exemplo, a família, o casamento, o trabalho, entre outros. O resultado pode então ser comentado por todos os presentes (Abreu, 2006).

As técnicas apresentadas são as mais utilizadas, e também as mais básicas. Para além destas existem uma miríade de técnicas que estão ao dispor do diretor, nomeadamente, autoapresentação, apresentação do átomo social, *role playing*, jogos, entre outras. Existe ainda bastante liberdade para a criação de novas técnicas que se adaptem à situação específica.

Feita esta síntese do funcionamento do psicodrama, interessa perceber os fatores que operam na teoria psicodramática.

Fatores terapêuticos do psicodrama

Como foi referido em ponto anterior, todos os modelos psicoterapêuticos partilham um conjunto de fatores curativos que, por norma, se chamam inespecíficos. Franck (1971, cit in Abreu, 2006) aponta alguns: existência de uma relação confidente e de ajuda; uma explicação para a causa dos problemas; melhor conhecimento dos seus próprios problemas com descoberta de soluções alternativas para os mesmos; crença no método terapêutico e no terapeuta; experiência de melhoria das relações interpessoais durante o processo; e libertação das emoções.

Yalom (1975, cit in Kellermann, 1992) produziu uma lista de 12 fatores curativos nas terapias praticadas em grupo, a saber, autoconhecimento (*insight*),

aprendizagem interpessoal, universalidade, instilação de esperança, altruísmo, recapitulação do grupo primário da família (*family re-enactment*), catarse, coesão, identificação, orientação, e questões existenciais. Num estudo realizado pelo mesmo autor, os fatores de aprendizagem interpessoal juntamente com a catarse, coesão e autoconhecimento foram os fatores mais valorizados pelos participantes.

Abreu (2006) aponta também alguns fatores essenciais na cura psicodramática. Primeiro, a autonomia e responsabilidade, derivadas do facto de não existir um psicoterapeuta “todo-poderoso”, mas sim tantos psicoterapeutas quanto o número de participantes. Depois, a distanciação e exclusão de comportamentos inadequados, para o qual contribui a dramatização num *setting* protegido, que oferece um maior discernimento do que as situações do dia-a-dia, mas também os comentários de todo o auditório. Outro fator é o conhecimento das implicações dos comportamentos, pelas mesmas razões do ponto anterior, e pela possibilidade que o psicodrama oferece de cada cena poder ter vários finais e nenhum deles ter implicações reais para o protagonista, podendo assim servir como um ensaio da vida real. Também importante é a descoberta de motivações ocultas nos comportamentos que podem ser reveladas pela linguagem corporal no ato da dramatização. De salientar ainda a integração de vivências, que permite ao cliente o equilíbrio e a integração das suas experiências emocionais de forma a restituir-lhe as defesas.

Outro fator fundamental no psicodrama é a catarse de integração que para Moreno correspondia à cura psicodramática. A ideia principal é a de que o cliente, durante a terapia, vai adquirindo uma serie de conhecimentos e perceções, que a determinada altura se unem formando um conjunto, permitindo assim, através dessa perceção globalizante, que o indivíduo se altere, que passe a ser uma “nova pessoa” (Soeiro, 1991, p. 25). Este fator é, nos tempos que correm, bastante relativizado, embora continue importante e seja visto por muitos como um objetivo a perseguir (Abreu, 2006).

Por último, temos os fatores centrais da teoria psicodramática: a espontaneidade, ou fator *e*; e a Tele e encontro. Pela sua importância, quer no psicodrama, quer na nossa investigação, decidimos aprofundá-los.

Espontaneidade

Um dos pilares do Psicodrama é a espontaneidade ou fator *e*. Moreno (1993) define espontaneidade como a capacidade de responder adequadamente a uma nova situação, ou de criar uma nova resposta a uma situação antiga.

Importa desde já distinguir que espontaneidade no contexto psicodramático não é sinónimo do que é associado ao uso coloquial da palavra. No dia-a-dia utilizamos a palavra espontaneidade para nos referirmos a atos instintivos do corpo ou da mente, isto é, pouco conscientes, o que remete espontaneidade para algo mais parecido com falta de controlo, ou seja, impulsividade (Kipper, 1996).

Convém assim diferenciar espontaneidade de impulsividade. Segundo Moreno “O termo “espontâneo” é frequentemente usado para descrever indivíduos cujo controle de suas ações está diminuído. No entanto, esse emprego do termo espontâneo não está de acordo com a etimologia da palavra que (...) deriva do latim *sponte*, “de livre vontade”. (...) A conduta desordenada e os acessos emocionais que decorrem de ações impulsivas estão longe de constituir desideratos do trabalho da espontaneidade. Pertencem ao domínio da patologia da espontaneidade.” (Moreno, 1973, p. 175).

Outra ideia errónea é considerar a espontaneidade apenas como um fenómeno ligado à emoção e à ação, quando esta pode estar presente tanto ao nível da ação como ao nível do repouso e da introspeção (Blatner, 1996, Moreno, 1993).

Segundo Moreno (1993) a espontaneidade não é uma energia que possa ser ou estar acumulada. Contrasta assim esta sua ideia com a noção de libido de Freud, segundo a qual haveria uma fonte das pulsões e que qualquer impulso sexual, a não encontrar objeto direto de satisfação, teria necessariamente de deslocar essa sua energia para um outro lado. O fator *e* não obedece à lei da conservação da energia.

Para Moreno a espontaneidade está disponível em cada indivíduo em determinada quantidade, de zero ao máximo. No seu dia-a-dia cada indivíduo recorre a este fluxo de espontaneidade em cada nova situação, utilizando-a como guia para perceber que emoções, pensamentos e ações são mais apropriados. Este aspeto da inconservabilidade da espontaneidade é fundamental em toda a teoria de Moreno pois coloca-o perto da filosofia existencial onde o principal foco é dado ao presente, ao momento, em suma, ao aqui-e-agora (Kipper, 1996).

Segundo Moreno (1993) um mínimo de espontaneidade é necessário logo no primeiro dia de vida de um bebé. É esse fator que permite ao recém-nascido a adaptação a esse mundo novo, que lhe permite superar-se a si mesmo, dando respostas, embora ainda bastante precárias, às novas situações que lhe vão surgindo.

Será então um fator genético, hereditário? Para Moreno (1993), o fator *e* não é estritamente hereditário, nem estritamente ambiental, resultando antes de uma área independente, embora influenciada tanto pela hereditariedade, como pelas forças sociais. É nesta área independente que se formam “novos atos combinatórios e permutações, escolhas e decisões, e da qual surge a inventiva e a criatividade humana” p. 101.

Situações novas que requerem respostas novas quase parece a definição de vida, no entanto, ao longo dos anos, e com uma educação tão formal, criámos uma gigante conserva cultural que embora nos ajude a dar respostas ao meio, retira-nos muita vezes a capacidade de lhe responder de forma mais inspirada, mas individual, mais original, colocando-nos frente a um mundo que nos parece automatizado, repetitivo e assim, desinteressante. Como tirar prazer da rotina, do igual, do repetido?

Considerando o psicodrama como uma terapia para o treino da espontaneidade, podemos perguntar, tal como Moreno (1993) o fez “como pode haver um treino para a espontaneidade?” ou “como pode alguém empregar técnicas, deliberadamente, para desempenhar um desempenho espontâneo?”. Parece contraditório. Para Moreno a espontaneidade pode e deve ser treinada. O seu treino consiste em duas fases, a saber, a libertação das “conservas culturais” e, numa segunda fase, o organismo mais recetivo à novidade vai facilitar novas dimensões do desenvolvimento da personalidade.

A espontaneidade tem sido sistematicamente ligada à aprendizagem, criatividade, e à saúde mental (Collins et al, 1997; Kipper, 1996; Moreno, 1993). Hollander (1981, cit in Kellar, Treadwell, Kumar, & Leach, 2002) refere que pessoas com baixos níveis de espontaneidade podem experimentar impulsividade, tédio, ansiedade, medo, depressão ou raiva. A pessoa que é espontânea está melhor orientada para a vida, mais inspirada e mais real (Moreno, 1964, cit in Kipper, 2000).

A espontaneidade, embora individual, é também a base da intersubjetividade, pois “do contacto entre dois estados de espontaneidade que, naturalmente, estão

centrados em duas pessoas diferentes, resulta uma situação interpessoal” (Moreno, 1993, p. 132).

Um dos factos mais complexos sobre as diversas acessões da espontaneidade em Moreno tem sido a definição de um constructo válido. Este problema tem sido estudado por Kipper (1996, 2000) que coloca a questão da seguinte forma: se a espontaneidade é uma forma de energia como pode esta ser diretamente observável? A resposta chega-nos pelo mesmo autor ao referir que as duas noções não são necessariamente contraditórias, isto é, há diversas categorias de experiências que embora sendo intangíveis, são reais. Dá-nos como exemplo o ódio ou o amor, que embora intangíveis, podem ser observados através da expressão comportamental.

Outro fator apontado por Kipper (2000, 2005) é a relação entre espontaneidade e não espontaneidade. A problemática é importante porque tradicionalmente os psicodramatistas tendem a considerar espontaneidade e não espontaneidade como opostos, sendo que espontaneidade é vista como algo desejável e sinal de saúde mental, e não espontaneidade como algo indesejável e ligado a fenómenos patológicos. Segundo o autor, Moreno referiu três tipos de espontaneidade, a saber, alto grau de espontaneidade (criativa), espontaneidade estereotipada (repetindo modelos antigos para lidar com as situações), e espontaneidade patológica. Tendo em conta esta divisão, podemos analisar esta problemática sob dois prismas: 1) espontaneidade e não espontaneidade como polos de um continuum, em que num polo se encontra o alto grau de espontaneidade, no outro a espontaneidade patológica, e no centro a estereotipada, ou 2) espontaneidade e não espontaneidade como duas dimensões diferentes, em que a falta de espontaneidade não significa a presença de patologia.

Investigações de Kipper (2000, 2005) apontam no sentido de espontaneidade e não espontaneidade não serem mutuamente exclusivas, e de ambas cumprirem diferentes funções na vida de cada um, concluindo que as duas coexistem em cada pessoa saudável. O mesmo autor levanta ainda a questão de que determinada pessoa ser espontânea em determinada situação não prediz necessariamente que esta seja sempre espontânea. Assim, alguém pode ser espontâneo em diversas situações, e ser não espontâneo em outras situações.

Kipper (2000) coloca ainda outra questão pertinente nascida de algumas ideias contraditórias expostas por Moreno: a espontaneidade é uma energia que impele

determinada resposta, ou é uma característica da resposta em si? Caso seja a primeira, a espontaneidade deve ser sentida antes da resposta, caso seja a segunda só será sentida durante o ato de resposta. Caso sejam as duas, a espontaneidade deve ser sentido ao longo de todo o processo.

Num estudo realizado com 62 psicodramatistas, Kipper (2000) verificou que apenas 13,3% da amostra sentiu espontaneidade antes de uma resposta, e que em 81,6% dos participantes a espontaneidade foi sentida pelo menos durante a resposta. Outra conclusão interessante do estudo foi perceber que 75,9% dos participantes se sentiam não espontâneos durante várias horas do dia, o que levanta a suspeita de que experiências não espontâneas podem ser experiências positivas. Estas experiências podem incluir atividades do dia-a-dia que fazem uso da memória e da lógica.

Muito embora a maioria dos psicodramatistas concordar com a importância do fator *e* como indicador de saúde mental, não têm sido desenvolvidas ferramentas que permitam avaliar este fator. Coloca-se então a questão, tão em voga nos dias que correm: como avaliar a eficácia terapêutica de um modelo sem conseguir medir aquilo que o modelo propõe alterar?

Moreno (1993) tentou demonstrar a existência deste fator através de diversas experiências com situações surpresa de modo a eliminar fatores como a inteligência ou a memória. Tinha inclusive a ideia de o demonstrar estatisticamente. Com isto em mente, desenvolveu um processo de medição da espontaneidade baseado numa série de situações vitais, com as quais o sujeito se depara, e que exigem respostas imediatas.

Muito embora reconheçamos a enorme originalidade dos métodos de Moreno na medição da espontaneidade *in vivo*, não podemos deixar de frisar que estes não se coadunam com algumas das características da investigação científica contemporânea. Para além da grande subjetividade dos métodos usados por Moreno, coloca-se o problema da complexidade de todo o processo avaliativo, e da quase impossibilidade de verificação da validade, quer do instrumento, quer dos dados recolhidos (Kellermann, 1992).

Devido à extrema importância do fator espontaneidade na prática do psicodrama, diversos investigadores exploraram este constructo e tentaram construir escalas que se adaptassem às exigências científicas dos tempos modernos. A ideia comum entre eles

foi construir testes que medissem este fator de forma fiável, económica, e replicável (Gonzalez, 2012). Dois destes instrumentos são o PAS-II (Kellar et al, 2002), e o SAI-R (Kipper & Hundal 2005; Kipper, 2006; Kipper & Shemer, 2007). Focaremos a nossa atenção no SAI-R.

A escala SAI-R (Kipper & Shemer, 2007) é a versão mais recente da SAI (Kipper & Hundal, 2005). A SAI-R é uma escala para avaliar a espontaneidade, ou antes, a intensidade de sentimentos e pensamentos descritos como espontaneidade. A escala começa com a pergunta “*Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico*”, à qual se segue uma lista de 18 itens com diversos adjetivos como “*Alegre*”, “*Criativo*”, “*Capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites*”, entre outros. Os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (de 1=muito fraca a 5=muito forte). A escala SAI contava com 20 itens avaliados numa escala tipo *Likert* de 6 pontos.

Num estudo realizado por Kipper e Hundal (2005), os resultados mostraram uma correlação positiva ($r(96)=.36, p<.01$) entre as pontuações da escala SAI e as da escala de desejabilidade social (MCSDS, *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*), e entre as pontuações das escala SAI e as da escala de Bem-Estar (FWBS, *Friedman Well-Being Scale*) ($r(97) = .36, p<.01$).

Num outro estudo (Christoforou e Kipper, 2006), a SAI apresentou correlações negativas com a escala de ansiedade STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*, de Spielberger et al, 1983; cit in Christoforou e Kipper, 2006), quer para a ansiedade traço ($r=-.67, p<.01$), quer para a ansiedade estado ($r=-.44, p<.01$); e também apresentou correlações no mesmo sentido ($r=-.21, p<.05$) com a escala OCI-R (*Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*, de Foa et al, 2002; cit in Christoforou & Kipper, 2006).

Num outro estudo (Kipper & Shemer, 2007) a SAI-R obteve uma correlação positiva ($r=.58, p<.001$) com a escala de Bem-Estar (FWBS, *Friedman Well-Being Scale*), e negativa ($r=-.58, p<.001$) com a escala de stress PSS (Perceived Stress Scale, de Cohen, Kamarck e Mermelstein, PSS). Outros estudos com a SAI-R, realizados em Portugal, e revistos por Gonzalez (2012), incluem as investigações de Dias (2010); Simão (2010); Batista (2009); Santos (2009); Rocha (2010); e Silva (2010).

Tele e Encontro

Outro dos fatores do psicodrama é a tele. Moreno utilizou a palavra tele, do grego “à distância”, para descrever a ligação entre as pessoas, isto é, o fator que liga o indivíduo ao grupo, e que envolve reciprocidade, interação, comunicação e empatia mútua (Kellermann, 1992).

Porque o psicodrama é uma terapia praticada em grupo, o cliente interage com os outros membros do conjunto – a audiência – que testemunham o drama e representam o mundo. Esta interação, em conjunto com a utilização de técnicas específicas, pode ajudar a ultrapassar tendências egocêntricas do ego, e/ou ajudar na resolução de conflitos interpessoais. Uma dessas técnicas é a inversão de papéis, através da qual o protagonista troca de papel, por norma com um ego auxiliar, permitindo-lhe assim experienciar a posição daquela pessoa que ama/odeia, que teme, que se sente atraída/rejeitada, etc.. O trocar de papéis permite ao protagonista colocar-se na posição do outro, base da empatia, sendo assim forçado a assumir uma nova visão da situação (Yaniv, 2011).

Assumir o papel do outro é um processo essencial em todos os processos de internalização como: imitação, espelhamento, modelação, introjeção e assimilação (Kellermann, 1992).

Outra noção fundamental no psicodrama é a de encontro, que envolve a vontade de estar com o outro numa relação mutuamente comprometida. Ninguém melhor que Moreno (1993, p.22) para explicar a essência desse encontro:

“Um encontro de dois: olho a olho, face a face.

E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos.

E colocá-los-ei no lugar dos meus;

E arrancarei meus olhos

Para coloca-los no lugar dos teus;

Então ver-te-ei com teus olhos

E tu ver-me-ás com os meus.”

Para Moreno (1993), a noção de encontro é um dos vértices da tele, definida como “o sentir recíproco de um no outro”, isto é, a capacidade de perceber o outro tal

como ele é, colocando de lado a nossa subjetividade. A tele, tal como a espontaneidade, aparece como um ideal a aperfeiçoar no psicodrama (Abreu, 2006).

A tele não pode ser confundida com transferência. Moreno considerou o conceito de transferência inadequado para descrever as relações interpessoais no psicodrama realçando a importância do encontro no aqui-e-agora, assim, em oposição à transferência, a tele não deve ser usada para descrever uma repetição do passado que distorce o presente, mas antes uma nova resposta apropriada ao aqui-e-agora (Kellermann, 1992). Para Abreu (2006) a tele é um fator que atua na cura, enquanto a transferência é um fator que “estorva” o processo terapêutico.

A troca de papéis em conjunto com o encontro apresenta ao cliente a possibilidade de experienciar o mundo do ponto de vista do outro. Ainda assim, facilmente se percebe que este experienciar nunca é absoluto pois é difícil conceptualizar as atitudes, sentimentos, e motivos do outro, e muito menos reproduzi-las, o que nos leva de novo à espontaneidade e criatividade necessárias que nos permite preencher estas falhas (Yaniv, 2011).

Sistema Compreensivo Rorschach (SCR)

História do Sistema Compreensivo Rorschach

O método das manchas de tinta de Rorschach é um instrumento de avaliação da personalidade. As 10 imagens que constituem este sistema foram mostradas pela primeira vez ao público em setembro de 1921 por Hermann Rorschach, que acabou por falecer um ano após a publicação do livro “Psicodiagnóstico”.

Nas décadas seguintes, diversos investigadores desenvolveram trabalhos seguindo o material e as indicações de Hermann Rorschach. A grande maioria destes trabalhos era de natureza empírica, e cada um deles acrescentou importantes descobertas ao sistema inicial. Exner destaca algumas dessas investigações: Beck (1945, 1950), Beizmann (1974), Hertz (1951), Klopfer e Ainsworth (1954), Klopfer e Davidson (1962, 1977), Klopfer e Kelly (1946, 1972), Looslie-Usteri (1962), Piotrowsky (1974), e Rapaport (1946, 1977) (cit in Exner, 2003).

Num período de aproximadamente 20 anos (1936-1957) foram desenvolvidos nos Estados Unidos cinco sistemas Rorschach, bastante diferentes entre si, embora utilizassem a base comum herdada do sistema original de Hermann Rorschach. Esses sistemas foram desenvolvidos por Beck, Klopfer, Hertz, Piotrowsky, e Shafer que continuou o trabalho de Rapaport (Exner, 2003).

Exner, em 1969, após diversos anos de investigações e elaboração, lançou o livro *The Rorschach Systems*, com o objetivo de comparar os cinco sistemas Rorschach mais utilizados. Da comparação concluiu que as diferenças entre os sistemas existentes eram tão grandes, que falar de um único sistema Rorschach seria mais um mito que uma realidade (Exner, 2003).

Em 1968, no seguimento destas investigações, foi fundada a *Rorschach Research Foundation* (RRF) com o objetivo de responder a duas questões essenciais: qual dos cinco métodos apresenta maior robustez empírica, e qual deles apresenta mais utilidade clínica? Durante vários anos a RRF realizou e analisou centenas de inquéritos a utilizadores dos diferentes métodos Rorschach. Analisou também centenas de protocolos Rorschach com o auxílio de diversas técnicas estatísticas computadorizadas.

De todas estas análises, Exner percebeu que nenhum dos sistemas conseguia por si só abarcar todas as potencialidades do método Rorschach, e que talvez por isso nenhum dos utilizadores dos diversos sistemas seguisse um método único. Perante estas constatações, decide integrar os diversos sistemas naquilo a que chamou o Sistema Compreensivo Rorschach ou SCR (*Rorschach Comprehensive System - RCS*). O SCR contém os aspetos melhor fundamentados empiricamente de todos os sistemas (Exner, 2003).

O Sistema Compreensivo Rorschach

Para Weiner (2000), o método Rorschach deve ser visto como uma tarefa que é apresentada ao sujeito, e cabe à codificação das respostas considerar o modo como o indivíduo soluciona esse problema. A questão coloca-se assim que é pedido ao sujeito que diga o que as manchas poderiam ser. Nesta situação, o indivíduo tem, em primeiro lugar, que escolher que parte da mancha levará em conta, o que implica que dirija a sua atenção de uma determinada maneira. Em seguida deve decidir com o que se

assemelham as partes da mancha escolhidas, o que envolve a formação de diversas informações perceptivas das características do estímulo (formato, cor, entre outras), e a sua comparação com impressões de objetos gravadas na memória.

Assim, Weiner (2000), considera que os “elementos da produção de respostas ao Rorschach caracterizam o instrumento como uma tarefa de estruturação cognitiva que envolve processos de atenção, percepção, tomada de decisão e análise lógica.” p. 16

Para Exner (2003), as respostas Rorschach são produzidas através de um grande conjunto de operações mentais e experiências que representam uma amostra da personalidade de alguém. As funções e experiências que influenciam as respostas Rorschach são as mesmas que produzem outros comportamentos na vida dessa pessoa, seja na relação com amigos ou família, na resolução de problemas da vida quotidiana, ou numa entrevista de emprego. Enquanto muitos testes ou entrevistas refletem esses comportamentos, o método Rorschach reflete os processos que geram esses comportamentos.

Um aspeto essencial que caracteriza o SCR em relação a outros modelos de análise Rorschach, nomeadamente da escola psicanalítica, é o facto de ser considerado, acima de tudo, um método perceptivo e não um método projetivo, embora se considere que a projeção possa ocorrer em determinadas circunstâncias (Weiner, 2000).

O SCR apresenta um sistema estandardizado de administração, codificação, e interpretação de resultados, que permite uma maior objetividade durante todas as fases de aplicação e integração de resultados, bem como a possibilidade de comparação de dados entre diversos protocolos para efeitos de investigação (Exner, 2003, 2007; Weiner, 2000).

Para Silva (1995): *i)* o Rorschach deve ser considerado um método e não um teste; *ii)* um método ao mesmo tempo objetivo e subjetivo; *iii)* uma medida de percepção e associação; *iv)* uma medida da estrutura e da dinâmica da personalidade; *v)* um instrumento dotado de sólidas características psicométricas.

A análise de um protocolo SCR segue uma estratégia de investigação proposta por Exner (2003), que consiste no agrupamento das variáveis estruturais em módulos ou agrupamentos. A análise formal realizada por Exner revelou sete grupos de variáveis intercorrelacionadas, em que cada um destes grupos está associado a um aspeto distinto

do funcionamento da personalidade (Weiner, 2000). A ordem de análise dos diferentes módulos varia consoante os resultados em diversas variáveis chave.

Os sete módulos, como identificados por Exner (Weiner, 2000, p. 63), são:

- 1) Processamento de informação, que se refere a como as pessoas dirigem a sua atenção ao mundo.
- 2) Mediação cognitiva, que envolve o modo como as pessoas percebem os objetos da sua atenção.
- 3) Ideação, que consiste no modo como as pessoas pensam sobre o que percebem.
- 4) Controlo e tolerância ao stress, associado aos recursos adaptativos de que as pessoas dispõem para lidar com as demandas e gerenciamento do stress.
- 5) Recursos afetivos, que compreende o modo como as pessoas lidam com as situações emocionais e como vivenciam e expressam os afetos.
- 6) Autopercepção, associado a como as pessoas se percebem a si mesmas.
- 7) Percepção interpessoal, que investiga como as pessoas percebem os outros e se relacionam com eles.

Bases psicométricas do SCR

Uma das preocupações da RRF na elaboração do SCR foi o rigor psicométrico. Um dos princípios orientadores do seu desenvolvimento foi a produção de uma abordagem fundamentada, precisa e padronizada de aplicação do instrumento e codificação das respostas (Weiner, 2000).

Procurando este rigor, muitos itens dos diversos sistemas anteriores foram excluídos devido, quer à falta de rigor empírico das conclusões, quer à falta de concordância inter-avaliadores na sua codificação. Segundo Exner (2003) não foi incluído nenhum item no SCR que não apresentasse um nível mínimo de concordância inter-avaliadores de .85. Estudos de Meyer e colegas (2002), que analisaram 8 conjuntos de dados relativamente grandes, codificados por estudantes, clínicos, e investigadores, observaram níveis de concordância inter-avaliadores entre os .82 e os .97. Investigações de Gronnerod (2006) apontam no mesmo sentido, com níveis de concordância inter-avaliadores de .88.

A estabilidade temporal, que avalia o grau com os dados se mantém semelhantes em duas ou mais aplicações do teste, é outro fator psicométrico importante, especialmente quando se trata de uma medida de personalidade. No entanto, é importante referir que, embora o SCR apresente muitos índices estruturais da pessoa (variáveis traço), que permanecem constantes ao longo do tempo, também apresenta variáveis relacionadas especificamente com fenómenos situacionais (variáveis estado), muito mais voláteis (Exner, 2003).

Num estudo sobre estabilidade temporal com 100 adultos não pacientes (Exner, Armbruster, & Viglione, 1978), reexaminados após 3 anos, 19 variáveis centrais do SCR apresentaram coeficientes de estabilidade maiores que .75. Neto (2008), numa investigação de revisão e estudo da estabilidade temporal, em que analisa diversas investigações de Exner sobre o tema, conclui que a maioria das variáveis apresenta correlações na ordem do .80, considerando-as assim variáveis traço de personalidade, e que outras, consideradas variáveis estado de personalidade, apresentam correlações entre os .20 e os .40. Por último, uma meta-análise de Gronnerod (2006), em que foram analisados artigos publicados entre 1921 e 2002, encontrou uma correlação de .79 para a estabilidade temporal combinada de 36 variáveis do SCR.

Quanto à validade da avaliação do SCR, Parker, Hanson e Hunsley (1988) realizaram uma meta-análise em que analisaram 411 estudos publicados sobre a validade do Rorschach, MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale). Desta análise estimaram coeficientes de validade convergente para a população na ordem dos .41 para o Rorschach e .46 para o MMPI, uma diferença estatisticamente não significativa.

Outra questão fundamental é o nível de confiança na interpretação dos resultados do SCR, que pretende responder à seguinte questão: perante os mesmos dados, diversos investigadores chegam às mesmas conclusões? Num estudo bastante original, Meyer, Mihura e Smith (2005), analisaram protocolos de 55 pacientes, interpretados por 3 a 8 clínicos diferentes, e concluíram que os protocolos foram bem interpretados com níveis de confiança a variar entre os .76 e os .89.

Por último, importa referir que existem diversos estudos sobre a validação das variáveis individuais do SCR que, pela sua extensão, não nos é possível referir aqui.

Essas informações podem ser encontradas nos volumes do Sistema Compreensivo (Exner & Weiner, 2005; Exner, 2003; Exner & Erdberg, 2005).

O SCR tem dados normativos para todas as suas variáveis para diversos países. Em Portugal, Pires (2007), realizou investigações com 309 adultos não pacientes, com o objetivo de recolher dados normativos para a população portuguesa.

Em suma, e segundo Weiner (2000), o SCR oferece uma base solidamente validada como instrumento para descrever diversos aspetos da estrutura de personalidade; apresenta potencial para diagnóstico de diversas condições que envolvam padrões específicos de personalidade; oferece informações bem validadas para identificação de metas de tratamento e obstáculos à evolução do processo terapêutico; e, embora não seja um instrumento preditivo, permite que sejam levantadas hipóteses, com um bom grau de segurança, sobre comportamentos baseados em aspetos da personalidade.

Método

Participantes e considerações éticas

A nossa pesquisa insere-se num projeto de investigação sobre a eficácia e processo de mudança em psicoterapia psicodramática, e tem como objetivo contribuir para o conhecimento teórico e prático da psicoterapia psicodramática. A investigação está a ser conduzida em duas intuições de ensino superior de psicologia.

A equipa de investigação é composta por quatro psicodramatistas, dois estudantes no último ano de mestrado de psicologia clínica em fase final de elaboração de tese, e uma psicóloga clínica doutoranda. A investigação engloba dois grupos de psicodrama integrados em centros de apoio à comunidade, inseridos em faculdades de psicologia.

Um dos grupos (G1) é dirigido por um terapeuta com 10 anos de experiência de terapia psicodramática, e uma terapeuta com formação clínica sistémica e terapias de grupo. O grupo conta neste momento com sete clientes, que participam semanalmente em sessões de psicoterapia psicodramática de aproximadamente duas horas cada.

O outro grupo (G2) é composto por dois psicodramatistas, uma mulher com vinte de anos de experiência em psicoterapia e dez em psicoterapia psicodramática, e um homem com um ano de experiência em psicoterapia psicodramática. O grupo conta neste momento com quatro clientes, que participam semanalmente em sessões de psicoterapia psicodramática de aproximadamente duas horas cada.

Todos os elementos do grupo deram o seu consentimento informado para participarem nesta investigação. Todos os dados foram alterados de forma a assegurar o anonimato da cliente.

O critério de seleção da cliente entre o grupo foi o de haver mais informação disponível, quer a nível dos diversos testes psicológicos, quer na informação providenciada pela própria cliente, nomeadamente nos PQs semanais.

A cliente, Índia, é uma mulher portuguesa de vinte e oito anos, estudante. Após algumas sessões de psicoterapia individual, é indicada pela terapeuta para ingressar no grupo de psicodrama (G2).

Instrumentos

Nesta investigação foram utilizados diversos instrumentos de recolha de dados, que passamos a apresentar.

Simplified Personal Questionnaire (PQ; Elliott, Mack & Shapiro, 1999). O PQ é uma medida individualizada de mudança, com 10 itens, gerada pelo próprio cliente em conjunto com o terapeuta ou com o investigador. Os itens são uma lista dos problemas indicados pelo cliente, e cotados de acordo com o nível de mal-estar que cada problema lhe causou durante a última semana. A lista é construída através de uma entrevista semiestruturada de aproximadamente 45 minutos. Os problemas que o cliente gostaria de trabalhar em psicoterapia vão sendo elencados e escritos em cartões individuais. No final é requerido ao cliente que coloque esses cartões por ordem de importância, do mais grave para o menos grave, e que indique há quanto tempo sente esses problemas. Após este processo o questionário é utilizado no início de cada sessão, em que o cliente indica, numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (de 1=Nenhum mal-estar a 7=Mal-estar

total) o quanto esses problemas estiveram presentes durante os últimos 7 dias. Os itens podem ser alterados ou eliminados pelo cliente em qualquer altura.

Helpful Aspects of Therapy (HAT; Llewelyn, 1988), é uma medida qualitativa semiestruturada e aberta que averigua as percepções do cliente sobre os eventos significativos da terapia. É pedido ao cliente que explique, pelas suas próprias palavras, os eventos da sessão que o ajudaram, como ajudaram, e quanto ajudaram (esta quantificação é realizada numa escala tipo *likert* de 5 pontos (de 1= Não ajudou nada a 5=Ajudou muitíssimo)). Foi também pedido aos terapeutas que preenchessem o HAT de forma a obter a sua visão sobre os eventos significativos da terapia. O HAT foi enviado a todos os clientes e terapeutas, através de correio eletrónico, no final de cada sessão.

Clinical Outcome Routine Evaluation (CORE; Evans et al., 2000). O CORE é uma medida de autopreenchimento de 34 itens que cobre áreas como: bem-estar, problemas/sintomas, funcionamento na vida, e risco, para o próprio e para os outros. Após preenchimento do questionário, os dados foram introduzidos no sistema informático CORE NET (Sales e Alves, 2012) de forma a perceber a evolução do cliente, e a comparar os seus resultados com dados normativos para a população não clínica (*cutoffs*).

Client Change Interview (CCI; Elliot, Slatick, & Urman, 2001). A CCI é uma entrevista semiestruturada que fornece informação qualitativa sobre o resultado da terapia em forma de descrições do cliente sobre as alterações experienciadas ao longo do processo; e, descrições do cliente das suas atribuições dessas mudanças, incluindo aspetos úteis da sua terapia. É uma entrevista com uma duração entre os 30 e os 45 minutos. Após a entrevista, as mudanças são escritas numa tabela, e é requerido ao cliente que quantifique essas mudanças numa escala tipo *Likert* de 5 pontos. A quantificação engloba as seguintes questões para cada mudança: 1) “*Estava à espera dessa mudança, ou foi uma surpresa para si?*” (de 1=Mudança totalmente esperada a 5=Mudança completamente surpreendente); 2) “*Esta mudança podia ter acontecido sem terapia?*” (de 1=De certeza que não acontecia a 5=De certeza que sim, aconteceria); 3) “*Até que ponto esta mudança é importante ou significativa para si?*” (de 1=Nada importante a 5=Extremamente importante).

Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R; Kipper, & Shemer, 2006). A SAI-R é uma escala para avaliar a intensidade de sentimentos e pensamentos

descritos como espontaneidade. A escala começa com a pergunta “*Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico*”, à qual se segue uma lista de 18 itens com diversos adjetivos como “*Alegre*”, “*Criativo*”, “*Capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites*”, entre outros. Os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (de 1=Muito fraca a 5=Muito forte).

Sistema Compreensivo Rorschach (SCR; Exner, 2003). O método de manchas de tinta de Rorschach é um instrumento de avaliação da personalidade, desenvolvido pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach, e consiste num conjunto padronizado de manchas de tinta, que são apresentadas aos testandos para que digam *o que pode ser*. No SCR o Rorschach é conceptualizado como uma tarefa perceptivo-cognitiva, em que se manifestam processos de tomada de decisão e de resolução de problemas, reveladores das estratégias de confronto e da organização psicológica do sujeito. O SCR é um método através do qual é possível obter uma amostra da personalidade de determinada pessoa, que reflete os processos que dão origem a determinados comportamentos. O SCR apresenta um sistema estandardizado de administração, codificação, e interpretação de resultados, que permite uma maior objetividade durante todas as fases de aplicação e integração de resultados.

Procedimento

A India, após algumas sessões de terapia individual, ingressou no grupo de psicodrama por indicação da terapeuta. Após duas sessões de apresentação ao grupo, a India foi avaliada com os instrumentos CORE e SAI-R, e foi realizada a entrevista para a formulação do PQ, que passou a ser preenchido no início de cada sessão. Estes instrumentos foram administrados por uma investigadora com experiência em psicoterapia e entrevista clínica do grupo de investigação. Passado aproximadamente um mês foi administrado o método Rorschach SCR, e os seus resultados foram devolvidos à India e aos seus terapeutas após 15 dias. O SCR foi aplicado por um dos investigadores do grupo de investigação e autor da presente tese, com experiência intensiva de 18 meses em aplicação e análise de protocolos SCR.

A India frequentou 27 sessões de psicodrama num período de 8 meses. Destas sessões foi possível obter 17 resultados do instrumento PQ, e 5 resultados do

instrumento HAT. O reduzido número de resultados, em especial do HAT, em relação ao número de sessões, deve-se essencialmente a duas razões: primeiro, porque o processo de participação na investigação é voluntário, e por razões que desconhecemos nem sempre a Índia preencheu e enviou os resultados. Esta razão explica, em especial, a falta de diversos HAT pois foram enviados por correio electrónico, ao contrário do PQ que foi preenchido no local das sessões antes destas iniciarem. Segundo, por questões logísticas da parte dos investigadores e terapeutas, nomeadamente, dificuldades na impressão dos impressos em algumas semanas.

Após aproximadamente 7 meses, e 24 sessões de psicoterapia psicodramática, a Índia voltou a ser avaliada com o CORE, SAI-R e SCR. Nessa altura foi também realizada a Client Change Interview (CCI). Os instrumentos foram aplicados pelos mesmos investigadores. Nenhum dos terapeutas realizou entrevistas, nem aplicações SCR, de forma a garantir a validade e fidedignidade dos resultados.

Foram também obtidos 14 HAT preenchidos pelos terapeutas do grupo de psicodrama.

Resultados

Registro de caso

A cliente e o contexto

A cliente, Índia, é uma mulher portuguesa de vinte e oito anos, estudante de licenciatura na área da saúde. Uma profunda cirurgia de transplante do sistema respiratório obrigou Índia a um período de hospitalização de um ano, e a abandonar a universidade durante alguns anos. Após alguns anos de recuperação da cirurgia e de muitas complicações associadas, sente-se bastante ansiosa e angustiada em relação ao seu presente. A sua preocupação central prende-se com o regresso na universidade, muito devido à forte ligação entre o seu curso e a sua condição física. Outra preocupação é a sua imagem corporal, marcada por algumas cicatrizes das cirurgias a que foi sujeita, e a sua relação com possíveis parceiros íntimos. Por último, a Índia, para além da obrigação de uma vida regrada em virtude da cirurgia, tem uma esperança de vida reduzida em relação à maioria da população.

Avaliação através do Questionário Pessoal (Personal Questionnaire, PQ)

A produção do PQ foi realizada no início da terapia. Nesta altura a Índia indicou 10 problemas que gostava de ver resolvidos em psicoterapia (ver Tabela I).

Tabela I – Problemas, grau de mal-estar e duração das queixas da cliente, no início da terapia

Item	Problema	Grau de mal-estar	Duração queixas (anos)
PQ01	Às vezes sinto angústia e desânimo	5	3-5
PQ02	Tenho sentimentos de frustração	4	3-5
PQ03	Tenho falta de confiança em situações novas	5	3-5
PQ04	Não consigo tomar uma decisão em relação ao curso	6	3-5
PQ05	Tenho medo de não ser capaz de me integrar	5	1-2
PQ06	Sinto-me à parte	4	6-11 meses
PQ07	Tenho medo de não ser capaz de fazer o que fazia	4	3-5
PQ08	Não aceito bem as implicações do que passei	4	3-5
PQ09	Sinto angústia pela incerteza em relação à saúde no futuro	3	3-5
PQ10	Afasto-me das relações amorosas para não me magoar	4	1-2

Importa referir que a Índia removeu o item 4 e o item 10 após onze sessões de psicoterapia, e o item 7 após doze sessões.

Na análise do PQ, e tendo em conta a escala de 7 itens, foi usado o valor de corte de 3,5, onde valores acima desse valor são considerados deterioração, e valores abaixo são considerados recuperação (Carvalho et al., 2008).

Na figura 1 pode ser observado que a média geral de todos os itens do PQ, embora tenha tido algumas oscilações ao longo das sessões, não apresenta diferenças significativas do início para o fim da terapia.

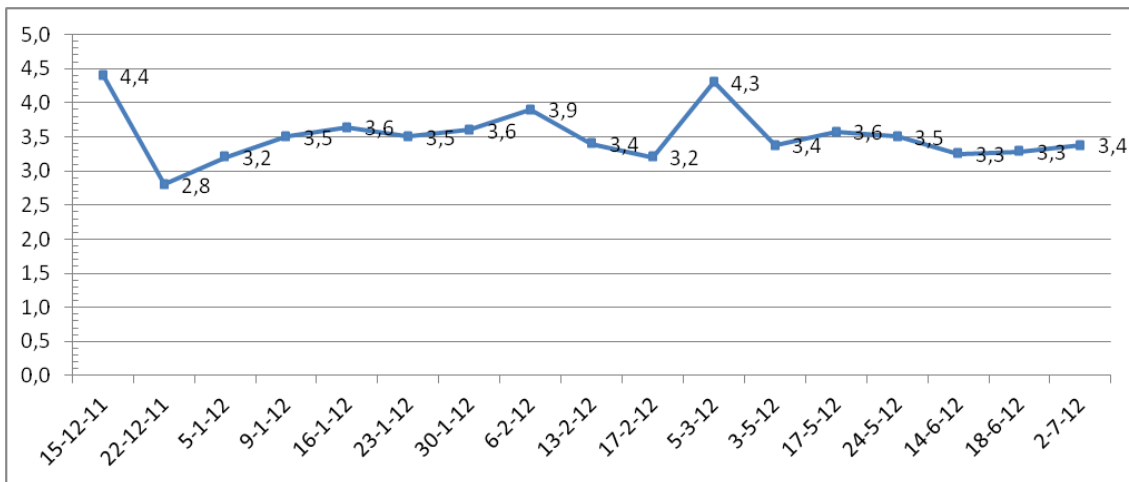


Figura 1 – Média geral dos itens do PQ sessão a sessão.

Na análise item a item ao longo das sessões (Figura 2 do item 1 ao 5; e Figura 3 do item 6 ao 10), pode ser observado que, embora exista alguma variabilidade dos itens ao longo das sessões, não existem melhorias significativas em nenhum dos itens.

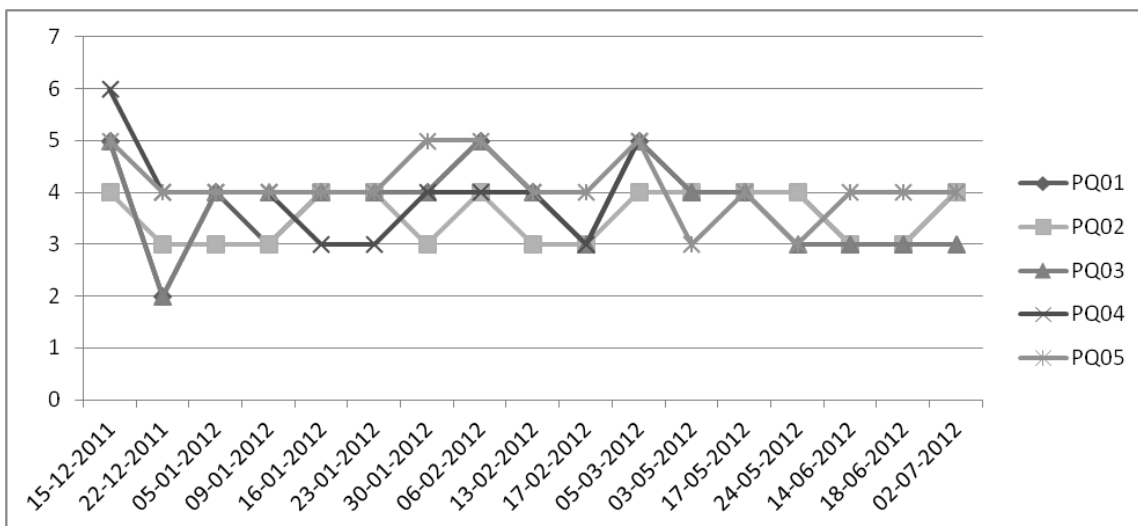


Figura 2 – Valores do PQ do item 1 ao 5, sessão a sessão

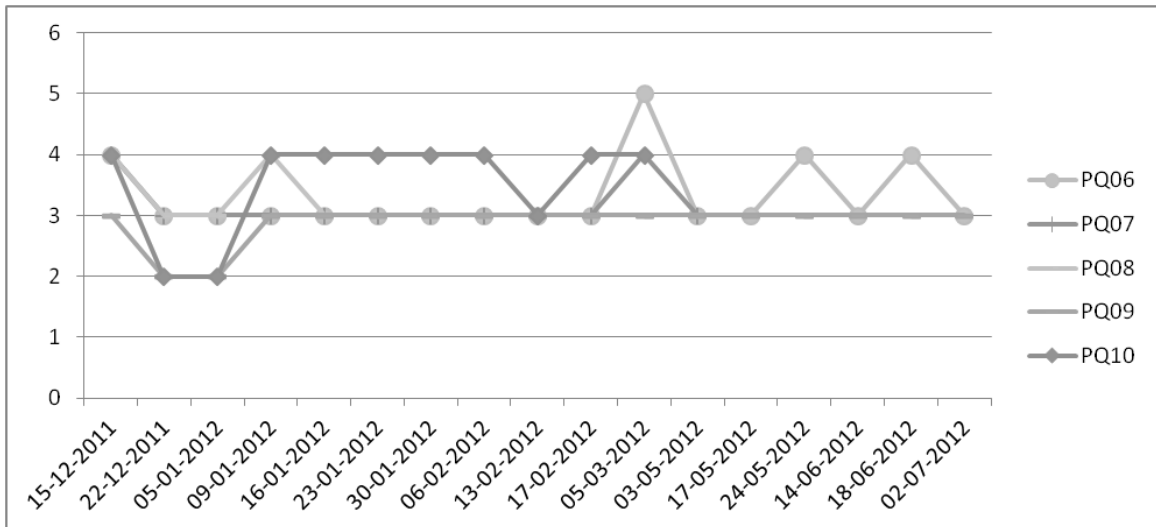


Figura 3 – Valores do PQ do item 6 ao 10, sessão a sessão

A Tabela II apresenta os dados item a item do PQ em três grupos. O primeiro grupo, denominado “início da terapia” tem a média dos valores das primeiras 3 sessões. O segundo grupo, denominado “intermédio” tem a média das sessões 8, 9 e 10. O terceiro grupo, denominado “fim da recolha de dados” tem a média das últimas 3 sessões. A lógica do cálculo das médias serve para evitar que a análise seja realizada com valores de apenas uma sessão, em que poderiam ter existido oscilações devidas a fatores extra terapia.

Tabela II – Comparação itens PQ em três grupos “início da terapia”, “intermédio”, “fim da terapia”

Item	Início da terapia	Intermédio	Fim da recolha de dados
PQ01	3,7	4	3,3
PQ02	3,3	3,3	3,3
PQ03	3,7	4	3
PQ04	4,7	3,7	-
PQ05	4,3	4,3	4
PQ06	3,3	3	3,3
PQ07	3,3	3	-
PQ08	3,3	3	3
PQ09	2,3	3	3
PQ10	2,7	3,7	-

Nota: Os valores ausentes devem-se à Índia ter anulado os itens em causa.

Na análise dos itens do PQ por grupos pode ser observado que não existem diferenças significativas nos itens entre o início e o fim da recolha de dados. O item 4 (Não consigo tomar decisões em relação ao meu futuro) foi o item que mais baixou ficando, ainda assim, acima do valor de corte.

Pela análise do PQ podemos concluir que não houve mudanças significativas nos problemas apresentados pela Índia.

Em seguida será realizada a análise da avaliação SCR. A importância desta análise prende-se com o facto de não ser uma medida de autopreenchimento.

Avaliação SCR

A análise do protocolo SCR será realizada de acordo com as indicações de Exner (2003; 2005; 2007) e Weiner (2000).

Na primeira avaliação SCR a Índia apresenta um protocolo válido de 17 respostas. Tendo em conta as variáveis chave, os módulos de análise serão apresentados pela seguinte ordem: 1) Controlo e tolerância ao stress; 2) Ideação; 3) Processamento de

informação; 4) Mediação cognitiva; 5) Recursos afetivos; 6) Autopercepção; 7) Percepção interpessoal.

Controlo e tolerância ao stress:

Quanto à capacidade de dominar os recursos para lidar com as demandas da vida diária, a India mostra ter capacidades adaptativas acima da média (EA=11). Embora os seus recursos sejam acima da média, a India manifesta altos níveis de stress (es=15), em grande parte situacional ($D < AdjD$). Esta situação de crise pode interferir no pensamento ou no afeto. O estado de sobrecarga existente pode exercer interferências ao nível do pensamento através de uma intensa atividade ideativa periférica que interrompe constantemente os processos cognitivos deliberados e produz graves dificuldades nas atividades que requerem o uso da concentração e atenção ($m=5$ e $Y=1$). Apresenta ainda uma excessiva interiorização dos sentimentos que preferiria exteriorizar, o que pode conduzir a diversas experiências de desconforto, incluindo ansiedade, tristeza, tensão, entre outras ($C'=4$).

Apresenta um estilo mais emocional, manifestando uma tendência para misturar os sentimentos com os seus processos cognitivos na resolução de problemas e tomada de decisões. Mostra-se mais lábil nas trocas e descargas emocionais, preocupando-se menos em retardar ou modular as suas expressões afetivas e tende a usar essas trocas como fonte principal de obtenção de gratificação (EB Extratensivo: EBPer=1,8, M=4 e SumpC=7).

Ideação:

A India encontra-se perante um elevado nível de atividade ideativa periférica devido à presença de stress situacional ($e:b=9:6$), e como resultado disso a sua concentração tende a ser limitada. Manifesta tendência para se refugiar na fantasia evitando assim a responsabilidade e a tomada de decisões ($Ma:Mp=1:3$). Apresenta alguma predisposição para lidar com afetos a um nível intelectual ($2AB+(Art+Ay)=3$). Embora este processo lhe permita reduzir ou neutralizar o impacto das emoções, representa uma forma ingénuo de negação que tende a distorcer o verdadeiro impacto da situação. Por último, o pensamento da India caracteriza-se pela presença de pessimismo, o que pode levar a que veja o seu meio circundante com uma sensação de desconfiança e desânimo (MOR=3).

Processamento de informação:

A Índia envolve-se excessivamente com os estímulos não simplificando adequadamente ($L=0,1$). Tende a ser muito meticulosa na análise de informação quando explora o seu meio ambiente, dedicando um esforço e energia muito elevados nas suas atividades de investigação e exploração do ambiente ($Zd=8,5$). Este estilo permite-lhe, através da exploração minuciosa e exaustiva, assegurar a revisão de todos os elementos estimuladores minimizando o risco de cometer erros, no entanto, pode não ser capaz de discriminar entre o essencial e o acessório.

Mediação cognitiva

A Índia em situações óbvias tende a responder de forma esperada. A probabilidade de ocorrência de respostas menos convencionais, em situações simples ou definidas com precisão, é mínima ($P=4$). Noutras situações menos convencionais ou estruturadas, tende a ser pouco convencional, percebendo as coisas de forma mais pessoal ($X+\%=0,4$). A elevada frequência de comportamentos que negligenciam as exigências ou expectativas sociais, ocorre devido a uma tendência para ver as coisas a partir do seu próprio ponto de vista, podendo implicar um excessivo autocentramento, sendo as suas perceções em função das suas necessidades ($Xu\%=0,6$).

Recursos afetivos

A organização psicológica da Índia apresenta com frequência experiências intensas de depressão e/ou de perturbação afetiva, revelando maior vulnerabilidade para vivenciar estados depressivos ou sofrer bruscas alterações nos estados de ânimo. Apesar disso, não significa que apresente forçosamente sintomas ou queixas de depressão ($DEPI=5$).

Apresenta uma tendência para misturar os sentimentos com os seus processos cognitivos na resolução de problemas e tomada de decisões, podendo o impacto das emoções sobre o pensamento originar processos de ideação mais complexos. Por isso mesmo, mostra-se mais lábil nas trocas e descargas emocionais, preocupando-se menos em retardar ou modular as suas expressões afetivas e tendendo a usar essas trocas como fonte principal de obtenção de gratificação, sendo o contacto com os outros e o processamento de emoção prioritários. Ainda assim, surgem situações nas quais as

emoções são colocadas em segundo plano em favor de uma abordagem mais racional (EB Extratensivo: EBPer=1,8, M=4 e SumpC=7).

O mal-estar que a Índia vivencia deve-se, em grande parte, a situações externas, às quais é mais reativa, constituindo uma situação de crise ($m=5$ e $Y=1$). Assinala ainda um problema mais crônico, apresentando maior risco de sofrer episódios de desorganização, pois a irritação interna que experimenta é muito forte, podendo ser potencialmente disruptiva para a sua estrutura psíquica ($C'=4$). A constrição pode estar em função de uma tendência que tem para estabelecer relações dependentes, implicando uma menor expressão das emoções para não ser abandonado pelos outros ($a:p=5:8$).

A Índia manifesta potenciais problemas de modulação afetiva, apresentando intensas descargas emocionais e transmitindo a sensação de ser muito impulsiva. Pode ser o produto de dificuldades ao nível do controlo; no entanto, é igualmente possível que reflita uma organização psicológica evidenciando menor maturidade, para qual a modulação do afeto não é importante (FC:CF+C=2:5, CPuro=2).

O seu funcionamento psicológico é excessivamente complexo. Esta complexidade é quase sempre o resultado da experiência emocional. Embora não represente necessariamente uma desvantagem pode facilmente contribuir para perturbação, especialmente porque existem problemas ao nível do controlo e da modulação dos afetos (Comb:R=8:17).

Autoperceção

A Índia manifesta uma preocupação incomum consigo própria, o que pode implicar uma despreocupação pelo mundo exterior. Não significa necessariamente uma autoestima positiva ($3r+(2)/R=0,7$). Envolve-se em comportamentos de introspeção com certa frequência. Este processo pode ser benéfico uma vez que permite a reavaliação da autoimagem (FD=1 e V=0).

A sua autoimagem e a autoestima são mais baseadas na imaginação do que na experiência. Este aspecto é revelador de menor maturidade e frequentemente distorce a perceção de si própria, o que interfere na tomada de decisões e na resolução de problemas ($H:(H)+Hd+(Hd)=2:3$). A sua autoimagem está marcada por características negativas e o pensamento inclui mais pessimismo do que o normal, ou seja, existência

de uma imagem pessoal desvalorizada (MOR=3). Não se encontram evidências de preocupação acerca do corpo ($An+Xy=0$).

Perceção interpessoal

A Índia geralmente adota um papel passivo mas não necessariamente submisso, preferindo evitar a responsabilidade de decidir. Pode evitar a procura de novas soluções para os problemas, ou ainda, tomar iniciativas, esperando que o outro tome as decisões por si. Este facto pode levá-la a supor que os que a rodeiam toleram as suas necessidades e exigências, e atua de acordo com elas podendo isso provocar conflitos ao nível relacional ($a:p=5:8$). Experimenta uma necessidade de proximidade dentro dos parâmetros esperados ($T=1$). Manifesta interesse pelos outros como seria de esperar ($H+(H)+Hd+(Hd)=5$).

Em suma, a Índia, embora apresente boas competências para lidar com as exigências do meio, revela níveis de stress bastante altos, o que aliado a uma baixa modulação dos afetos, pode fazer com que aja de forma impulsiva. Grande parte do stress que apresenta é situacional, embora a constrição de alguns afetos disfóricos, que contribuem para os níveis de stress, seja um problema mais crónico. Apresenta um estilo extratensivo, lábil, e com tendência a assumir um papel passivo nas relações. Revela tendência para se refugiar na fantasia e para a intelectualização. Manifesta um estilo hiperincorporador, o que faz com que nunca lide com as situações de forma simples. Manifesta uma excessiva preocupação consigo própria, e envolve-se em processos de introspeção, embora a sua autoestima e autoimagem seja mais baseada na imaginação do que na sua experiência.

A segunda avaliação SCR da Índia foi realizada após seis meses de terapia e 20 sessões. Nesta avaliação a Índia apresenta um protocolo válido de 35 respostas. Tendo em conta as variáveis chave, os módulos de análise serão apresentados pela seguinte ordem: 1) Controlo e tolerância ao stress; 2) Ideação; 3) Processamento de informação; 4) Mediação cognitiva; 5) Recursos afetivos; 6) Autoperceção; 7) Perceção interpessoal. Será realizada uma análise comparativa com a primeira avaliação.

Controlo e tolerância ao stress:

Os recursos da Índia para lidar com as exigências do meio, bem como os seus níveis de stress, permanecem nos mesmos valores. Deixou de apresentar um estilo

extratensivo para apresentar um estilo ambigüal (EB Ambigüal; EBPer não calculado e $M=6$ e $SumpC=5$). Como não tem um estilo definido de resposta básica processa indiscriminadamente o afeto ou pode usar a ideação, sendo muito menos previsível no seu comportamento. Esta característica pode refletir uma maior vulnerabilidade perante determinadas dificuldades, principalmente ao nível do confronto, sendo provável que as emoções interfiram de forma inconsistente no pensamento, na resolução de problemas e na tomada de decisões. Fica sujeita a maior demora para concluir as suas tarefas e tem menor coerência interna.

A tendência para a interiorização de sentimentos mantém-se, embora em menor nível (de $C'=4$ para $C'=3$). Apresenta agora comportamentos de introspeção, focando-se em aspetos negativos da sua autoimagem em comparação com a maioria das pessoas. Este processo frequentemente implica experiências de desconforto e autodepreciação, os quais podem originar depressão e pensamentos autodestrutivos ($V=1$). Esta alteração é esperada num processo de psicoterapia em que a cliente se encontra num processo de autoreavaliação.

Ideação:

A Índia continua perante um elevado nível de atividade ideativa periférica devido à presença de stress situacional ($e:b=8:7$), e como resultado disso a sua concentração tende a ser limitada.

Já não apresenta tendência para se refugiar na fantasia, nem predisposição para lidar com afetos a um nível intelectual. O indicador de pessimismo também desapareceu, encontrando-se agora dentro dos valores normativos (de $MOR=3$ para $MOR=1$).

Processamento de informação:

A Índia já não se envolve excessivamente com os estímulos (de $L=0,1$ para $L=0,5$), nem tende a ser muito meticulosa na análise de informação quando explora o seu meio ambiente (de $Zd=8,5$ para $Zd=-2,5$). O seu foco de atenção é agora equilibrado o que lhe permite uma adaptação bem-sucedida. Alguns indicadores mostram agora sinais de um funcionamento excessivamente prático respondendo às tarefas de um modo económico ($D=26$ e $W:M=6:6$).

Mediação cognitiva

Em situações óbvias, a Índia continua a responder de forma esperada ou aceitável, embora continue a tendência, apesar de em menor nível, para ser pouco convencional nas suas percepções em situação menos óbvias ou estruturadas (de $X+\%=0,4$ para $X+\%=0,5$ e de $Xu\%=0,6$ para $Xu\%=0,5$).

Recursos afetivos

A organização psicológica da Índia já não apresenta experiências intensas de depressão e/ou de perturbação afetiva (de DEPI=5 para DEPI=2).

O mal-estar que a Índia vivencia mantém-se, bem como o problema mais crónico de irritação interna, embora em menor nível (de $C'=4$ para $C'=3$). Apresenta agora fortes componentes de desvalorização associados a processos de introspeção, que aumentam o seu sofrimento psíquico ($V=1$). Controla as descargas emocionais da mesma forma que a maioria das pessoas ($FC+CF+C=4:3$), isto é, existe agora uma melhor modulação dos afetos.

O seu funcionamento psicológico, que apresentava uma excessiva complexidade, encontra-se agora em níveis normativos, o que é indicador de uma experiência emocional mais equilibrada (de Comb:R=8:17 para Comb:R=5:35).

Autoperceção

A Índia preocupa-se consigo própria de uma forma adaptada, ao invés do excessivo autocentramento que apresentava na avaliação anterior (de $3r+(2)/R=0,7$ para $3r+(2)/R=0,4$). Continua a evidenciar comportamentos de introspeção embora alguns sejam autodepreciativos (de $FD=1$ e $V=0$ para $FD=1$ e $V=1$).

A sua autoimagem e a autoestima continuam baseadas na imaginação e não na experiência. Apresenta agora preocupações com o corpo que estavam ausentes na avaliação anterior (de $An+Xy=0$ para $An+Xy=3$), embora seja pouco provável que a sua autoimagem esteja marcada por características negativas ($MOR=1$).

Perceção interpessoal

A Índia continua a apresentar tendência para assumir um papel passivo ao nível das relações interpessoais, embora em menor nível (de $a:p=5:8$ para $a:p=6:8$). Pode

apresentar agora comportamentos de dependência que não estavam presentes na avaliação anterior ($F_d=1$). Os restantes indicadores permanecem idênticos.

Em suma, a Índia apresenta diversos indicadores de melhoria do seu funcionamento psicológico. O mais importante é o facto de já não apresentar tendência a vivenciar estados depressivos. Também deixou de apresentar tendência para se refugiar na fantasia, nem predisposição para lidar com afetos a um nível intelectual. Os seus níveis de pessimismo baixaram, e a sua capacidade de exteriorizar afetos melhorou. Por último, importa referir que os seus afetos estão agora melhor modulados.

Destacamos ainda algumas diferenças que embora não sendo positivas, podem fazer parte do processo de transformação psicológica devido à psicoterapia. O estilo da Índia passou de extratensivo a ambiguo, o que se pode dever a alguma ambiguidade que a Índia sente neste momento em relação ao seu papel no mundo. Apareceram igualmente processos de introspeção autodepreciativos, alteração que se pode dever ao facto da Índia se encontrar num processo de autoreavaliação.

Por último, destacamos o facto de terem aparecido indicadores de preocupações com o corpo que não existiam na avaliação anterior, o que estranhámos, pois essas preocupações sempre existiram devido às inúmeras cirurgias da Índia. Importa ainda referir o aparecimento do indicador de dependência, que não estava presente na avaliação anterior, e que pode remeter para alguma dependência do psicoterapeuta e do grupo.

Apresentaremos de seguida Tabela III com a comparação dos dados das avaliações SCR. A média US (Estados Unidos da América; Exner, 2007) é apresentada devido à sub-representação apontada por Pires (2007) da população com formação superior na sua amostra.

Tabela III – Comparação das 2 avaliações SCR

Indicador	1ª Avaliação	2ª Avaliação	Média PT (N=309)	Média US (N=600)
Controlo e t. stress				
EA	11	11	5,7	8,7
es	15	15	8,7	8,3
FM	4	5	3,6	3,7
Sum C'	4	3	1,3	1,5
Sum T	1	1	0,7	1
m	5	3	1,3	1,3
Sum V	0	1	0,6	0,3
Sum Y	1	2	1,2	0,6
Afeto				
FC	2	4	1,3	3,6
CF	3	3	1,89	2,4
C Puro	2	0	0,3	0,1
SumC'	4	3	1,3	1,5
Afr	0,9	0,5	0,6	0,7
S	1	2	2,3	1,6
Comb:R	8	5	3,5	5,2
CP	0	0	0	0
Interpessoal				
COP	1	2	0,9	2
AG	2	0	0,6	1,1
Fd	0	1	0,2	0,2
Isolamento	0,2	0,1	0,2	0,2
H	2	3	1,9	3,2
Hd	0	1	1,2	0,8
(H)	1	2	0,8	1,2
(Hd)	2	1	0,3	0,2
A	7	8	8,6	8
Ad	1	7	2,7	2,3
(A)	1	0	0,2	0,3
(Ad)	0	0	0	0,1
Ideação				
a	5	6	5	6,4
p	8	8	2,8	2,9
Ma	1	3	1,8	2,9
Mp	3	3	1	1,4
2AB+(Art+Ay)	3	0	2,2	1,6

M-	0	0	0,2	0
Mediação				
P	4	6	4,9	6,6
X+%	0,4	0,5	0,5	0,8
F+%	0,5	0,5	0,5	-
X-%	0	0	0,1	0
S-%	0	0	0,5	0,3
Xu%	0,6	0,5	0,4	0,2
Processamento				
Zf	13	14	10,6	11,9
Zd	8,5	-2,5	-1,1	0,6
W	9	6	7	8,3
D	8	27	9,8	12,9
Dd	0	2	5,3	1,2
DQ+	9	11	5,2	7,4
DQv	1	2	0,9	1
Imagem de Si				
3r+(2)/R	0,6	0,4	0,4	0,4
Fr+rF	0	0	0,4	0,1
FD	1	1	1,5	1,2
An	0	2	1,4	0,6
Xy	0	1	0,2	0
MOR	3	1	1,3	0,8
Constelações				
DEPI	5	2	3,9	-
CDI	1	2	3,2	-
SCZI	1	1	0,1	-
S-Con	6	2	5,1	-
HVI	Não	Não	-	-
OBS	Não	Não	-	-

Pela análise do SCR podemos concluir que houve mudanças significativas em diversas áreas da personalidade da India.

Análise do instrumento CORE

Os dados do CORE apresentam melhorias em todos os domínios embora apenas algumas sejam consideradas significativas (ver tabela IV). A média de todos os

domínios (retirando o domínio “Risco” cujo resultado foi 0 nas duas avaliações) apresenta melhorias significativas (11.8 para 6,7). O domínio “Bem-estar” era o único que se encontrava acima do valor de corte na primeira avaliação, passando na segunda avaliação para valores bem abaixo do valor de corte, o que representa uma melhoria bastante significativa (de 20 para 7,5; valor de corte: 17,7).

Tabela IV – Comparação de resultados pré terapia e pós terapia do CORE

Domínio	Resultado pré terapia	Resultado pós terapia	Cut off	Resultado +/-	Mudança clínica	Mudança significativa
Todos	9.7	5.5	10	-4.3	Abaixo do cut off	Não existem alterações
Todos os domínios menos "Risco"	11.8	6.7	15	-5.1	Abaixo do cut off	Melhora
Funcionamento	7.5	2.7	10	-4.8	Abaixo do cut off	Não existem alterações
Problemas	13.3	10	16.2	-3.3	Abaixo do cut off	Não existem alterações
Risco	0	0	3.1	0	Abaixo do cut off	Não existem alterações
Bem-estar	20	7.5	17.7	-12.5	Melhora	Melhora

Pela análise dos valores do CORE podemos concluir que houve melhorias significativas na saúde psicológica da Índia.

Análise do instrumento HAT

Como foi dito anteriormente, foi possível reunir 14 resultados do instrumento HAT dos terapeutas, e 5 da Índia.

Dos 14 HAT recolhidos entre os terapeutas, apenas 2 fazem menção à Índia, um de forma direta, em que a Índia foi protagonista, e outro de forma indireta em que participou como ego auxiliar.

No HAT em que a Índia foi protagonista, é descrita sucintamente uma cena representada por ela em que se confronta com uma situação que teme. Descreve-se ainda a importância do auditório nas “devoluções das vivências emocionais em relação à cena da Índia, identificação com o sentimento de ansiedade e eventual avaliação negativa por parte dos outros”. Por último, é referido que este acontecimento foi

importante para a protagonista por “dar-se conta como está no momento presente e estratégias de *coping* a desenvolver para o enfrentamento da realidade”. Não há registro HAT da Índia sobre esta sessão.

No outro HAT, em que a Índia foi ego auxiliar, é apenas referido que “A Índia teve pouco protagonismo na sessão tendo apenas participado como ego auxiliar. Pareceu ausente da sessão, mais do que o habitual.”. Não há registro HAT da Índia sobre esta sessão.

Os 5 HAT da Índia referem-se às sessões 3, 5, 6, 7, e 9, ou seja, aproximadamente ao início da terapia. No HAT da sessão 3 a Índia refere que fez o exercício da “cadeira vazia” em que abordou as questões que a preocupavam atualmente, nomeadamente o seu futuro escolar e profissional. Realçou que “ao verbalizar as dificuldades que atravesso atualmente, consigo mais claramente definir os objetivos que pretendo alcançar com a ajuda da terapia e aquilo que tenho que trabalhar para me sentir melhor.”. Valorizou o evento com “ajudou moderadamente”.

No HAT da sessão 5, valorizado pela Índia com “ajudou moderadamente”, cada um dos elementos “disse aquilo que mais gostaria de ter para este ano novo”, o que a fez “pensar o que é que realmente preciso e me pode ajudar a sentir melhor, mais tranquila e mais confiante”. Segundo a Índia, o exercício foi importante porque a ajudou a refletir sobre aquilo que é preciso trabalhar em termos de atitudes e pensamentos para se sentir melhor consigo própria.

No HAT da sessão 6, valorizado pela Índia com “ajudou moderadamente”, foi realizado o exercício da “Jangada”, em que os elementos se imaginavam naufragados em alto mar e que, para que esta não afundasse, só duas das três pessoas podiam sobreviver. A Índia refere este exercício como “doloroso” porque não foi capaz de defender a sua permanência na jangada, isto é, a sua sobrevivência, nem foi capaz de se oferecer para sair da jangada: “não queria morrer nem queria “matar””. Refere ainda que este exercício lhe trouxe más memórias de perdas importantes que teve na sua vida, e que foi marcante porque a fez refletir sobre os motivos pelos quais se agarra à vida.

No HAT da sessão 7, valorizado com “ajudou pouco”, a Índia refere que falaram sobre relações próximas, o que foi importante para ela por ter ficado a conhecer situações diferentes da dela, e por fazer-lhe valorizar alguns amigos importantes.

No HAT da sessão 9, valorizado com “ajudou moderadamente”, a Índia refere que foram focados alguns aspetos da vivência dos elementos do grupo, e que isso a ajudou a se descentralizar dos seus próprios problemas porque percebeu que cada pessoa tem as suas próprias dificuldades, o que a fez sentir “menos sozinha”.

No HAT da sessão 10, valorizado pela Índia com “ajudou moderadamente”, o tema foi a perda de pessoas significativas e o impacto disso em cada elemento do grupo. Como foi referido acima, é um assunto bastante sensível para a Índia devido a algumas perdas importantes que teve na sua vida. A Índia refere que este acontecimento a ajudou porque percebeu que pensar nessas perdas já não lhe causava dor, mas sim “pensamentos positivos” por lembrar-se frequentemente “de coisas boas” que passou com elas.

Embora os HATs contêmam informações importantes sobre o desenrolar da terapia, dizem-nos pouco sobre a sua eficácia. Pela sua análise não podemos tirar conclusões sobre algum tipo de melhoria duradoura na saúde mental da Índia.

Análise do SAI-R

Na análise do instrumento SAIR-R, tomaremos como referência a investigação de Santos (2009) devido ao tamanho da sua amostra da população portuguesa (n=2940).

A Índia obteve um resultado de 47 na primeira avaliação, e de 49 na segunda avaliação. Tendo em conta que a média da população feminina é de 61 (DP=10,6), ambos os resultados se encontram bem abaixo da média. Consideramos também não haver diferenças dignas de registo entre as duas avaliações.

Pela análise dos valores do SAI-R podemos concluir que não houve melhorias dignas de registo nos níveis de espontaneidade da Índia medidos pelo instrumento.

Análise da Entrevista de Mudança do Cliente (Client Change Interview, CCI)

A CCI da Índia apresenta informação bastante relevante sobre o processo terapêutico e sobre as mudanças sentidas na sua vida.

A India começa por referir que faz um balanço muito positivo do processo, nomeadamente “...as conversas, os exercícios, a interação com as pessoas presentes, ver os problemas dos outros, ver as opiniões dos outros (...) acho que tem sido positivo para mim”.

Sobre o que melhorou refere que “De uma maneira geral melhoraram. Eu tinha um obstáculo que era o que me preocupava mais que tinha a ver com a faculdade e o futuro profissional e escolar, qual devia ser o meu caminho. Eu estava muito indecisa, por um lado queria voltar para a faculdade mas tinha muito medo, eu achava que havia muitos obstáculos. E depois a certo ponto acabei por voltar. Não foi fácil mas tinha sido muito mais difícil na minha cabeça.”. Sobre esta mudança, na avaliação quantitativa (ver tabela V), a India refere que foi “Algo surpreendente (4)”, que sem a terapia “Provavelmente não aconteceria (2)”, e que a mudança foi “Extremamente importante (5)”.

Outra grande mudança teve a ver com o namorar. A India refere que “porque eu achava que não queria, não queria, não queria porque achava que ia sofrer (...) Mas veio a provar-se mais uma vez que estava errada”. Afirma ainda que “de há uns tempos para cá tenho um namorado de quem gosto imenso, que me apoia muito, é muito positivo”. Sobre esta mudança, na avaliação quantitativa, a India refere que foi “Mudança completamente surpreendente (5)”, que sem a terapia “Não sei [se a mudança ocorreria] (3)”, e que a mudança foi “Muito importante (4)”. Importa referir que esta mudança se encontrava num dos itens iniciais do PQ “Item 10: *Afasto-me das relações amorosas para não me magoar*”, que foi retirado posteriormente.

Em seguida a India fala de “...pequenos objetivos que eu antes tinha dificuldade em pôr (...) levantar-me e ir as aulas ou fazer um exame e passar a uma cadeira”. Refere ainda num outro item ligado a este que “Acho que o meu pai, apesar de ter medo, ficou mais contente. Porque ele preocupava-se muito por eu estar sem nada para fazer, sem planos”. Na avaliação quantitativa, sobre o item dos “pequenos objetivos”, a India refere que a mudança foi “Algo esperada (2)”, que sem a terapia “Provavelmente não aconteceria (2)”, e que a mudança foi “Extremamente importante (5)”. Sobre o alívio do seu pai, a India refere sobre a mudança que “Não estava à espera, mas também não foi surpresa (3)”, que sem a terapia “Provavelmente não aconteceria (2)”, e que a mudança foi “Muito importante (4)”. Estes itens parecem-nos ter bastante importância porque vão

no sentido da melhoria da perturbação afetiva medida pelo método Rorschach, nomeadamente na anedonia e falta de motivação sentidas pela India.

Uma mudança de particular importância é o facto de a India estar “mais à vontade e consigo expor-me a situações novas.” A India menciona, na avaliação quantitativa, que a mudança foi “Algo surpreendente (4)”, que sem a terapia “Provavelmente não aconteceria (2)”, e que a mudança foi “Muito importante (4)”. A importância deste item prende-se com o facto de estarmos a falar de espontaneidade, fator principal de mudança na terapia psicodramática.

A India refere ainda 4 itens que na avaliação quantitativa apresenta como mudanças que sem a terapia “Provavelmente não aconteceria (2)”: “Algum aumento da autoestima”, “Quando vou abaixo já não vou tão abaixo”, “Os sentimentos de frustração são mais raros” e “Tomei consciência que tenho que fazer as coisas por mim e não pelos outros”. Parecem-nos particularmente importantes os 3 primeiros itens porque vão no sentido da melhoria da perturbação afetiva medida pelo método Rorschach, nomeadamente ao nível da angústia sentida e dos sentimentos de autodesvalorização.

Por último, a India menciona 3 itens que na avaliação quantitativa apresenta como mudanças que sem a terapia não sabe se aconteciam “(3)”: “Convivo mais com as pessoas”, “Não me sinto tão à parte” e “Aceito melhor que não posso fazer tudo o que fazia”. Embora a India não consiga atribuir diretamente estas melhorias ao processo terapêutico, achamos importante referir estes itens (especialmente os 2 primeiros) porque vão no sentido de uma melhoria dos relacionamentos interpessoais, outro dos fatores mais importantes da teoria e prática psicodramática.

A entrevista de mudança apresenta ainda outros dados relevantes sobre o processo terapêutico. Quando questionada sobre os aspetos do psicodrama que a têm ajudado a India menciona que “...ajudou a aceitar coisas dolorosas da minha vida com as quais eu lidava mal, a aceitar as minhas limitações, a viver melhor com elas, aceitar que os medos e os obstáculos estão lá, mas não podemos nem fugir deles nem fingir que eles não existem, nem ficar paralisada.(...) Também me ajudou na fase em que estava para ir para a faculdade, a diminuir a ansiedade e a dar esse passo. Foi muito difícil dar esse passo, ainda fugi uma ou outra vez mas acho que se não tivesse estado aqui a desmontar esses medos e a ver que não podia acontecer nada de tão terrível, se calhar não tinha conseguido fazer isso.”

Refere ainda que os aspetos do psicodrama que mais a ajudaram foi o de “...ter estado em grupo porque há muita solidariedade entre as pessoas, todos estamos aqui para ultrapassar determinados obstáculos e portanto as pessoas tentam ser mais compreensivas umas com as outras...”.

Sobre algum aspeto negativo do psicodrama, a India exprime “Acho que não, não consigo apontar nada de negativo”.

Por último, sobre a investigação, nomeadamente a parte do preenchimento semanal dos questionários, a India afirma que “Não custa fazer, mas não gosto de ir fazer. Não custa realmente, mas não é agradável. É que eu nunca gostei muito de trabalhos de casa em psicoterapia. Mas não custa...”.

Tabela V – Lista de mudanças

Mudanças	A mudança foi (esperada ou surpresa):	Sem terapia a mudança (acontecia ou não):	A mudança foi (grau de importância):
Regressei à faculdade	4	2	5
Tenho namorado	5	3	4
Tenho pequenos objetivos no dia-a-dia e sinto-me satisfeita com isso	2	2	5
O meu pai está mais aliviado e contente por mim	3	2	4
Algum aumento de autoestima	3	2	4
Convivo com mais pessoas	3	3	3
Quando vou abaixo já não vou tão abaixo	2	2	4
Os sentimentos de frustração são mais raros	2	2	3
Estou mais à vontade e consigo expor-me a situações novas	4	2	4
Não me sinto tão à parte	4	3	4
Aceito melhor que não posso fazer tudo o que fazia	2	3	3
Tomei consciência que tenho que fazer as coisas por mim e não pelos outros	2	2	3

Da análise conjunta de todos os itens, observamos que para a pergunta 1 (“*Estava à espera desta mudança, ou foi uma surpresa para si?*”) a média dos itens é 3, que corresponde a “Não estava à espera, mas também não foi uma surpresa”. Para a questão 2 (“*Esta mudança podia ter acontecido sem terapia?*”) a média dos itens é 2,3 que corresponde a “Provavelmente não ocorreria”. E para a pergunta 3 (“*Até que ponto esta mudança é importante ou significativa para si?*”) a média dos itens é 3,8 que corresponde a “Muito importante”.

Pela análise da CCI, tanto qualitativa como quantitativa, concluímos que aconteceram mudanças positivas e significativas na vida da India, e que a própria atribui grande parte dessas mudanças ao processo terapêutico psicodramático.

Análise global das evidências diretas e indiretas (HSCED)

Ligação entre processo terapêutico e resultado – evidência direta

- 1) Atribuição retrospectiva: como pode ser observado pela análise da CCI, a cliente India afirma que aconteceram mudanças positivas e importantes na sua vida durante o processo terapêutico, e atribui grande parte dessas mudanças ao processo terapêutico.
- 2) Mapeamento entre o processo e o resultado: para realizar esta análise foram utilizados os instrumentos PQ, HAT (do cliente) e CCI de forma a verificar se as alterações da cliente corresponderam a eventos específicos, aspetos ou processos da terapia. Pela análise conjunta dos instrumentos HAT e PQ não nos foi possível estabelecer uma relação direta entre o processo e o resultado da terapia. Na análise da CCI a India refere diversos aspetos da terapia que a ajudaram, nomeadamente, “...as conversas, os exercícios, a interação com as pessoas presentes, ver os problemas dos outros, ver as opiniões dos outros.”. Observa também que nas sessões de psicoterapia “...nessas conversas eu surpreendi-me várias vezes com as associações que a Dr.^a X (psicoterapeuta principal) fazia e que me punham a pensar...Ela dizia que eu, por exemplo, tinha dificuldade em aceitar que era sensual e depois falámos sobre isso e eu comecei a perceber, por exemplo, que as cicatrizes que tenho me deixam inibida...”. Afirma ainda, tal como apresentado em maior pormenor na análise de resultados da CCI, que a

terapia a ajudou a aceitar as suas limitações, a viver melhor com elas, e a reingressar na faculdade. Pela análise da CCI podem ser observadas diversas ligações entre o processo e o resultado terapêutico.

- 3) Correlação entre processo e resultado dentro da terapia: para realizar esta análise foram utilizados os instrumentos PQ, HAT (do cliente e do terapeuta). Pela análise conjunta dos instrumentos HAT e PQ não nos foi possível estabelecer uma relação direta entre o processo e o resultado dentro da terapia.
- 4) Mudanças precoces em problemas estáveis: nesta análise foram utilizados os instrumentos PQ, HAT e o método Rorschach. Os instrumentos PQ e HAT não nos forneceram informações sobre mudanças em problemas estáveis. Já o método Rorschach indica-nos, da primeira para a segunda avaliação, uma melhoria significativa na perturbação afetiva da Índia, bem como noutras dimensões da sua personalidade.
- 5) Sequências de mudanças de eventos: de forma a perceber se algum evento terapêutico precedeu uma mudança estável num problema do cliente foram analisados os resultados dos instrumentos PQ e HAT (do cliente e do terapeuta). Desta análise não nos foi possível detetar uma ligação entre um evento específico da terapia e uma mudança estável no cliente.

Sumário da evidência direta: na avaliação da evidência direta do processo terapêutico da Índia, encontramos evidência em 3 de 5 indicadores possíveis, que sugerem a eficácia do processo terapêutico psicodramático.

Evidência indireta

- 1) Alterações negativas ou triviais: de forma a perceber se aconteceram alterações que envolvam deterioração do estado psicológico da Índia, ou melhorias em variáveis pouco importantes, precedemos à análise dos instrumentos CORE, PQ, CCI e método Rorschach. Na análise dos dados obtidos pelo CORE não foi verificada qualquer deterioração na saúde psicológica da Índia. Na análise dos PQs, tal como referido acima, não conseguimos encontrar oscilações dignas de registo nos problemas apontados pela Índia, quer positivas, quer negativas, o que pode ser um indicador de que as alterações presentes foram triviais. Em relação à CCI, na análise qualitativa, a Índia refere claramente que não consegue apontar

nada de negativo na terapia. Na análise quantitativa não há qualquer item sobre mudanças negativas, e todas as mudanças são apontadas como muito importantes (em média). Na análise do método Rorschach foram encontrados alguns fatores mínimos que podem indicar deterioração em alguns aspetos, nomeadamente alguns pensamentos de autodesvalorização, que, no entanto, e tal como foi explicado em secção anterior, são esperados num processo psicoterapêutico eficaz. Em suma, não foram encontrados indicadores de deterioração do estado psicológico da Índia, embora os dados dos PQs possam indicar mudanças triviais.

- 2) Artefactos estatísticos: não foram utilizados métodos estatísticos na análise dos dados apresentados.
- 3) Artefactos relacionais: pela análise dos PQs podemos observar que a Índia não apresenta tendência para enfatizar nem aspetos positivos, nem aspetos negativos como forma de agradar ao terapeuta ou aos investigadores. A atribuição retrospectiva da Índia presente na CCI vai de encontro à melhoria do seu estado psicológico medido pelo instrumento CORE e, ainda mais importante, observado pelo método Rorschach. A extrema importância do método Rorschach nesta investigação prende-se com o facto de ser uma medida à prova deste tipo de efeitos de desejabilidade social tal como o efeito “*hello-goodbye*”.
- 4) Artefactos de expectativas: usando de novo a análise dos PQs podemos observar que a Índia não apresenta tendência para acreditar em melhorias apenas por se encontrar num processo de terapia (“*wishfull thinking*”), pois se tal acontecesse os itens iriam apresentando melhorias à medida que o tempo passava. Remetemos também para as melhorias medidas pelo método Rorschach e para a sua especificidade apresentadas no ponto anterior.
- 5) Mudanças não relacionadas com a terapia: não temos informação que tenha ocorrido algum processo de autocorreção no caso da Índia, e a própria indica que a maioria das suas melhorias não teriam acontecido sem terapia. Em relação a eventos de vida extra terapia, e tal como já foi referido, a Índia iniciou uma relação após 11 sessões de psicoterapia. Não nos é possível saber o impacto desse relacionamento na melhoria do estado psicológico da Índia. Outro fator não relacionado com a terapia provém de causas psicobiológicas, nomeadamente medicação psicofarmacológica. Na CCI a Índia refere tomar medicação antidepressiva há aproximadamente um ano. Este é um dado que consideramos

muito importante, e muito embora não consigamos saber o seu impacto real nas melhorias referidas pela Índia, podemos observar que na primeira avaliação com o método Rorschach, realizada 6 meses após o início da toma da medicação, a Índia ainda apresentava sinais de perturbação afetiva. Por último, importa perceber se aconteceram melhorias efetivas na Índia devido a efeitos reativos desta se encontrar neste projeto de investigação. Pela fraca adesão ao preenchimento dos HATs semanais, e pela análise da CCI, podemos observar que a Índia se manteve algo afastada do projeto de investigação. Assim, não temos razões para acreditar em efeitos desta natureza.

Sumário dos resultados da análise HSCED

Da análise HSCED ao tratamento da cliente Índia podem ser observados 3 de 5 tipos de evidência direta (atribuição retrospectiva, mapeamento entre processo e resultado dentro da terapia, mudanças precoces em problemas estáveis) que apoiam o sucesso do processo terapêutico. 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.

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 extraterapia que explicasse, por si só, as alterações sentidas e medidas no estado psicológico da cliente Índia, embora concordemos que a medicação antidepressiva possa ter contribuído favoravelmente para estas mudanças.

Conclusões

Pretendemos com este trabalho seguir o impacto terapêutico numa participante de um grupo de psicodrama. Optámos pela análise de um estudo de caso investigado sob o modelo de análise *Hermeneutic Single-Case Efficacy Design* – HSCED (Elliott, 2001, 2002).

A investigação em psicoterapia, e nomeadamente a investigação da sua eficácia, passou por diversos paradigmas, desde uma fase mais positivista que pretendia afirmar a psicoterapia como uma prática científica, até uma fase mais focalizada na compreensão dos fatores de mudança do processo terapêutico com o objetivo de compreender *o quanto muda* e principalmente *o que muda e como muda* (Moreira, 2005).

É neste clima de investigação que surge o modelo HSCED como uma abordagem interpretativa, usando métodos qualitativos e quantitativos, que permitam avaliar a causalidade terapêutica em casos individuais de terapia (Elliott, 2001, 2002). O modelo HSCED visa, através da obtenção de dados por diversas vias, a análise da influência da terapia nas mudanças do cliente. A informação compreensiva obtida incide sobre o processo e resultado da terapia, e contém análises de elementos a favor e contra a influência da terapia no processo de mudança (Carvalho et al., 2008).

O psicodrama é uma terapia individual praticada em grupo que conta com um conjunto de técnicas específicas e inespecíficas de modo a promover bons índices de espontaneidade e por sua vez saúde psicológica. É uma terapia de ação que não se foca apenas nos sintomas, mas especialmente na promoção do desenvolvimento pessoal e na libertação do potencial humano criativo, facilitando assim problemas de adaptação (Kellermann, 1992).

O método Rorschach SCR é um instrumento de avaliação da personalidade, utilizado desde 1921, com boas qualidades psicométricas e sensibilidade teste-reteste. Para além da sua robustez, o SCR apresenta-se como uma excelente alternativa aos instrumentos de autopreenchimento pois permite ultrapassar efeitos indesejáveis tais como: desejabilidade social, efeito “*hello-goodbye*” ou efeito “*wishfull thinking*”.

A cliente India permaneceu em terapia durante 8 meses (27 sessões semanais). Apresentava queixas de ansiedade e angústia em relação ao seu presente, associadas a diversas cirurgias e internamentos devido a um transplante do sistema respiratório. As

suas preocupações passavam pelo retomar da sua vida, nomeadamente, o regresso na universidade, a sua imagem corporal marcada por diversas cicatrizes de operações, os relacionamentos interpessoais e amorosos, e uma série de condicionantes em virtude das cirurgias que a obrigavam a ter cuidados redobrados com a sua saúde.

As queixas da India apresentadas no instrumento PQ foram precisamente neste sentido. Embora a India tenha preenchido estes questionários com bastante assiduidade, o facto é que os resultados, do inicio para o fim da terapia, apresentaram pouca variação, o que nos pode levar a concluir que, ou o instrumento é pouco sensível às mudanças sentidas, ou a India não sentiu essas mudanças de forma significativa. Tendo em conta os dados reunidos na entrevista de cliente (CCI), em que a India confirma terem existido diversas mudanças significativas, as quais não teriam ocorrido sem a terapia, colocamos a hipótese do instrumento PQ ter, na forma como foi usado pela cliente, pouca sensibilidade. Esta conclusão leva-nos a pensar na possibilidade de acrescentar mais níveis na escala tipo *Likert* de forma a obter maior sensibilidade. Na nossa perspectiva seria também importante dar instruções aos clientes para que estes justificassem a retirada ou a inclusão de itens no instrumento. Note-se que, como o próprio nome indica, este instrumento é construído por e para cada cliente, sendo que a relação que cada um estabelece com ele é também pessoal. A equipa de investigação tem encontrado opiniões muito diversas dos participantes em relação a cada instrumento, e precisamente o PQ é um dos instrumentos que mais diferenças na utilização parece ter.

O instrumento HAT, quer dos terapeutas, quer da paciente, forneceu pouca informação para a nossa investigação e isso deveu-se essencialmente a duas questões, a saber, a baixa assiduidade no seu preenchimento (apenas 5 da cliente e 14 dos terapeutas, de 27 sessões realizadas), e a falta de informação específica em cada um dos HAT preenchidos. Assim, não nos foi possível cruzar dados entre os HATs dos terapeutas e os da cliente, nem observar uma relação direta entre os dados dos PQs e os dados dos HATs de forma a estabelecer relações entre o processo e o resultado da terapia. Tendo em conta estas questões, e sabendo que o HAT foi idealizado para utilização em terapia individual, em futuras investigações pensamos que seria útil implementar um sistema mais rígido de preenchimento, fazer uma sessão de formação aos terapeutas e clientes sobre como devem preencher o instrumento e, se possível, deixar alguns exemplos fictícios daquilo que é esperado. Um dos dados mais

importantes nos HATs dos terapeutas seria a inclusão dos nomes das técnicas utilizadas em cada sessão, bem como uma breve apreciação de todos os elementos do grupo nessa sessão.

O instrumento CORE, e em especial a aplicação informática CORE NET (Sales e Alves, 2012), foi extremamente útil nesta investigação, tanto pelos resultados obtidos, como pelos alertas gerados. Na investigação HSCED utilizámos os dados obtidos neste instrumento para despistar alterações negativas que envolvessem deterioração do estado psicológico da cliente India. Segundo os dados obtidos, a cliente India, apresentou melhorias em todos os domínios, embora apenas algumas fossem consideradas significativas, nomeadamente o domínio “Bem-estar”.

O instrumento SAI-R, utilizado para medir a espontaneidade da cliente India, não apresentou diferenças significativas da primeira para a segunda avaliação, embora nos tenha dado a indicação que os níveis de espontaneidade da India estavam bem abaixo da média nacional. Perante estes resultados temos necessariamente que colocar a hipótese do instrumento ser pouco sensível a mudanças ou de o conceito que ele mede, a espontaneidade, ser relativamente estável, em particular em períodos breves de tempo. Devemos no entanto referir que, no caso de alguns outros participantes, houve mudanças bastante notáveis nos valores obtidos com este instrumento.

Outro fator de análise que parece ir de encontro à nossa hipótese são os resultados do método Rorschach, onde claramente a India apresentou melhorias significativas, nomeadamente o índice de depressão e/ou perturbação afetiva.

Consideramos que a utilização do método Rorschach SCR nesta investigação foi fulcral. Sendo um método através do qual é possível obter uma amostra da personalidade de uma determinada pessoa, sem recurso a perguntas ou questionários diretos, e com excelentes qualidades psicométricas, forneceu fortes evidências de melhoria do estado psicológico da cliente India.

A cliente India apresentava sinais de depressão e/ou de perturbação afetiva aquando da primeira avaliação que desapareceram na segunda avaliação. Esta melhoria é corroborada pelos factos relatados pela própria cliente na entrevista de mudança (CCI), nomeadamente no aumento sentido da autoestima, no conviver com mais pessoas, no facto dos sentimentos de frustração serem mais raros, e por não se sentir tão

à parte. Associamos estas melhorias a fatores terapêuticos da psicoterapia psicodramática, nomeadamente à experiência de melhoria das relações interpessoais devido a uma melhor compreensão e clara perceção dos outros (Abreu, 2006).

A segunda avaliação SCR mostra ainda que a cliente deixou de apresentar tendência para se refugiar na fantasia como forma de lidar com situações desagradáveis, como forma de evitar a responsabilidade e a tomada de decisões. Outro indicador bastante positivo foi o facto de a cliente ter deixado de apresentar predisposição para lidar com os afetos a nível intelectual como forma de reduzir ou neutralizar o impacto das emoções. Este mecanismo representava uma forma ingénua de negação que tendia a distorcer o verdadeiro impacto das situações. Estes indicadores são especialmente importantes porque é objetivo de qualquer terapia que o cliente se pense de uma forma realista e que, desta forma, assuma a responsabilidade pela sua vida, autonomizando-se. Foi o que aconteceu com a cliente India ao decidir finalmente o reingresso na faculdade e outras alterações na sua vida. Um dos fatores terapêuticos do psicodrama apontados por Abreu (2006) é precisamente a autonomia e responsabilidade.

Por último importa referir que o pensamento da cliente India se caracterizava pela presença de pessimismo, o que fazia com que visse as suas relações com o meio circundante com uma sensação de desconfiança e desânimo, com tendência a antecipar um triste resultado para o seu futuro, independentemente da qualidade do esforço investido. Sabemos como o pessimismo é um fenómeno típico em perturbações afetivas e/ou depressões. Este pessimismo deixou de estar presente na segunda avaliação. Não podemos estranhar a presença de pessimismo no pensamento da cliente India depois de todo o processo médico pelo qual passou, e no qual lidou tão de perto com a morte. Acreditamos que foi através do processo psicodramático de integração das suas vivências que a cliente conseguiu equilibrar e integrar todas estas experiências emocionais, conseguindo assim restituir as suas próprias defesas (Abreu, 2006).

Os dados recolhidos apresentam também alguns indicadores menos positivos dos quais destacamos os mais significativos. Na segunda avaliação Rorschach apareceram indicadores de processos de introspeção autodepreciativos da parte da cliente India. Segundo Exner (2003) este indicador pode ser visto como positivo no caso de uma psicoterapia onde se promove a autoinspeção, em que naturalmente focará aspetos menos positivos da pessoa, causando assim alguma dor ou irritação. Outro indicador

menos positivo foi o aparecimento do índice de dependência que pode remeter para alguma dependência do terapeuta e do grupo. Nenhum destes indicadores é necessariamente negativo, no entanto, é nossa opinião que ambos indicam que o processo terapêutico não está finalizado, antes se encontra numa fase em que é necessário promover ainda mais autonomia e responsabilidade na cliente India.

Em suma, consideramos o modelo de análise *Hermeneutic Single-Case Efficacy Design* – HSCED um modelo robusto para analisar a eficácia terapêutica de determinado modelo psicoterapêutico em estudos de caso. Consideramos também que o método Rorschach é de extrema importância nesta análise a par com outros instrumentos que permitam uma análise rica do caso em questão.

Durante esta investigação deparámo-nos com algumas dificuldades em aspetos que pensamos poderem ser melhorados em futuras investigações. Tal como foi dito anteriormente, pensamos que os instrumentos PQ e HAT (dos terapeutas e clientes) podem ser melhorados, quer alterando alguns pormenores de forma a adaptá-los a terapias de grupo, quer ao nível da formação de quem os preenche de modo a ser mais claro o que é esperado destes instrumentos. Outro fator que acreditamos poder ser melhorado é a assiduidade no preenchimento destes instrumentos e a qualidade das informações. Pensamos que tal objetivo possa ser conseguido com um maior envolvimento dos participantes no processo de investigação, promovendo reuniões periódicas, especialmente com os terapeutas. Outro aspeto que consideramos importante seria a realização de uma entrevista em profundidade a cada cliente no início da terapia que serviria para análise comparativa com as restantes Entrevistas de Mudança (CCI). Por último, acreditamos que seria importante uma entrevista em profundidade aos terapeutas. Esta entrevista poderia oferecer uma panorâmica geral sobre o processo terapêutico do cliente, bem como sobre a sua evolução, impossível de obter através dos instrumentos utilizados.

Como sugestões para futuras investigações pensamos que seria interessante a aplicação deste modelo de análise a outros modelos psicoterapêuticos. Seria também importante um estudo comparativo entre o método Rorschach SCR e o SAI-R, com o objetivo de perceber que indicadores Rorschach podem ser observados de forma a perceber os níveis de espontaneidade de cada pessoa. Por último, aguardamos com expectativa um estudo global de todos os participantes neste projeto de investigação,

através do qual será possível obter mais informações sobre a eficácia da terapia psicodramática.

Referências bibliográficas

- Abreu, J. L. P. (2006). *O Modelo do psicodrama moreniano*. Lisboa: Climepsi.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change – what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Batista, V. (2009). *O Psicodrama como abordagem psicoterapêutica à Alexitimia: Espontaneidade e Alexitimia em pacientes com Lupus*. Dissertação de Mestrado. ISPA-Instituto Universitário, Lisboa.
- Blatner, A. (1996). *Acting-in: practical applications of psychodramatic methods – 3ª edição*. London: Free Association Books.
- Bohart, A.C., Tallman, G., Byock, G., & Mackrill, T. (2011). The “Research Jury Method”: The application of the jury trial model to evaluating the validity of descriptive and causal statements about psychotherapy process and outcome. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7, 101-144.
- 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.
- Christoforou, A., & Kipper, D. (2006). The Spontaneity Assessment Inventory (SAI), Anxiety, Obsessive-Compulsive Tendency, and Temporal Orientation. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 59, 23-34.
- Collins, L., Kumar, V., Treadwell, T. & Leach, E. (1997). The Personal Attitude Scale: a scale to measure spontaneity. *International Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 49, 147-156.
- Dias, F. (2010). *O Bem-Estar Psicológico na Espontaneidade: Estudo Correlacional*. Dissertação de Mestrado. ISPA- Instituto Universitário, Lisboa.
- Elliot, R., Mack, C., & Shapiro, D. (1999). *Simplified Personal Questionnaire procedure*. Retirado em 20 de Setembro, 2011, de <http://www.experiential-researchers.org/instruments.html#pq>

- Elliott, R. (2001). Hermeneutic single-case efficacy design: an overview. In K.J.Schneider, J.F.T. Bugental & J.F. Fraser (Eds.), *Handbook of Humanistic Psychology*, (pp. 315-324). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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, 1-21.
- Elliot, R., Partyka, R., Alperin, R., Dobrensky, R., Wagner, J., Messer, S. B., Watson, J. C., & Castonguay, L. G. (2009). An adjudicated hermeneutic single-case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research*, 19, 4-5, 543-557.
- Eysenk, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connel, J., & Mcgrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 3, 247-255.
- Exner, J. E. Jr., Armbruster, G. L., & Viglione, D. (1978). The temporal stability of some Rorschach features. *Journal of Personality Assessment*, 42, 5, 472-482.
- Exner, J. E. Jr., Weiner, I. B. (1995). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Assessment of children and adolescents* (2th ed.). New Jersey: John Wiley & sons.
- Exner, J. E. Jr., Erdberg, P. (2005). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 3. Advanced interpretation* (3rd ed.). New Jersey: John Wiley & sons.
- Exner, J. E. Jr. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic foundations and principles of interpretation* (4th ed.). New Jersey: John Wiley & sons.
- Exner, J. (2007). *A Rorschach workbook for the comprehensive system*. North Carolina: Rorschach Workshops.

- Gronnerod, C. (2006). Reanalysis of the Gronnerod (2003) Rorschach temporal stability meta-analysis data set. *Journal of Personality Assessment*, 86, 2, 222-225.
- Gonzalez, A.- J. (2012). Das relações entre espontaneidade, saúde e doença. *Revista Brasileira de Psicodrama*.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 2, 159-164.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (pp. 139-192). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (2004). Introduction and Historical Overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (pp. 3-15). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B., & Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 2, 159-172.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 4, 357-361.
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223-238.
- Kazdin, A. E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 2, 183-192.
- Kellermann, P. F. (1992). *Focus on psychodrama: The therapeutic aspects of psychodrama*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kellar, H., Treadwell, T., Kumar, V. & Leach, E. (2002). The personal attitude scale-II: a revised measure of spontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 55, 35-46.

- Kendall, P.C., Holmbeck, G., & Verduin, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (pp. 16-43). New York: John Wiley & Sons.
- Kipper, D. A. (1996). The emergence of role playing as a form of psychotherapy. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 49, 99-119.
- Kipper, D. A. (1998). Psychodrama and trauma: implications for future interventions of psychodramatic role-playing modalities. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, 51, 3, 113-121.
- Kipper, D. A. (2000). Spontaneity: does the experience match the theory? *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, 53, 1, 33-47.
- Kipper, D. A., & Hundal, J. (2005). The spontaneity assessment inventory: the relationship between spontaneity and nonspontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 58, 3, 119-129.
- Kipper, D. A., & Shemer, H. (2006). The revised spontaneity assessment inventory (SAI-R): spontaneity, well-being, and stress. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 59, 3, 127-136.
- Kopta, S. M. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: a defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 727-733.
- Meyer, G. J., Hilsenroth, M. J., Baxter, D.; Exner, J. E., Fowler J. C., Piers, C. C., Resnick, J. (2002). An examination of interrater reliability for scoring the Rorschach Comprehensive System in eight data sets. *Journal of Personality Assessment*, 78, 2, 219-274.
- Meyer, G. J., Mihura, J. L., & Smith, B. L. (2005). The interclinician reliability of Rorschach interpretation in four data sets. *Journal of Personality Assessment*, 84, 3, 296-314.
- Moreira, P. A. S. (2005). *Mudança narrativa em psicoterapia*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho. Braga.

- Moreno, J. L. (1993). *Psicodrama*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Neto, A. C. P. S. (2008). *Fidedignidade do Sistema Compreensivo do Rorschach: revisão e estudo da estabilidade temporal em adultos da cidade de São Paulo*. Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia.
- Parker, K. C. H., Hanson, R. K., Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin*, 103, 3, 367-373.
- Pires, A. (2007). *Rorschach comprehensive system data for a sample of 309 adult nonpatients from Portugal*. *Journal of Personality Assessment*, 89, 1, p. 124-130.
- Rocha, A. (2010). *Espontaneidade e Personalidade: um estudo correlacional*. Dissertação de Mestrado. ISPA- Instituto Universitário, Lisboa.
- Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría y técnica psicodramáticas*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Sales, C. M. D., & Alves, P. C. G. (2012). Individualized patient-progress systems: why we need to move towards a personalized evaluation of psychological treatments. *Canadian Psychology*, 53, 2, 115-121.
- Santos, A. (2009). *Alexitimia e espontaneidade: quando meia palavra afinal não basta*. Dissertação de Mestrado. ISPA- Instituto Universitário, Lisboa.
- Silva, D. (1999). O Rorschach no planeamento do tratamento e na avaliação dos resultados. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 8, 2, p. 109-124.
- Silva, N. (2010). *Espontaneidade e Impulsividade definições, avaliação e relações mútuas*. Dissertação de Mestrado. ISPA- Instituto Universitário, Lisboa.
- Simão, A. (2010). *Espontaneidade e Auto-estima: Estudo correlacional*. Dissertação de Mestrado. ISPA- Instituto Universitário, Lisboa.
- Soeiro, A. C. (1991). *Psicodrama e psicoterapia*. Lisboa: Escher.

- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspectiva fenomenológico existencial. *Análise Psicológica*, 3, 24, 373-382.
- Stephen, S., & Elliott, R. (2011). Developing the adjudicated case study method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7, 1, 230-241.
- Stephen, S., Elliott, R., & Macleod, R. (2011). Person-centred therapy with a client experiencing social anxiety difficulties: A hermeneutic single case efficacy design. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11, 1, 55-66.
- Wampold B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, “All must have prizes”. *Psychological Bulletin*, 122, 3, 203-215.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yaniv, D. (2011). Revisiting morenian psychodramatic encounter in light of contemporary neuroscience: relationship between empathy and creativity. *The arts in psychotherapy*, 38, 52-58.

Anexos

Anexo 1 – Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT)

Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT).

Robert Elliott © 1993

University of Toledo

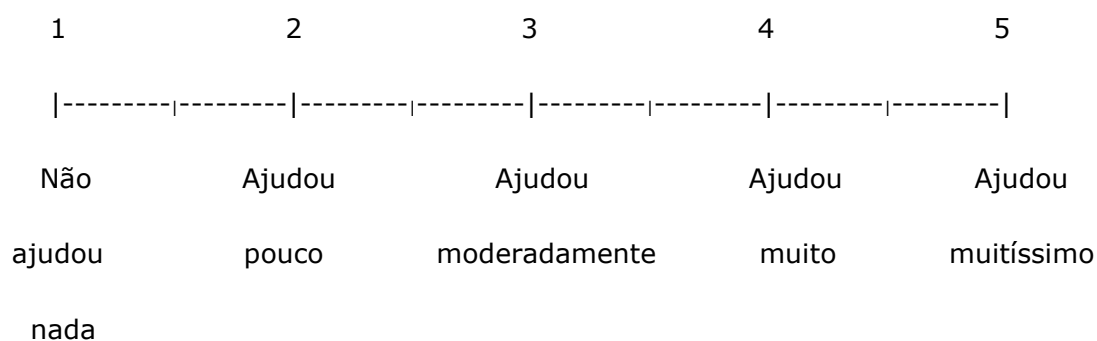
Adaptado por Célia Sales, Sónia Gonçalves, Eugénia Fernandes, Daniel Sousa, Isabel Silva, Jane Duarte, & Robert Elliott (2007)

Aspectos Úteis da Terapia é um questionário sucinto, aberto, preenchido pelo cliente no final de cada sessão. 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.

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 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?

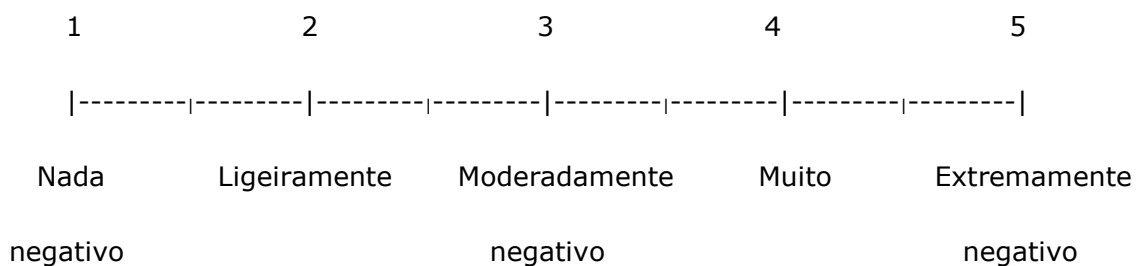
3. Em que medida é que este acontecimento o ajudou? Assinale com um «X» a sua resposta, na escala seguinte:



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:



b. Por favor, descreva sucintamente o que aconteceu:

Anexo 2 – Guia para Entrevista de Mudança do cliente (CCI)

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?

Anexo 3 – Codificação SCR – 1ª Avaliação

nº Carrão	Resp nº	Local	D	D	Determinantes (D)	FQ	(2)	Conteúdos	P	Nota Z	Codificações Especiais
I	1	W	+		Mp FMa	u	(2)	H Hx A Cg		4,0	INC A6 MOR AB
II	2	W	+		Mp FC' C	o	(2)	(H) Ay Cg		4,5	COP
	3	D	+		FMp C	o	(2)	A BI	(p)	3,0	MOR
III	4	W	+		Ma FC'	u	(2)	H Cg Hh		5,5	
IV	5	W	o		FT	o		Ad		2,0	
V	6	W	o		FC'	o		A	(p)	1,0	
VI	7	W	+		m(p)	u		Id		2,5	DR
VII	8	D	+		Mp	o	(2)	(Hd) Sx	(p)	3,0	
	9	D	o		F	o	(2)	(Hd)	(p)		PSV
VIII	10	W	v/+		m(p) FMa m(a) CF	u	(2)	(A) Sc Fi		4,5	A6 MOR
IX	11	W	+		m(a) CF	u		Fi		5,5	
X	12	D	o		FC	u	(2)	A			
	13	D	o		FC FY	u	(2)	A			PER
	14	D	+		FMp	u	(2)	A		4,5	
	15	D	o		F	u	(2)	A			
	16	WS	v		CF	o		Na		6,0	
	17	D	+		C'F m(p) FD	u		Sc Fi Na		4,0	

Anexo 4 – Codificação SCR – 2ª Avaliação

nº Carrão	Resp nº	Local	Q/G	Determinantes (D)	FQ	(2)	Conteúdos	P	Nota Z	Codificações Especiais
I	1	D	+	Mp	o		H Cg		4,0	
	2	WS	o	FMp	o		Ad		3,5	
II	3	D	+	FMd FC'	o	(2)	A	(p)	3,0	CCP
	4	Dd	+	FMp	u	(2)	A		3,0	
	5	D	o	F	u	(2)	An			
	6	D	+	FD FC	u	(2)	Hd		3,0	
III	7	D	o	FY	u		Xy			
	8	D	+	Mp CF	u		(H) An Bl			FAB2
	9	D	+	Ma	o	(2)	H Ih Cg	(p)	3,0	CCP
IV	10	W	o	FT	o		Ad		2,0	
	11	W	v	FV			Id		2,0	MOR
	12	D	o	F	o		Ad			
V	13	D	o	FC'	o		A	(p)	1,0	
	14	W	+	Ma	o		(H) Cg		2,5	
VI	15	D	o	FY	u		Cg			
	16	D	o	F	o		Ad	(p)		
	17	Dd	o	FMp	u	(2)	Ad			
	18	D	o	F	o		Sx			
	19	D	o	F	o		Sc			
VII	20	D	+	Mp	o	(2)	(Hd)	(p)		
	21	WS	o	F	u		Ls		4,0	
	22	D	o	FMp	o	(2)	Ad			
VIII	23	D	o	F	o	(2)	A	(p)		
	24	D	v	CF m(a)	o		Fi			
	25	D	o	m(p)	u		Id			

n° Cartão	Resp n°	Local	Q/G	Determinantes (D)	FQ	(2)	Conteúdos	P	Nota Z	Codificações Especiais
	26	D	o	FC	u		Fd			
VIII	27	D	o	FC	u	(2)	A			
IX	28	W	+	m(a) CF	u		Fi		5,5	
	29	D	o	F	u		Ad			
	30	D	+	Ma	o		H Sc		2,5	
X	31	D	o	FC	o	(2)	Bt			
	32	D	o	F	u	(2)	A			
	33	D	o	F	u	(2)	A			
	34	D	o	F	o	(2)	A			
	35	D	+	FC'	u		Sc Bt		4,0	

