

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



RESULTADOS INTERMÉDIOS DA PSICOTERAPIA SAEM À RUA:
MECANISMOS DE MUDANÇA NAS RESPOSTAS A SITUAÇÕES
PERTURBADORAS DO QUOTIDIANO ?

Joaquim Eduardo Vinagre Vitor

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2009

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



RESULTADOS INTERMÉDIOS DA PSICOTERAPIA SAEM À RUA:
MECANISMOS DE MUDANÇA NAS RESPOSTAS A SITUAÇÕES
PERTURBADORAS DO QUOTIDIANO ?

Joaquim Eduardo Vinagre Vitor

Dissertação Orientada pela Professora Doutora Maria Isabel Real Fernandes de Sá

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2009

AGRADECIMENTOS

Deixo os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Isabel Sá, pela sua supervisão. Ao Professor Doutor António Branco Vasco, pelos seus esclarecimentos. Às minhas amigas e colegas, Joana Ferreira e Ana Sousa, que foram simplificando a minha tarefa e tornando esta dissertação um trabalho prazeroso. À minha prima Marta que permitiu que esta tese tivesse mais parágrafos.

À minha mãe, ao seu afecto incondicional e à sua comida revitalizante. Aos meus irmãos, que entre conversas e abraços foram promovendo mecanismos de mudança e têm uma marca implícita nas linhas que se seguem.

Às mesas de café que proporcionaram conversas enriquecedoras e um Joaquim um pouco mais sábio. A todos os meus amigos que se sentaram comigo nessas mesas e que facilitaram a gestão das situações potencialmente perturbadoras. À Leonor que me ajudou a experienciar e encontrar significados para o amor romântico.

Um agradecimento especial:

Ao Nuno Conceição. Que foi incansável em todos os momentos. Promoveu as minhas potencialidades, esteve atento às minhas necessidades e ajudou-me sempre a abstrair, relacionar e complexificar.

Obrigado a todos.

RESUMO

O presente estudo pretende perceber melhor os resultados intermédios em psicoterapia (competências e capacidades adquiridas em sessão e generalizadas para o quotidiano dos pacientes).

Como é que estas competências se manifestam no dia-a-dia da população (geral e clínica). Quais as situação que mais afectam a população? Como afectam? Será que pacientes em fases mais avançadas do processo são mais eficazes na resposta a estas situações? As competências estruturais promovidas pelo MCP poderão ser considerados mecanismos de mudança?

Criou-se o Questionário de Situações Potencialmente Perturbadoras (QSPP). Questionou-se 355 participantes (população geral), sobre o descontrolo (intensidade, frequência e duração) que cada situação gerava.

Com base nas respostas, seleccionaram-se as situações mais perturbadoras para a população geral e criou-se o Teste de Capacidades do Quotidiano (TCQ), que se aplicou a 4 pacientes, em fases diferentes do MCP. Apresentava questões de resposta aberta e os pacientes tinham de indicar como reagiam face à situação.

Os resultados do QSPP apontam para a existência de um factor geral de perturbação e para 7 factores específicos (responsabilidade, isolamento, desconsideração, crítica, insucesso, domínio/submissão e rejeição). Os resultados do TCQ apontam para um desenvolvimento de capacidades estruturais ao longo das fases e uma melhoria (interna/externa) na interacção com as situações perturbadoras.

Este estudo promove uma compreensão mais clara sobre a interacção indivíduo-meio, apoia a possibilidade das competências estruturais promovidas pelo MCP poderem constituir mecanismos de mudança e cria dois instrumentos que podem ser úteis às diferentes terapias no estudo dos mecanismos de mudança.

Palavras-chave: Mecanismos de mudança; Complementaridade Paradigmática; Desorganização Emocional; Fases de Processo.

ABSTRACT

The present study intends to better understand the intermediate outcomes in psychotherapy (competencies and capacities acquired in session and generalized to patients' day life).

How do these competencies manifest themselves in every day life for the general and clinical population? Which situations affect the population the most? How to they affect it? Do patients in more advanced phases of the process respond more effectively to these situations? Could the structural competencies promoted by the PCM be considered mechanisms of change?

The Questionnaire of Potentially Disturbing Situations (QSPP) was developed. 355 participants were questioned, in the general population, about the distress generated by each situation in terms of intensity, frequency and duration.

Based on the responses, the most disturbing situations were selected and the Test of Day-to-Day Capacities (TCQ) was created and applied to 4 patients in different phases of the PCM. The test presented open questions and patients were requested to indicate how they would react in the situation.

The results of the QSPP suggest a general factor of disturbance and 7 specific factors (responsibility, isolation, disregard, critic, non success, dominance/submission and rejection). The results of TCQ suggest the development of the structural capacities along the phases of the PCM and improvement (internal and external) in the interaction with the disturbing situations.

This study promotes a clearer understanding of the interaction subject-environment, supports the possibility of the structural competencies promoted by the PCM being mechanisms of change, and builds two instruments that may be useful in any therapy to study the mechanisms of change.

Key words: Mechanisms of change; Paradigmatic Complementarity; Emotional Disorganization; Process Phases

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	1
II – REVISÃO DA LITERATURA.....	6
1ª PARTE	6
Fundamentos da construção do QSPP.....	6
Possíveis efeitos e resultados nas respostas ao QSPP.....	9
Pertinência do QSPP	14
Questões de investigação para a 1ª parte do estudo.....	15
2ª PARTE	15
Pertinência e construção do Teste de Capacidades do Quotidiano (TCQ)	15
Possíveis efeitos e respostas ao Teste Clínico baseado no QSPP	17
Questões de investigação e hipóteses para a 2ª parte do estudo	21
III - METODOLOGIA	23
IV - ESTUDO 1	24
IV.I - METODOLOGIA	24
Criação do QSPP	24
Aplicação do Instrumento	25
Amostra.....	25
IV.II - RESULTADOS	27
Análise descritiva (anexo F)	27
Análise factorial (anexo G).....	29
IV.III - DISCUSSÃO.....	35
V – ESTUDO 2.....	39
V.I – METODOLOGIA.....	39
Criação do Teste de Capacidades do Quotidiano (TCQ) (anexo C)	39
Aplicação do TCQ.....	40
Amostra do TCQ	40
V.II - RESULTADOS.....	40
V.III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
VI – CONCLUSÃO	51
VII - BIBLIOGRAFIA	55
VIII - ANEXOS	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Situações com maior potencial organizador em intensidade, frequência e duração	28
Tabela 2	Factor Geral	30
Tabela 3	Factor Responsabilidade	31
Tabela 4	Factor Isolamento	31
Tabela 5	Factor Desconsideração	32
Tabela 6	Factor Crítica	32
Tabela 7	Factor Insucesso	32
Tabela 8	Factor Domínio/Submissão	33
Tabela 9	Factor Rejeição	33
Tabela 10	Situações mais perturbadoras e níveis máximos de Perturbação atingidos pelos pacientes – antes de iniciarem a terapia e actualmente	40
Tabela 11	Análise das respostas – Paciente 1	42
Tabela 12	Análise das respostas – Paciente 2	43
Tabela 13	Análise das respostas – Paciente 3	45
Tabela 14	Comparação das fases indicadas pelos terapeutas e inferidas após a análise das respostas	47

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Situações Potencialmente Perturbadoras

**ANEXO B - Situações Potencialmente Perturbadoras divididas
categorias que as fundamentaram**

ANEXO C - Teste de Capacidades do Quotidiano (TCQ)

**ANEXO D - Pirâmide das 7 Fases do Meta-Modelo de Complementari
Paradigmática (MCP)**

ANEXO E - As 19 situações escolhidas para o TCQ

ANEXO F - Análise descritiva e Correlações entre as variáveis

ANEXO G - Análise Factorial e alfa de Cronbach

**ANEXO H - Questionário de Situações Potencialmente Perturbadoras,
Importância**

I – INTRODUÇÃO

Muita investigação tem-se centrado em demonstrar que determinada abordagem produz determinados resultados terapêuticos (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004), descurando os mecanismos envolvidos nessa mudança (Kazdin, 2007). Esta lacuna parece ainda mais grave, quando se tem em conta que apenas 15% das melhorias terapêuticas se atribuem à técnica específica e se constata que as diferentes abordagens, (Cognitivo-Comportamental, Psicodinâmica, Humanista, etc.), apresentam percentagens de eficácia terapêutica semelhantes (cerca de 80% dos indivíduos em terapia, apresentam melhores resultados do que grupos de controlo sem tratamento) (Lambert & Barley, 2001). Assim, parece cada vez mais pertinente centrarmo-nos em processos comuns, transversais ou transteóricos, rumando ao encontro do nível de abstracção suficiente e necessário para uma perspectiva mais integrativa em psicoterapia, subindo ao monte em que as diferenças começam a desvanecer e o fundamentalismo se torna anedótico.

Desta forma, não é objectivo deste estudo defender a eficácia dos processos de uma psicoterapia específica, nem incidir sobre os processos de mudança específicos que o paciente obterá com essa terapia, mas sim elevarmo-nos, utilizando a linguagem de Brian Doss, aos **“mecanismos de mudança”** (Doss, 2004). Doss distingue: a) **“processos de mudança terapêutica”** (que poderiam ser, a título de exemplo, a promoção, por parte do terapeuta, de competências de comunicação no casal; o equivalente ao constructo de “operações terapêuticas” no Modelo Genérico de Psicoterapia de David Orlinsky e colaboradores) e b) **“processos de mudança do paciente”** (utilização eficaz nas sessões das técnicas aprendidas pelo casal). Ambos estes processos, que ocorrem de imediato com a influência directa das sessões, estão interligados, distinguindo de c) **“mecanismos de mudança”** (aumento de interacções positivas e redução de interacções negativas entre o casal). Estes mecanismos de mudança, que serão um aspecto central neste estudo, não deixam de ser consequência da terapia, mas não são resultado directo de uma técnica específica. São competências e capacidades generalizadas para o quotidiano dos pacientes, competências estas que são tendencialmente mais estáveis que os processos de mudança e que podem ser obtidas através de diferentes técnicas. Espera-se que estes mecanismos de mudança, também designados de resultados intermédios da terapia, conduzam a melhorias nos resultados finais desta (redução de sintomas de depressão no casal, seguindo o exemplo referido anteriormente) (Doss, 2004).

Este estudo propõe-se incidir nestes resultados intermédios, nestas competências ou capacidades que podem ser observadas no quotidiano e que parecem melhorar a qualidade de vida das pessoas. Segundo Doss, deve-se integrar o estudo dos processos e dos mecanismos de mudança, uma vez que se calcula que os primeiros conduzem aos segundos e estes aos resultados finais. Aliás, Doss defende que após se determinar a eficácia terapêutica de dado tratamento e de se perceber qual a natureza da mudança nos resultados, os tipos e os tempos da mudança (fase I do estudo), deve-se seguir a compreensão dos mecanismos de mudança (fase II) e que só depois se devem estudar os processos de mudança (fase III) (Doss, 2004).

Não sendo meta deste trabalho incidir sobre a eficácia de tratamento de uma abordagem específica, perceber qual a natureza da mudança nos resultados, os tipos e os tempos da mudança nem tampouco estudar os processos de mudança, considerámos relevante investir os nossos esforços de investigação em perceber qual o contributo que um modelo meta-integrativo, o Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) (Vasco, 1999; 2001; 2006) tem para oferecer ao nível destes resultados intermédios. O MCP, num dos seus componentes, estipula, sequencialmente, 7 fases do processo terapêutico. Em cada uma das fases, existem objectivos estratégicos a serem promovidos pelo terapeuta e assimilados por um paciente. Assemelhando-se à zona de desenvolvimento proximal (Vigotsky, 1978), espera-se que exista uma evolução sustentada ao longo da terapia, baseada na responsividade paciente – terapeuta (Conceição, 2005; Conceição e Vasco, 2009), com o terapeuta a “dar” na medida em que o/a paciente se permite “receber”, em função das suas capacidades e esquemas desenvolvidos ou em desenvolvimento. Interessa, aqui, referir que os objectivos estratégicos propostos pelo MCP podem ser implementados com diversas técnicas, tarefas ou abordagens terapêuticas, assim como a mesma técnica, tarefa ou abordagem terapêuticas podem servir na implementação de variados objectivos estratégicos.

Ao longo dos últimos 10 anos, foi sendo recolhida evidência que demonstra que ao longo das fases do processo terapêutico vão ocorrendo melhorias (Vasco, 2006), e crê-se que o caminho ao longo das fases vai correspondendo a alterações estruturais (mudanças nos padrões habituais e na organização estável da personalidade), sabendo-se que estas são mudanças duradouras e que geram efeitos terapêuticos a todos os níveis, mesmo para além da conclusão do processo terapêutico, à imagem do que também foi demonstrado por outros autores a propósito de outro modelo (Grande, Tilman, Dilg, et al., 2009; Rudolf, Grande, Dilg, et al, 2002). Assim, parece-nos que o MCP e o seu componente de sequencialização temporal de fases, nos oferece uma proposta teórica daquilo que também poderão vir a ser considerados mecanismos de mudança, desde que devidamente operacionalizados, medidos e

estudados. É num contexto de diversificação de metodologias e perspectivas para uma melhor operacionalização e medição destas variáveis, que este estudo se situa, com a ambição de contribuir para clarificar melhor a potencial tradução da assimilação de objectivos estratégicos por parte do paciente, específicos de fase, em capacidades estruturais de processamento ou mecanismos de mudança. Estes, ao ponto de se manifestarem no quotidiano das pessoas, já fora do espaço terapêutico, quando estas lidam, melhor ou pior, com situações que as desorganizam ou desregulam emocionalmente, ou por outras palavras, com situações que, idiossincraticamente, colocam as suas capacidades ou competências à prova, pela natureza da informação que, nelas, são convidadas a processar. Trata-se de um estudo que se situa no interface da cognição (social) e da psicologia clínica e psicoterapia, olhando quer para uma população não clínica quer para outra clínica.

Com este objectivo, criou-se uma medida, o Questionário de Situações Potencialmente Perturbadoras (QSPP). Este questionário preenche alguns dos requisitos que o estudo dos mecanismos de mudança exige (Doss, 2004): 1) mede fenómenos que se passam fora do contexto terapêutico; 2) apresenta variáveis que podem evoluir ao longo da terapia; 3) apresenta variáveis que não diferenciam pessoas “normais” de pessoas perturbadas; e 4) apresenta variáveis que asseguram a suficiente variabilidade inter-individual.

O QSPP contém diversas situações susceptíveis de desorganizar ou mesmo “descontrolar” os seres humanos e questiona qual a intensidade, frequência e duração de “descontrolo” que cada situação gera aos indivíduos. As situações expressas são cenários comuns do quotidiano e calcula-se que as respostas (o “descontrolo”) a estas situações sejam o reflexo de capacidades/incapacidades de processamento das pessoas.

Se o principal interesse com a construção deste instrumento passa por criar material e metodologia de avaliação que permita uma avaliação indirecta dos mecanismos de mudança (resultados intermédios) de diversas terapias, não significa que o próprio questionário por si só não possa constituir uma forma de inventariar ou especificar focos ou alvos de intervenção clínica nomeadamente, aquilo que se pretende mudar com a intervenção ou com a psicoterapia (sinalizando as situações que geram “descontrolo” e que os pacientes pretendem gerir de uma forma mais eficaz), ou mesmo constituir uma medida de resultados finais, que põe a descoberto a quantidade de situações que tendem a criar mal estar significativo nos pacientes na fase inicial e na fase final de um processo psicoterapêutico. Medida essa, de cariz suficientemente integrativo e transversal e não baseada em sintomas específicos, mas mais num constructo que se crê comum às diversas perturbações, a desregulação emocional, como falaremos mais à frente. De qualquer forma, salienta-se que o objectivo central sempre

foi o de criar material e método de avaliação indirecta dos mecanismos de mudança (resultados intermédios) de diversas terapias, sem que se tenham que cumprir os requisitos defendidos por Doss (2004) aquando da sua proposta de mudança de paradigma para a investigação em psicoterapia, requisitos estes, muitas vezes só alcançáveis pelos grandes grupos de investigação a nível internacional.

Saindo do âmbito da população clínica e incidindo na população não clínica, este estudo poderá trazer informações interessantes de como indivíduos “não perturbados” gerem as “situações potencialmente perturbadoras”. Kazdin, em 2007, refere o quão interessante pode ser perceber como funcionam os mecanismos de mudança dentro e fora do processo terapêutico e como estas áreas podem partilhar contributos.

Muitas vezes deparamo-nos com autores, caso de Freud, que defendem que inevitavelmente todos passamos por conflitos e traumas, todos temos manchas no nosso desenvolvimento, vulnerabilidades com que lidamos de forma mais ou menos funcional (Westen, 1998). Allen, McHugh e Barlow, em 2008, ao se debruçarem sobre um protocolo unificado das perturbações emocionais (tipicamente referidas como perturbações de Eixo I no DSM IV, 2000), referem um factor etiológico designado “Vulnerabilidade Psicológica Geral”, indicando que todos estamos indefesos na infância, perante diversos acontecimentos que são incontrolláveis e imprevisíveis e que as marcas referentes a este período são inevitáveis (Allen, McHugh & Barlow, 2008). Wachtel (2008) acrescenta que para além do que acontece no primeiro período de vida, o segundo, o terceiro, o quarto (e por aí em diante) período, têm muito frequentemente características do primeiro período, o que torna a marca maior. É com esta visão que me identifico. Acredito que patologia e normalidade fazem parte de um contínuo e estão tão próximas, que todos nós vamos alternando entre momentos de maior estabilidade, equilíbrio, “normalidade” e momentos de ruptura, desequilíbrio e perturbação. São as situações que geram estes momentos potencialmente perturbadores, não só para a população clínica como para a população “normal”, e as formas como são geridas, que esta tese visa estudar.

Que situações são estas que “abanam” as nossas estruturas e nos descontrolam? A que propósito ficamos tão descontrolados perante alguns cenários e outras pessoas lhes respondem serenamente? O que é que toca nas nossas feridas e porque é que elas existem? Independentemente do conteúdo específico das feridas que são activadas, como lidamos com elas quando são activadas nesses cenários? Será que com o evoluir dos processos terapêuticos (neste caso específico, seguindo o MCP) agimos de forma mais adequada a estas situações? Será que existem invariantes ao nível dos processos ou do processamento da

informação que os pacientes fazem, que vão mudando ao longo do tempo? Até que ponto o QSPP é uma boa medida para os mecanismos de mudança?

Estas questões serão abordadas, discutidas e se possível, respondidas no decorrer deste estudo.

II – REVISÃO DA LITERATURA

Este estudo poder-se-á dividir em duas partes. Uma primeira parte, com a construção de um questionário (Questionário de Situações Potencialmente Perturbadoras – QSPP), que se encontra em anexo (anexo A) e uma segunda parte, com a apresentação de algumas situações desse questionário (as que de forma geral conduziram a maior descontrolo na população em geral) à população clínica. Esta amostra clínica encontrava-se em psicoterapia com dois terapeutas experientes, que seguem o Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP), e pretende-se perceber se existem categorias de respostas específicas (em termos de actos, sentimentos e pensamentos), consoante a fase do processo terapêutico em que o paciente se encontra. De seguida centrar-me-ei na fundamentação e pertinência de cada uma das fases do estudo.

1ª PARTE

Fundamentos da construção do QSPP

Cedo, criamos modelos de trabalho internos. Frágeis e dependentes, começamos a estruturar a experiência. A vinculação, possuindo diversos componentes (afectivos, motivacionais e comportamentais) traz-nos o primeiro olhar sobre nós, os outros e as relações (Bowlby, 1973). Esta experiência precoce, tem repercussões nítidas na forma como pensamos a realidade e agimos perante ela, mesmo na vida adulta (Dozier, Stovall & Albus, 1999), podendo-se afirmar que as primeiras experiências de socialização nos conduzem ao primeiro conjunto de esquemas (Siegel, 2001).

Antes mesmo de apresentar o corpo teórico que levou à construção de grande parte dos itens (o anexo B apresenta as origens teóricas de cada situação/item), será definido esquema, uma vez que se trata de um conceito complexo e multidimensional, utilizado em diversas abordagens e com múltiplas definições, por variados autores. Aproveitando a longa definição de esquema de Williams, Watts, Macleod e Mathews (1988), procurar-se-á transportar uma visão abrangente e integrativa deste para todas as linhas deste estudo. Por esquema entenda-se “um corpo de conhecimento armazenado, que interage com a selecção de nova informação, com a abstracção de sentido dessa informação, com a interpretação desse sentido devido ao esquema pré-existente, com a integração desse sentido, de acordo com a informação adquirida anteriormente, e com a reconstrução de memórias; possui uma estrutura interna consistente, que é imposta na organização da nova informação; contém

informação, que é de natureza genérica, constituindo representações abstractas prototípicas das regularidades ambientais e, que representa a informação num formato próximo de um módulo de informação genérica, em que a activação de qualquer parte tende a produzir activação no todo (Muran & Segal, 1992, p.525).

O grande objectivo do QSPP é encontrar algumas situações que activem/afectem esquemas (na linguagem de Young, Klosko & Weishaar, 2003) ou feridas (na linguagem de Wolfe, 2005) específicas das pessoas. Perceba-se que desta forma, a construção do QSPP não se fundamentou nos acontecimentos stressores universais, como os acontecimentos “maiores da vida” (morte de um parceiro, divórcio, perda de um emprego, etc.) ou nos cataclismos (guerra, tremores de terra, etc.) (Werner & Frost, 2000), que à partida descontrolam todos os indivíduos, mas sim em algumas teorias sobre a patologia, em que se defende que a frustração de determinadas necessidades ou a existência de acontecimentos traumáticos (talvez com predominância na infância e com alguma cronicidade), conduzem a determinadas reacções a situações do quotidiano (e.g. teoria da validação de Marsha Linehan (1997), “feridas do self” de Barry Wolfe (2005) e “esquemas inadaptativos” de Young, Klosko e Weishaar (2003)). Assim sendo, as “situações potencialmente perturbadoras” apresentam cenários possíveis do quotidiano (como por exemplo, falar perante um grupo de pessoas), que podem ser vistas como uma ameaça para determinadas pessoas e como uma oportunidade para outras, diferenciando-se as respostas consoante a presença ou ausência da ferida ou esquema inadaptativo. Poder-se-á dizer, que se pretendem cenários aplicáveis universalmente, mas que obriguem a respostas idiossincráticas, que recorram à utilização de esquemas pessoais e não sejam de tal forma referentes à rotina ou a questões sobre- aprendidas, que permitam a utilização de esquemas sociais ou scripts (Schank & Abelson, 1977; Teglassi, 2001).

Referindo-se indirectamente a esquemas, Wolfe (2005) escreve sobre estruturas relacionadas com as experiências dolorosas para o self, designando-as de “feridas do self”. Podendo assumir 5 tipos: o self biológico vulnerável; o self inadequado ou incompetente; o self humilhado, envergonhado ou defeituoso; o self isolado ou sem afecto; e o self conflituoso ou confuso. Estas “feridas do self”, sendo estruturas organizadoras de experiências dolorosas do self, armazenadas em memória, situando-se normalmente a um nível pré-consciente e influenciando escolhas, decisões, sentimentos e acções, assemelham-se bastante ao conceito de esquema inadaptativo sugerido por Young, Klosko e Weishaar (2003). Segundo estes últimos autores, estes esquemas inadaptativos (ou “feridas” na linguagem de Barry Wolfe) surgem, quando questões temperamentais (inatas) do indivíduo,

em interação com as experiências de vida precoces (frustração tóxica de necessidades, traumatização ou victimização, internalização ou identificação selectiva com outros significativos, e experiência excessiva de algo positivo) não permitem a satisfação de uma ou mais das seguintes necessidades básicas: a) vinculações seguras a outros; b) autonomia, competência e sentido de identidade; c) liberdade para exprimir emoções e necessidades válidas; d) espontaneidade e jogo; e c) limites realistas e auto-controlo.

Assim, a frustração de cada uma destas necessidades iria originar um domínio específico de esquemas. São cinco os domínios sugeridos por Young, Klosko e Weishaar (2003). **Desconexão e rejeição**, referente a problemas no estabelecimento de vinculações seguras, originando evitamento ou relações autodestrutivas. **Autonomia e desempenho enfraquecido**, referente a problemas na regulação da autonomia, competência e sentido de identidade, podendo originar muita dependência. **Limites enfraquecidos**, correspondendo a uma falha no atingir da necessidade de limites realistas e auto-controlo, observando-se uma baixa auto-disciplina e dificuldade em respeitar os direitos dos outros. **Direccionalidade ao outro**, fruto de uma falha na necessidade de exprimir emoções e necessidades válidas livremente, observando-se um ênfase excessivo em ir de encontro às necessidades do outro, em detrimento das do próprio. **Supervigilância e inibição**, resultado de um défice na necessidade de espontaneidade e jogo, verificando-se um esforço enorme em ir de encontro a regras rígidas internalizadas, mesmo que isso custe a felicidade. Cada domínio apresenta diversos esquemas, totalizando um total de 18 esquemas (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Estes esquemas, sendo “feridas”, activam emoções intensas e crenças específicas, comportando uma forte ansiedade. Assim, para não experienciar esta “esmagadora” emocionalidade e deixar a “ferida” longe do oxigénio, o Homem organiza variadas formas de lidar com os diversos esquemas. Estas respostas, não sendo parte integrante do esquema, actuam geralmente de forma inconsciente, perante a ameaça da activação deste. Estes “estilos de coping” na designação de Young, Klosko e Weishaar, correspondem a meu ver, aos mecanismos de defesa da linguagem dinâmica (Vaillant, 1994; Cramer, 1991). Segundo Wachtel (2008) a base das problemáticas está na ansiedade, e os mecanismos de defesa, surgem como formas de manter os materiais ameaçadores ou inaceitáveis (despoletadores de ansiedade), longe da experiência do self. O grande problema inerente a estes mecanismos de defesa (na linguagem dinâmica), ou relativos às estratégias de sobrecompensação (luta), evitamento (fuga) e rendição (congelamento) (sugeridas por Young, Klosko e Weishaar, 2003), é que embora tenham sido úteis no passado, vão-se desadequando no presente por perpetuarem as “feridas” iniciais.

Sabemos que embora a oxigenação seja dolorosa, é ela que permite a cicatrização da ferida e a regeneração da pele. Explicando por outras palavras, como no caso de uma fobia, estes mecanismos não permitem que nos aproximemos do objecto temido e desta forma, não nos possibilitam testar quão perigoso continua a ser esse objecto (continuando a fugir desesperadamente de uma pequena aranha, por nunca termos contactado com a sua fragilidade). Não só esta ansiedade permanece intacta, como as necessidades envolvidas nesse esquema, ficam por regular, os sentimentos ficam por expressar e surge uma espécie de vazio no self (Wachtel, 2008).

Estas teorias parecem fundamentar as diferenças tão vincadas entre algumas pessoas, numa situação tão “simples” como falar perante um grupo e mostrar porque é que com o passar do tempo, a atitude tantas vezes se mantém. O problema não será tanto a situação em si, mas os esquemas que activa.

Além das “feridas do self” e dos “domínios esquemáticos”, construíram-se itens também com base na teoria da validação, ou melhor da invalidação, de Marsha Linehan. Esta autora enfatiza que as pessoas necessitam sentir que os outros as compreendem e as aceitam activamente como são e que respostas continuadas de não-aceitação e não compreensão, podem gerar sentimentos de alienação e auto-crítica e auto-invalidação com todos os comportamentos potencialmente problemáticos associados (Linehan, 1997; Linehan & Dexter-Mazza, 2008).

Relativamente à primeira fase do estudo, construção do QSPP, resta indicar que alguns itens não tiveram uma base teórica, mas sim exploratória. Após a construção de 57 itens com base nas teorias acima referidas (anexo B), pediu-se a uma pequena amostra de estudantes de psicologia para acrescentarem algumas situações potencialmente perturbadoras, no seu entender. Seleccionando dessas sugestões 13 situações, que foram incluídas no questionário, fazendo um total de 70 situações.

Possíveis efeitos e resultados nas respostas ao QSPP

As linhas prévias permitiriam levantar a hipótese que alguém com determinada ferida/esquema e/ou experiências de socialização de invalidação poderá descontrolar-se mais (com mais intensidade, duração e frequência) com as situações criadas com base nessa ferida/esquema. Por exemplo, alguém que tenha visto frustrada muitas vezes a sua necessidade de espontaneidade e jogo, poderá apresentar o domínio esquemático de supervigilância e inibição e é possível que responda às situações criadas com base nesse

domínio (como ter tempo livre, ter um prazo para cumprir e falhá-lo, etc.) de forma mais frequente, intensa e duradoura (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

No entanto, seria demasiado absolutista esperar somente este tipo de resultado. Cervone, em 2004, reflecte sobre a arquitectura da personalidade e ajuda-nos na compreensão da complexa interacção indivíduo/meio. Segundo o seu modelo KAPA (Knowledge-and- Appraisal Personality Architecture), a personalidade seria constituída por uma estrutura resistente e estável que lhe conferia consistência (as tais estruturas do conhecimento já abordadas), mas também por processos dinâmicos, que corresponderiam a avaliações contínuas dos acontecimentos, numa interacção permanente entre as características do self e as características do encontro. Não só os determinantes distais, mais estruturais, influenciariam a avaliação e a experiência, mas também existiriam determinantes próximos da experiência, mais dinâmicos, que a guiarão e terão influência sobre as estruturas (susceptíveis às novas experiências). Sorrentino e Roney (2000), defendem a distinção entre pessoas que estão mais abertas aos determinantes próximos da experiência (na linguagem do KAPA), que estão motivadas para focar a sua atenção na informação que contraria os determinantes estruturais, designando-os de “Orientados para a Incerteza” e pessoas que procuram confirmar os seus esquemas, atentando essencialmente à informação que é familiar e vai de encontro aos determinantes distais, os “Orientados para a Certeza”. Como se calcula, os primeiros apresentam maior flexibilidade estrutural e disposição para absorver os diversos dados da realidade e os segundos maior rigidez estrutural e menor abertura à novidade. Refiro estas duas teorias, para que o leitor se aperceba de quão complexa se torna a interacção entre um Homem e uma dada situação específica. Alguém de esquemas totalmente rígidos, só orientado para a certeza, talvez voltasse a fazer “mais do mesmo” e as características da situação específica lhe passassem ao lado, e assim, talvez com esse alguém, pudéssemos prever como agiria perante dada situação, ou dada categoria de situações. Felizmente não existe ninguém tão distante da experiência e estamos eternamente remetidos para uma saborosa dose de não-linearidade.

Falando em não-linearidade, William Fleeson, outro teórico da personalidade, vem realçar a importância da variabilidade (Fleeson, 2001,2007; Fleeson & Jolley, 2006.). Embora esta seja vista muitas vezes como uma ameaça para a personalidade enquanto estrutura, o autor constatou, através de uma análise de estados (determinados comportamentos em determinados momentos específicos) que a variabilidade dos traços (no caso específico a extroversão) é tão grande inter-individualmente como intra-individualmente, mas que a distribuição dos vários estados é consistente e estamos perante

uma “variabilidade estável” com forte poder no estudo da personalidade (Fleeson, 2001). Ou seja, mais importante do que saber que alguém é extrovertido, será saber quais os níveis de extroversão que atinge no contínuo do tempo e quais as situações que fazem variar a sua extroversão, aumentando assim a previsibilidade do seu comportamento. Com isto, podemos inferir que no meio do “caos” (ou seja, alguém que se descontrola perante determinada situação que foi construída com base numa ferida específica, de Barry Wolfe, não se descontrola com outras situações baseadas na mesma ferida), se consegue vislumbrar uma ordem (provavelmente, podendo atingir-se determinado padrão específico de variabilidade nessa pessoa). Esta visão apoia a possibilidade de não se verificarem categorias de resposta coincidentes com as categorias que conduziram à construção do questionário, mas de se encontrarem somente categorias de resposta idiossincráticas e não universais, ou até mesmo novas categorias (no caso do estudo de Fleeson, em 2001, ele levanta a possibilidade de existir a categoria de pessoas que são extrovertida consoante o número de pessoas que a rodeiam).

Os próprios esquemas, enquanto memórias, poderão assim ser fonte de variabilidade, uma vez que podem ser despoletados por pistas activadoras de certas situações, gerando um forte descontrolo e noutras situações semelhantes, não existirem as pistas activadoras e não ocorrer qualquer descontrolo (James, Reichelt, Freeston & Barton, 2007). Mas são diversos os factores que estão por trás desta variabilidade e não me parece pertinente discuti-los todos. Parece-me sim importante referir que perante uma situação presente num item, a resposta dada pelo indivíduo é inevitavelmente influenciada pela construção interna de uma vivência idiossincrática próxima do sugerido nesse item (podendo a pessoa recordar-se da vez em que falou “perante um grupo” na aula de um professor reforçante, ou da má experiência com um professor punitivo). Esta influência, segundo a hipótese projectiva, não é aleatória e a resposta vai reflectir as dinâmicas internas do indivíduo. Segundo esta hipótese, podemos inferir que perante determinados estímulos (situações do quotidiano, neste caso), os indivíduos, com as suas necessidades, motivações, sentimentos, estruturas cognitivas e perceptivas, irão organizar a experiência de uma forma idiossincrática. Este processo de apreensão e organização da experiência ocorre automática e inconscientemente (Frank, 1948, referido em Teglassi 2001). Assim, os esquemas pessoais entram em acção no momento em que o participante se depara com o cenário.

Tendo em consideração toda esta variabilidade e tendo em conta que mesmo situações que tenham sido fundamentadas em determinada ferida/esquema, possam activar outra ferida/esquema (não é difícil imaginar que “ter um prazo para cumprir e falhá-lo” embora

seja uma situação criada com raiz no domínio esquemático de supervigilância ou inibição, possa afectar alguém com o domínio de autonomia e desempenho enfraquecido), o QSPP procura encontrar diversas situações/cenários que perturbem especialmente as pessoas, mesmo que estas não informem de imediato sobre a ferida/esquema que é activado (podendo sim ser uma base para explorações posteriores). Concluindo, se os esquemas pessoais, sejam eles quais forem, entram em acção no momento em que o participante se depara com o cenário, as capacidades estruturais de processamento de informação (provavelmente operações levadas a cabo sobre esses esquemas), vão ditar se a pessoa se desorganiza mais ou menos, e se é mais ou menos eficaz, intrapessoalmente ou interpessoalmente, e com eficácia refiro-me àquilo que a pessoa quer da situação ou à regulação das suas necessidades naquele contexto (Vasco, 2009).

Quando refiro “regulação de necessidades”, refiro-me a flexibilidade e capacidade de adaptação ao contexto (temas que serão abordados posteriormente). Segundo Vasco (2009), é utópico pensar em satisfação plena de necessidades. O autor defende que existem 7 polaridades dialécticas (satisfação/dor; proximidade/autonomia; produtividade/descanso; controlo/cedência; actualização-exploração/tranquilidade; coerência do self/incoerência do self; auto-estima/auto-critica) e que a adaptação está em conseguir alternar entre elas, consoante as situações. Por exemplo, estar rigidamente “agarrado” à satisfação e não conseguir “tolerar” a dor ou atribuir-lhe sentido (quando ela, inevitavelmente, “bate à porta”), não é funcional. Uma vez que essa satisfação está descontextualizada, nos afasta da realidade e provavelmente nos conduzirá a comportamentos bizarros. Seria sim funcional, sentir as emoções desagradáveis, atribuir-lhes um sentido e permitir que estas ditassem metas de acção (Vasco, 2009; Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Quanto mais os indivíduos se conseguem posicionar nos diversos pólos, menos provável é que sejam invadidos pelo descontrolo/desorganização diante das situações.

Relativamente às expressões descontrolo/desorganização referidas no questionário, pretende-se de alguma forma remeter para a noção de “global distress” (mal estar global) sugerida pela EFT (emotion-focused therapy) (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Esta é uma categoria de sentimentos, com um baixo nível de processamento emocional, que corresponde a estados de sofrimento aversivos, apresenta uma alta activação fisiológica, não sugere uma direcção para o comportamento e tem uma baixa elaboração de significado. Acredita-se tratar-se de uma emoção secundária, que derivaria de experiências não formuladas (consequência das feridas ou esquemas referidos anteriormente). Linehan e Dexter-Mazza, em 2008, com a sua teoria Bio-social, indicam que essa desregulação

emocional perante as situações teriam uma base biológica (vulnerabilidade emocional), que se traduziria por uma maior sensibilidade a estímulos emocionais, respostas emocionais intensas e um lento regresso à linha de base emocional, e uma base social (ambientes invalidantes), que se traduziria por um meio que nega, pune e/ou responde erraticamente e inapropriadamente a experiências privadas do indivíduo.

Desta forma, explica-se a ausência de sentido e os problemas no processar das emoções defendidos pela EFT, pois os indivíduos não aprenderam a designar as emoções, nem a regular a sua activação emocional, não aprenderam a tolerar o mal estar emocional, sendo incentivados a evitá-lo ou ignorá-lo, passando eles próprios a invalidar as suas respostas emocionais. Isto gera um forte sofrimento emocional e conduz muitas vezes a uma acção imediata, para escapar à emoção aversiva, que por ser precipitada pode conduzir a um novo ciclo de emoções desagradáveis (culpa, arrependimento, etc.) (Linehan & Dexter-Mazza, 2008). Greenberg e Pascual-Leone, em 2001, demonstram com a sua Teoria dos Operadores Construtivos (TOC), o quão importante são os afectos e os esquemas emocionais para guiar o nosso comportamento, especificamente as emoções negativas, alertam para experiências problemáticas, para necessidades e objectivos que não estão satisfeitos e que requerem atenção. Assim, muitos dos problemas na construção de sentido pessoal e na gestão dos acontecimentos surgem quando os desempenhos e as experiências não são profundamente processadas (impedindo que se atinjam significados para essa experiência), ou quando são activados e sintetizados esquemas enganadores (que ignoram os dados da realidade, muitas vezes para se confirmarem) (Greenberg & Pascual – Leone, 2001).

Percebe-se assim, de forma ainda mais clara, como será importante esmiuçar o impacto que as “situações potencialmente perturbadoras” têm nas pessoas. Este impacto poderá indicar-nos possíveis fragilidades/potencialidades estruturais ao nível da regulação emocional (Allen, McHugh & Barlow, 2008; Linehan & Dexter-Mazza, 2008), ao nível do processamento emocional e activação de esquemas emocionais (Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Pascual-Leone & Greenberg, 2007), ao nível da flexibilidade e activação dos esquemas cognitivos (James, Reichelt, Freeston & Barton, 2007; Young, Klosko & Weishaar, 2003) e ao nível da regulação das necessidades (Vasco, 2009). As respostas serão assim o reflexo das capacidades e flexibilidade de processamento, que o indivíduo apresenta perante as situações do seu quotidiano tal como defendido pelo MCP (Conceição, 2005; Vasco, 2006). Mais do que o momento apontam para o traço, mais do que um sintoma apontam para a estrutura (Conceição 2009; Vasco, 2008).

São as categorias, frequência, duração e intensidade, que permitem advogar que o QSPP não avalia somente momentos específicos, mas sim capacidades estruturais de processamento. Estas categorias são fundamentais no que à patologia diz respeito, vejamos por exemplo, o realce que o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) lhes faz, enquanto critérios para muitos dos quadros nosológicos das patologias. Sendo fácil perceber que é a intensa, frequente e duradoura permanência dos sintomas, ou neste caso, o intenso, frequente e duradouro descontrole que algumas situações geram, que pode comprometer o funcionamento social ou causar um mal-estar clinicamente significativo, indicando a ausência de algumas competências (APA, 2000). Reparemos que se dada situação gerar um descontrole intenso em dado momento, mas esse descontrole for extremamente efêmero e ocasional, não podemos inferir sobre as capacidades estruturais do indivíduo, mas sim colocar o peso nos ingredientes da situação específica. Mas caso descontrola intensa, frequente e duradouramente, poderemos inferir uma vulnerabilidade na estrutura perante aquela situação específica. É esta constância e padrão que interessam à ciência (à psicologia neste caso) e não o fortuito ou ocasional.

Por fim, um outro efeito que se poderá encontrar nas respostas ao QSPP, é uma possível diferença entre sexos. Gross e Jonh (2003), num estudo sobre regulação emocional, constataram que os homens apresentam uma maior tendência a mascarar as suas emoções, a evitar expressá-las (os autores, designam este processo de “supressão”, e ocorrendo, dá-se após o processamento emocional). Verificaram também que a supressão de manifestação emocional não implica que não existam emoções desagradáveis na mesma (bem pelo contrário, aumentando-as) e implica uma redução das vivências emocionais positivas, dificuldades na reparação do humor, evitamento de contacto social, etc. (Gross & Jonh, 2003).

Pertinência do QSPP

O QSPP é um questionário que tem uma aplicação universal, mas que pode recolher informação bastante idiossincrática dos indivíduos, percebendo quais as situações/cenários do quotidiano que mais afectam cada pessoa e abrindo a porta à exploração de algumas fragilidades e potencialidades estruturais. Como referido na introdução, estes aspectos, potenciam-no como um avaliador dos mecanismos de mudança dos processos terapêuticos, podendo perceber evoluções na forma como as pessoas lidam com as situações e sinalizar possíveis áreas de trabalho. Muitos dos instrumentos utilizados a nível clínico, avaliam sintomas (MMPI, SCL-90, etc.) e o QSPP procura avaliar competências de interacção

quotidiana (os resultados intermédios), que aparentemente conduzem a melhorias nos resultados finais (Doss, 2004) e correspondendo a alterações mais estruturais do que os sintomas, que, segundo Grande, Tilman, Dilg, e colaboradores (2009) preconizam resultados mais estáveis do que as melhorias sintomáticas. Outros instrumentos estão associados a uma abordagem ou perturbação específica (Inventário Depressão Beck II: Beck, Steer & Brown, 1996; Penn State Worry Questionnaire: Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990; Anxiety Sensitivity Index Manual: Peterson & Reiss, 1992), tendo o QSPP a vantagem de avaliar competências transversais às várias perturbações, abordagens e técnicas.

Outras das vantagens deste questionário são: a) perceber como se correlacionam frequência, duração e intensidade; b) perceber se existem factores subjacentes às diferentes situações (e se sim, quais?); c) perceber quais as situações que mais perturbam a generalidade das pessoas; d) e permitir a construção de um Teste Clínico, que coloca os pacientes perante as “situações potencialmente mais perturbadoras” (tema que se segue).

Questões de investigação para a 1ª parte do estudo

1) As situações que foram construídas com base em determinado esquema/ferida poderão estar correlacionadas, aparecendo factores para feridas, esquemas e para a teoria da validação de Marsha Linehan (Wolfe, 2005; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

2) A Vulnerabilidade Psicológica Geral na origem da desregulação emocional poderá fazer prever um factor geral (Allen, McHugh & Barlow, 2008).

3) Poderão aparecer novas categorias para explicar a variância, com base na integração de diversas necessidades/feridas/esquemas (Fleeson, 2001, 2007; Fleeson & Jolley, 2006). Ou então, surgirem factores com base noutra teoria, surgindo, por exemplo, factores com os pólos das necessidades dialécticas (Vasco, 2009).

4) As mulheres poderão apresentar maiores níveis de perturbação nas respostas, devido à maior tendência dos homens para suprimirem a expressão das suas emoções (Gross & John, 2003).

2ª PARTE

Pertinência e construção do Teste de Capacidades do Quotidiano (TCQ)

Após a construção e aplicação do questionário, em termos universais, regressou-se então ao objectivo de perceber como responderia às situações mais “descontroladoras” (ou que originaram mais mal estar global) em frequência, duração e intensidade, a população

clínica. Isto porque supostamente, a população clínica poderá apresentar mais lacunas ao nível de processamento emocional e maiores dificuldades na gestão das “situações potencialmente perturbadoras”.

Além de perceber as reacções e testar a força “desorganizadora” das situações, um objectivo maior destas aplicações idiossincráticas, seria perceber se pacientes em diferentes fases do processo terapêutico, segundo o Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP), respondem de forma diferente aos cenários. Ou seja, se o avançar nas fases no processo terapêutico, conduz a mecanismos de mudança, que permitem uma melhor gestão das situações do quotidiano e se esses progressos na capacidade de processamento se manifestam nas respostas aos cenários. Poderia ter sido interessante, ter aplicado o QSPP aos pacientes quando iniciaram a terapia e aplicar, novamente, numa fase mais avançada, para perceber como tinha evoluído a interacção com as 70 situações apresentadas, avaliando desta forma os resultados finais (mesmo que os processos não estivessem concluídos) (Doss, 2004). Os limites temporais não permitiram tal análise e procedeu-se imediatamente à criação deste Teste de Capacidades do Quotidiano (TCQ), no sentido de avaliar os níveis de mecanismos de mudança de acordo com o componente sequencial de 7 fases do MCP.

Num estudo que pretendia demonstrar a eficácia da terapia cognitiva para a depressão, Jacques Barber e Robert DeRubeis, em 1992, criaram um teste próximo do TCQ, o WOR (Ways of Responding). Este teste foi criado para verificar um mecanismo de mudança (na linguagem dos autores “competências compensatórias”) e apresenta algumas características que vão de encontro aos objectivos deste estudo, servindo, em parte, como base de inspiração. O grande aspecto comum é o facto de questionar as pessoas sobre a forma como reagiriam perante determinada situação do quotidiano (tentando perceber evoluções nessas respostas ao longo do processo terapêutico), e um grande aspecto divergente é procurar esses resultados intermédios como consequência de uma técnica específica (terapia cognitiva) para uma perturbação específica (depressão) (Barber & DeRubeis, 2001, 1992, 1989), enquanto o TCQ pretende avaliar competências de processamento que são promovidas transversalmente pelas diversas terapias com as diversas perturbações, ou seja, potenciais mecanismos de mudança transteóricos (Conceição, 2005; 2009).

De seguida descreverei resumidamente o formato do teste e as fundamentações desse formato. Inicialmente, são apresentadas 19 “situações potencialmente perturbadoras” (a explicação da selecção das situações encontra-se no método) e pede-se ao paciente que escolha duas das situações que mais mexeram com ele ao longo da vida. Depois de

questionar qual o nível de descontrolo que essas situações geram, pede-se que o indivíduo experiencie realmente a situação imageticamente, integrando alguns princípios da tarefa de focagem de Wolfe (2005) e do protocolo standard de EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Shapiro, 2001). Após o paciente estar muito envolvido na situação questiona-se o paciente sobre como reagiria actualmente perante o cenário específico e sobre como reagia antes de iniciar o processo terapêutico (estes dois tempos são pedidos, para que haja um termo de comparação e se possa inferir a evolução ou involução do indivíduo). De qualquer forma o objectivo não era medir evolução intra-individualmente, mas verificar se inter-individualmente os pacientes em fases diferentes apresentam diferentes mecanismos ou capacidades estruturais de processamento de acordo com o modelo de 7 fases. As questões envolvem quatro componentes: cognitivo (o que pensaria nesta situação?), afectivo (o que sentiria nesta situação?), comportamental (o que faria nesta situação?) e por fim, preditivo da reacção interpessoal do outro (como o outro reagiria à sua acção?). A escolha destes quatro componentes resulta de uma integração e selecção baseada nos artigos de Muran e Segal (1992), e de Muran, Samstag, Segal e Winston (1998) sobre os cenários do self idiossincráticos (“*idiographic self-scenarios*”).

São pedidas duas situações e não somente uma, para que as conclusões possam ter mais força ou, dada a natureza preliminar do estudo, para que as inferências sejam mais possíveis. Pretende-se analisar os componentes de resposta a um nível de abstracção suficiente para que as especificidades de situações distintas não sejam impeditivas da análise.

De referir que, o terapeuta indica à posteriori qual a fase do MCP em que o paciente se encontra e que serão comparadas respostas de pacientes de duas fases diferentes. De realçar também o carácter exploratório deste estudo e que não tem nenhuma pretensão estatística ou de generalização (apresenta uma reduzida amostra). Serve essencialmente para impulsionar possíveis estudos futuros e para aguçar a curiosidade e a discussão com os dados que obtiver.

Possíveis efeitos e respostas ao Teste Clínico baseado no QSPP

Quando um organismo se desenvolve, ele sofre uma transformação pela qual o sistema de organização superado se torna um subsistema ou elemento do novo sistema de organização emergente. O velho sistema (correspondente à forma como o organismo se organizava) é “diferenciado” ou “descentrado” do que o organismo se tornou, e é “integrado” num novo sistema, adquirindo assim um novo estado de equilíbrio. Este estado de equilíbrio

é aquilo a que se chama estágio de desenvolvimento. Cada estágio atingido corresponde a um novo estágio de equilíbrio, balanceando o sujeito (o princípio organizador) e o objecto (o que é organizado). Cada estágio, mais do que um período do ciclo de vida, é a vivência de uma relação sujeito-objecto, a raiz de um sistema de conhecimento qualitativamente diferente (Souvaine, Lahey & Kegan, 1990).

É segundo esta noção de desenvolvimento, em que cada fase corresponde a um estágio de contacto com a realidade que passarei a apresentar as várias etapas do processo terapêutico segundo o MCP, deixando no ar a questão: as próprias fases correspondem, num nível de abstracção elevado, a esquemas que guiam a experiência ou se, com o desenvolvimento destas, existe uma flexibilização das estruturas e uma maior adaptação? (posteriormente regressarei a esta questão). Por outras palavras, cada fase seguinte cada novo esquema ou cada fase seguinte cada nova possibilidade de operações entre esquemas?

Inicialmente, procura-se estruturar a relação entre cliente e psicólogo, criar um clima de confiança e motivar o cliente para o trabalho terapêutico que se segue, sendo essencial que estes objectivos sejam atingidos para que a terapia seja um local seguro e se possa iniciar o processo (Fase I). Esta é a base da pirâmide, uma base que se pretende forte para fundamentar os restantes blocos. Após se criar um espaço seguro, pode-se encarar melhor a realidade e ampliar a consciência das formas como agimos e de como os outros agem conosco, realidade que tantas vezes temos vendada por defesas que não nos permitem constatar que existe uma aranha e que há uma reacção face a essa aranha (Fase II do MCP). De olhos mais abertos, apercebendo-nos de “como” agimos, estamos agora aptos a perceber “porque” agimos desta forma. Estas ligações com base no passado e/ou com base no presente, esta atribuição de novos significados à nossa experiência problemática, explica a existência da “aranha” e identifica os padrões disfuncionais que tantas vezes seguimos para lidar com ela (Fase III do MCP). Agora que tem maior consciência dos seus actos e lhes atribui um sentido, o indivíduo está apto a responsabilizar-se por defender e proteger as suas necessidades (Fase IV do MCP) (Conceição e Vasco, 2008). Usando as palavras de Francis Bacon, em 1597, “o conhecimento em si mesmo é poder” e quando percebemos melhor as nossas dinâmicas, comportamentos e necessidades, ganhamos maior controlo sobre as nossas vidas, mas também maior responsabilidade pelo seu rumo. Após esta Fase IV, está na hora de agarrar as rédeas da vida e dar lugar à acção, uma acção direccionada para a regulação e satisfação das nossas necessidades (Fase V do MCP). Em seguida, já podemos pensar em consolidar estas novas acções e atitudes, promovendo o fortalecimento do “novo self” (Fase VI), que integra o “velho self”. Por fim, projectamos um futuro mais livre e com novas

responsabilidades, antecipando eventuais dificuldades (Fase VII) (Vasco, 2006). Os conflitos centrais podem-se manter, mesmo após o final do processo terapêutico com “sucesso”, o que muda é a forma de solucionar esses problemas, que agora é mais saudável e funcional (Grande, Tilman, Dilg, et al., 2009). E assim, terminámos a pirâmide, como se de uma narrativa se tratasse.

Conceição e Vasco (2005) demonstram bem a sequencialidade inerente a estes processos. “Sou eu que estou a pensar, a sentir, a precisar, a querer ou não fazer isto”, permitirá “tenho direito a sentir isto e sou eu que sou um agente na produção deste sentimento”, que possibilitará “sou eu que posso fazer algo para alterar isto” e que conduzirá a uma eventual mudança e a uma prática diferente.

Estes, parecem-me passos fundamentais para terminar com a rigidificação das nossas estruturas. Não que impossibilite que sigamos os esquemas referentes aos padrões, mas estaremos por certo mais eficazes no processo avaliativo e no regular das nossas acções. Em última análise, é esta consciência que nos permite a fuga ao determinismo, nos proporciona a liberdade de escolher e nos diferencia dos restantes animais (Savater, 2004).

Acredita-se assim que ao longo do processo terapêutico, as pessoas vão aprendendo a enfrentar as aranhas e a lidar com elas (Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Wachtel, 2008). Desta forma os pacientes vão ficando mais abertos à experiência, permitem-se sentir, reflectir e avaliar as suas emoções primárias e os seus desejos. As emoções desagradáveis que eram evitadas por serem temidas, nunca sendo processadas, deixando um mal-estar global, não definido, podem agora ser processadas, ganhar um novo significado e desta forma alertar para metas e necessidades que procuram satisfação (Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Vasco, 2009). A importância da regulação emocional é também realçada por Linehan e Dexter-Mazza (2008).

Além deste maior discernimento na busca de metas e necessidades (muitas delas, hipotecadas desde uma fase muito precoce do desenvolvimento), passa a existir também uma maior flexibilidade dos esquemas. Ou seja, o facto de haver um contacto mais próximo com a realidade, não evitando as aranhas, permite que seja a informação a influenciar os esquemas activados e não os esquemas a influenciar a percepção e consequentemente a experiência (Greenberg & Pascual-Leone, 2001). Os esquemas são essenciais para nos guiar, mas quando se tornam impermeáveis à experiência acarretam riscos. Mais do que terminar com formas de acção ou abolir determinados esquemas, parece assim essencial estarmos permeáveis à experiência, mais próximos do real e adaptarmo-nos às situações específicas, variando os

esquemas que são activados e não o rígido de sempre. Será fácil compreender a vantagem evolutiva de nos tornarmos autónomos e evitantes de quem nos rejeita, ou de procurarmos ansiosamente quem nos “satisfaz” caoticamente as necessidades (daí a utilidade dos esquemas que guiam a nossa acção), mas também não será difícil perceber o quão patológico pode ser, continuarmos este evitamento perante alguém responsivo (ausência de flexibilidade esquemática).

Já percebemos como o processamento emocional pode ser útil no identificar das necessidades e na busca da sua satisfação. Agora, escreverei sobre estas, seguindo a mesma linha de pensamento dos últimos parágrafos (assente em conceitos como permeabilidade e flexibilidade). Ghent (2002), defende a existência de *necessidades novas* e *necessidades velhas*. Existem em paralelo, funcionam num equilíbrio dinâmico e é neste equilíbrio que assenta a adaptação. As necessidades velhas organizam-se para a consistência, essencial para a auto-protecção, segundo Black (2006), e as necessidades novas vêm de encontro à integração de experiências novas, também ela essencial (como referido acerca dos esquemas). Assim, não existiriam necessidades “boas” ou “más” (tal como não existem esquemas “bons” ou “maus” ou emoções “negativas” ou “positivas”), mas sim uma articulação e regulação permanentes (Conceição & Vasco, 2005; Vasco, 2009). É nesta ausência de valência que as respostas aos cenários serão avaliados. Não interessará qual a necessidade defendida na resposta, mas sim se:

- a) Existe conhecimento e validação das necessidades próprias.
- b) Há diferenciação e/ou relacionamento das necessidades próprias.
- c) Há escolha e/ou compromisso com as necessidades próprias.
- d) Se permite a satisfação e/ou frustração das necessidades próprias.
- e) Se há actualização ou transcendência das necessidades próprias.

É esta consciência, flexibilidade e regulação, quer de necessidades quer de esquemas, enquanto processo, que a psicoterapia se propõe a desenvolver e que, hipoteticamente, acredito ver reflectida nas respostas às “situações potencialmente problemáticas”.

Voltando à questão que levantei há pouco: as próprias fases correspondem, num nível de abstracção elevado, a esquemas que guiam a experiência ou se, com o desenvolvimento destas, existe uma flexibilização das estruturas e uma maior adaptação?

“Existe uma flexibilização das estruturas e uma maior adaptação”, parece ser indiscutível, por tudo o que já foi escrito. Mas corresponderão as próprias fases a “esquemas que guiam a experiência”? Esta questão fica em aberto à procura de resposta ao longo da

investigação. Se assim for, cada fase corresponderá a estádios de um desenvolvimento estrutural e a formas de encarar a realidade. Segundo esta hipótese, alguém em fase II (ampliação de consciência) tenderá a descrever conscientemente como responderia à situação, o que sentiria, o que pensaria, como agiria e como o(s) outro(s) responderia(m), e alguém em fase V (acções reparadoras) tenderá a assumir responsabilidade de se proteger e defender as suas necessidades. Assim, independentemente dos indivíduos observados ou das respostas específicas, supõe-se que será possível encontrar, a determinado nível de abstracção, categorias de resposta comuns aos elementos que partilham a mesma fase do processo terapêutico (Conceição & Vasco, 2008).

Questões de investigação e hipóteses para a 2ª parte do estudo

Então o que podemos esperar de indivíduos em fases mais avançadas do processo terapêutico (seguindo o MCP) face às situações potencialmente perturbadoras?

1) Que continuem a ser afectados pelas “situações potencialmente perturbadoras” , mas que as respostas a essas situações sejam mais adaptadas (Grande, Tilman, Dilg, et al., 2009).

2) Que apresentem maiores capacidades de processamento. Conseguindo contactar melhor com a situação, não apresentando tanto descontrolo (mal estar global) e tendo emoções mais definidas, a que atribuem sentido e que os guiam no comportamento (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

3) Apresentem esquemas, crenças e pensamentos realistas, adaptados e flexíveis, que são permeáveis e vão de encontro à situação (Greenberg & Leone, 2001; Young, Klosko & Weishaar, 2003)

4) Que as respostas mostrem conhecimento, validação e regulação das necessidades próprias (Ghent, 2002, referido em Conceição & Vasco, 2005; Vasco, 2009).

5) Que apresentem maior regulação emocional, convivendo com as emoções negativas, validando-as sem se protegerem através de comportamentos impulsivos (Linehan & Dexter-Mazza, 2008).

6) Que apresentem respostas que a um determinado nível de abstracção reflectam o esquema da fase em que se encontram. Ou seja, que encarem a realidade com os óculos que os objectivos estratégicos, de cada fase, lhes vão oferecendo. Vasco, em 2006, numa investigação referente às fases do MCP, constatou que, embora as fases se verifiquem e possuam estabilidade temporal, existe uma tendência à sobreposição com a fase adjacente.

Ou seja, quando alguém se encontra a efectuar essencialmente trabalho numa fase, é possível que esteja a efectuar trabalho nas fases mais próximas. Este aspecto, assim como o facto das fases com maior transparência serem as dos extremos (Fase I e Fase VII), devem ser tomados em conta nesta hipótese, posteriormente, pois poderão explicar alguns efeitos sentidos.

III - METODOLOGIA

Importante desde já referir, que esta investigação seguiu algumas directrizes de um estudo sobre competências para lidar com as drogas, evitando recaídas (Carrol, Nich, Frankforter & Bisighini, 1999). Através de entrevistas a consumidores de Cocaína, recolheram 20 situações com potencial para dificultar a resistência ou para atrair o consumo. Nesta investigação, não se utilizaram entrevistas de resposta aberta, mas aplicou-se um questionário (o QSPP) à população em geral, que continha diversas situações com potencial para perturbar as pessoas (estas 70 situações surgiram com base teórica, mas também exploratória, perguntando a 15 alunos finalistas do curso de psicologia quais as situações que seriam potencialmente perturbadoras). Depois, Carrol, Niich, Frankforter e Bisighini colocaram as 20 situações em 4 categorias (fundamentadas teoricamente), pediram a consumidores para as ordenarem dentro de cada categoria (da mais tentadora, para a menos tentadora) e as 5 situações classificadas como moderadamente difíceis foram seleccionadas para integrar um teste (Cocaine Risk Response Teste – CRRT). Neste estudo, após recolher os resultados ao QSPP também se seleccionaram algumas situações para integrar um teste clínico (Teste de Capacidades do Quotidiano – TCQ). As situações foram seleccionadas pelo seu potencial perturbador no geral e dentro de cada factor (tal como no CCRT), os factores surgiram através de uma análise factorial exploratória. Por fim, no CCRT, era pedido aos pacientes para responderem em duas fases diferentes da terapia, como agiam perante as 5 situações tentadoras. No caso deste estudo, pediu-se aos pacientes que escolhessem as duas situações que ao longo do tempo, mais as perturbaram, e indicassem como responderiam às situações no presente e como se recordavam ter respondido no passado. Tanto o CCRT como o TCQ visam avaliar os resultados intermédios, competências na gestão e processamento de situações tentadoras e perturbadoras, respectivamente.

É nítida a inspiração desta investigação no estudo de Carrol, Nich, Frankforter e Bisighini em 1999, no entanto, algumas limitações de tempo e a divergência de objectivos, conduziu a algumas diferenças. De seguida será descrita a primeira fase do estudo.

IV - ESTUDO 1

IV.1 - METODOLOGIA

(Criação e aplicação do Questionário de Situações Potencialmente Perturbadoras)

Criação do QSPP

O Questionário de Situações Potencialmente Perturbadoras (QSPP) foi criado, com base nas cinco feridas sugeridas por Barry Wolfe, 2005 (self biológico vulnerável; self inadequado ou incompetente; o self humilhado, envergonhado ou defeituoso; o self isolado ou sem afecto; e o self conflituoso ou confuso) nos cinco domínios esquemáticos de Young, Klosko & Weishaar, 2003 (Desconexão e rejeição; autonomia e desempenho enfraquecido; limites enfraquecidos; direcionalidade ao outro; supervigilância e inibição) na teoria da validação de Marsha Linehan e em algumas situações sugeridas por estudantes de psicologia. O número de itens criados em cada categoria foi aleatório (podendo ser consultado no anexo B), englobando um total de 70 “situações potencialmente perturbadoras” (70 itens). As situações pretendem ser cenários comuns do quotidiano, que podem suscitar descontrolo a algumas pessoas, mas não são reconhecidas como stressores universais (podendo em algumas pessoas, não suscitar qualquer tipo de descontrolo). Tentou-se assim tocar nas feridas, recriar experiências que reflectissem a frustração de necessidades que conduzem aos domínios esquemáticos e apresentar algumas situações invalidantes. Quanto aos itens que surgiram por sugestão de alunos finalistas da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa: pediu-se a 10 alunos do curso de Psicologia que respondessem ao questionário com os 57 itens que o constituíam e para indicarem “situações potencialmente perturbadoras” que não estivessem ainda contempladas. Das várias sugestões, escolheram-se 13, as que satisfaziam o critério de potencial descontrolo e que não eram stressores universais.

Cada um dos 70 itens terá de ser respondido em três escalas de Lickert de 5 níveis, de 0 a 4. Tratando-se de escalas numéricas, com descritores nos extremos das escalas (0 corresponde a “nenhuma” e 4 a “muita”). A opção por não utilizar escalas referenciadas deve-se ao facto de que a distância entre os descritores (a distância de “pouca” para “alguma”, por exemplo) trazer alguma subjectividade, enquanto a diferença entre os números é objectiva (estando mais certos que a distância entre o 1 e o 2 é a mesma que entre o 2 e o 3, por exemplo) (Moreira, 2004). Para cada situação terá então de indicar-se nestas escalas de 0

a 4, qual a intensidade, a frequência e a duração do descontrole gerado. A “intensidade” corresponde à força do descontrole gerada pela situação, a “frequência” à quantidade de vezes em que esse descontrole ocorreu perante a situação nos últimos 6 meses e a “duração” ao tempo em que se mantém esse descontrole. Descontrole/desorganização foi definido(a) nas instruções como: “Momentos em que, internamente ou exteriormente, não sabemos como agir e ficamos presos, ou em que agimos, a quente, de formas inesperadas ou impulsivas, surpreendendo-nos a nós próprios e não ficando satisfeitos connosco próprios. Estes são momentos de inquietação e de actividade emocional interna mais intensa”. A importância de incluir estes três níveis de medida na resposta a cada situação surge porque são os três extremamente informativos sobre o impacto de uma situação num indivíduo e sobre as suas capacidades no processamento e gestão dessa situação. A exclusão de qualquer uma destas medidas levaria à perda de informação essencial (alguém pode vivenciar uma forte emocionalidade e descontrole perante dada situação, mas isso ocorrer muito raramente e por pouquíssimo tempo, tendo assim menos impacto que outra situação que descontrola com muita intensidade, frequentemente e durante muito tempo – isto sim, demonstra vulnerabilidade estrutural face a essa situação). Estes conceitos foram explicados nas instruções e procedeu-se ainda a um item de exemplo, para retirar, através da prática, possíveis questões que existissem.

Aplicação do Instrumento

O QSPP foi construído num programa português, o SURVS. De seguida foi difundido electronicamente, através da internet. Procedeu-se ao envio de e-mails para as redes de contactos, pedindo para preencherem o questionário e para reencaminharem o e-mail para as suas redes de contactos. A amostra acedeu ao QSPP através de uma ligação que surgia nesse e-mail de apresentação, e que os conduzia ao SURVS. O SURVS apresenta as vantagens de apresentar de imediato algumas informações de estatística descritiva e de permitir a passagem dos dados para o programa Excell, facilitando o posterior trabalho de análise estatística.

Amostra

O QSPP foi respondido por 355 pessoas, com idades compreendidas entre 18 e 79 anos. Sendo que a média de idades é de 27,5 anos. Nestes, 264 (74,4%) são do sexo feminino e 91 (25,6%) do sexo masculino. A única restrição ao preenchimento foi a idade, tendo de ser

população adulta (idade superior a 18 anos). Esta amostra, atingiu uma média superior a 5 indivíduos por item, critério defendido para que se possam realizar as análises estatísticas (Moreira, 2004).

IV.II - RESULTADOS

(Criação e aplicação do Questionário de Situações Potencialmente Perturbadoras)

Os resultados que se seguem foram obtidos com análise quantitativa, utilizando o programa SPSS, com o apoio de um manual de análise estatística (Maroco, 2003). Inicialmente serão apresentados os resultados recolhidos através de análise descritiva e de seguida os resultados obtidos através de análise factorial exploratória.

Análise descritiva (anexo F)

Top “ten” das situações potencialmente perturbadoras

A tabela que se segue (Tabela 1) refere-se às situações em que as respostas da amostra atingiram maior média (em intensidade, frequência e duração). Ou seja, estas serão as situações com maior potencial perturbador.

As situações que são comuns às três categorias, ou seja, que estão entre as 10 situações potencialmente mais perturbadoras nas três categorias, serão evidenciadas a **negrito**. As médias vão de 1 a 5. Tem-se em conta a média total (T) e a variável sexo, apresentando as médias de homens (H) e de mulheres (M). De realçar que a percentagem de homens é de 26,60% e das mulheres de 74,40%.

Tabela 1 (10 situações com maior potencial desorganizador em intensidade, frequência e duração).

	Médias								
	Intensidade			Frequência			Duração		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Tem um prazo para cumprir e falha-o	4.27	4.05	4.34	3.70	3.44	3.79	3.73	3.55	3.80
Mentem-lhe	4.22	3.95	4.32	3.66	3.26	3.80	3.75	3.42	3.87
Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar	4.21	4.01	4.28	3.70	3.23	3.86	3.67	3.41	3.76
Alguém próximo afasta-se de si	4.15	3.81	4.27	3.61	3.20	3.75	3.78	3.44	3.90
Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo	4.15	4.11	4.16	3.57	3.42	3.62	3.62	3.49	3.67
É acusado de não ter feito algo que esperavam de si	4.15	3.77	4.29	3.51	2.89	3.72	3.62	3.16	3.78
Alguém lhe dá a entender que irá perder o seu afecto	4.10	3.70	4.23	3.50	3.20	3.61	3.79	3.55	3.88
Tem de rejeitar o pedido de alguém significativo	4.08	3.80	4.17	3.49	3.02	3.65	-	-	-
Alguém expressa ter ficado magoado consigo	4.06	3.75	4.17	3.49	3.05	3.64	3.61	3.27	3.72
Fica de fora num momento em que esperava ser incluído	4.03	3.58	4.14	-	-	-	3.57	3.16	3.71
Alguém se zanga consigo sem explicar porquê	4.03	3.62	4.18	-	-	-	3.56	3.05	3.73
Prepara-se para falar perante um grupo	-	-	-	3.50	3.23	3.59	-	-	-

A tabela evidencia uma forte relação entre as variáveis frequência, duração e intensidade, uma vez que das 10 situações com maior média, em cada uma destas categorias, 8 são comuns às três. Relativamente a esta correlação, verificou-se que ao nível de significância de 0,01, a correlação de Pearson (paramétrica) destas três categorias, em cada situação, varia entre 0,70 e 0,80. Estes valores tão elevados indicam que as variáveis estão fortemente correlacionadas, ou seja, médias mais elevadas numa das categorias, supõe médias mais elevadas nas restantes, tornando-se compreensível o elevado número de situações comuns no “top 10”. De realçar também que estas categorias apresentam o mesmo “top 6”, alternando somente a ordem.

Outra informação que se pode recolher através da leitura das tabelas, é que as médias de intensidade foram superiores às médias de frequência e duração. O que indica que as situações potencialmente perturbadoras geraram, na amostra, maiores níveis de impacto (força de descontrolo), do que níveis de frequência (número de vezes que gera impacto) e níveis de duração (quanto tempo esse impacto se mantém).

Por fim, torna-se clara uma diferença entre o sexo feminino e o sexo masculino. Não só nestas situações específicas, como ao longo de todos os itens, as médias das respostas são sempre superiores nas mulheres, em intensidade, frequência e duração. Desta forma, as mulheres, que representam 74,4 % da amostra, responderam ao QSPP assumindo maior vulnerabilidade e descontrolo face às situações.

Análise factorial (anexo G)

Dada a forte correlação entre as variáveis intensidade, frequência e duração, por uma questão de simplicidade de análise, o estudo nesta fase debruçou-se somente sobre a variável intensidade (que atingiu as maiores médias de perturbação).

Embora a maior parte das situações apresentadas no QSPP tenham uma base teórica, não se pretendiam confirmar as categorias, mas sim perceber se surgiriam factores e quantos surgiriam. Desta forma, realizou-se uma análise factorial exploratória. Inicialmente, tendo em conta o critério dos “eigenvalues” (valores próprios) superiores a 1, obtiveram-se 14 factores. Uma vez que 14 seria um número excessivo, em termos de interpretação, recorreu-se ao critério do cotovelo (anexo G). Assim, forçou-se a análise a 8 factores, efectuou-se uma rotação ortogonal Varimax e obtiveram-se os resultados representados nas seguintes tabelas (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11). O estudo apresenta um KMO (Kaiser-Meyer-Olkin measure) de

0,951, o que indica ser muito adequada a aplicação da análise factorial. Cada tabela é referente a um factor e indica as situações que estão mais correlacionadas com ele.

De referir somente que se incluíram nos factores as situações com correlações superiores a 0,4, que já é considerada uma boa correlação (Moreira, 2004). No entanto, abriu-se uma excepção. No factor I optou-se por só incluir nas tabelas as 10 situações mais correlacionadas, no factor VI, optou-se por incluir situações acima de 0,35, que também é uma correlação aceitável (Moreira, 2004), porque aumentam o alfa de Cronbach, dando mais força ao factor.

As situações que pertencem às 8 com maior média (tabela 1) aparecerão a negrito.

Tabela 2

Factor Geral	Correlação com factor
Alguém passa a desconsiderá-lo de um momento para o outro	.72
Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo	.67
Alguém se zanga consigo sem explicar porquê	.66
Alguém expressa ter ficado magoado consigo	.63
Não demonstram interesse na sua opinião	.62
Não expressam entusiasmo em estar consigo	.61
Alguém desvaloriza a sua dor	.61
Fica de fora num momento em que esperava ser incluído	.58
Deixam-no sozinho quando menos espera	.57
Apercebe-se que andam a falar mal de si nas suas costas	.56
Tem de rejeitar um pedido de alguém significativo	.54
É acusado de não ter feito algo que esperavam de si	.53
Alguém manifesta que está a agir de uma forma inadequada	.53
Está sozinho(a) há alguns dias e ninguém o(a) contacta	.53
Está numa situação em que fica assustado(a) com a sua reacção	.51
Alguém toma uma decisão que o(a) implica sem o(a) consultar	.48
Alguém aponta erros numa tarefa realizada por si.	.47
Os outros não lhe disponibilizam o tempo nem a atenção que necessita	.47
Em determinada situação apercebe-se que não sabe como agir	.46
Alguém próximo afasta-se de si	.46
Alguém lhe sugere que tem defeitos incontornáveis	.45

Os seus desejos não coincidem com os da pessoa com quem está	.45
Encontra-se numa situação em que os seus desejos vão contra os seus valores	.45

O factor geral explica 32,7 % da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,91. O facto das situações estarem correlacionadas com o factor geral, não implica que não estejam correlacionadas com os factores específicos.

Tabela 3

Factor Responsabilidade	Correlação com factor
É o principal responsável num projecto importante	.64
Encontra-se numa situação em que tem de expor as suas ideias	.59
Tem muitas tarefas para realizar	.58
Fica indeciso entre duas ou mais opções, igualmente desejadas	.50
Prepara-se para falar perante um grupo	.49
Encontra-se numa situação que se assemelha a outra em que fracassou	.41
Está numa situação em que fica assustado com a sua reacção	.40
Necessita de pedir um favor a alguém	.40

O factor Responsabilidade (explica 4% da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,82.

Tabela 4

Factor Isolamento	Correlação com factor
Está sozinho em casa	.70
Está no escuro	.63
Fica incontactável	.60
Abate-se um silêncio na situação em que se encontra	.52
Está perante uma tarefa de esforço físico	.48
Está na hora de adormecer	.46
Está sozinho há alguns dias e ninguém o contacta	.43
Tem de assinar um documento	.43
Tem tempo livre	.43

O factor Isolamento explica 3,6% da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,80.

Tabela 5

Factor Desconsideração	Correlação com factor
Alguém lhe faz um pedido que implica que deixe de fazer o que lhe apetece	.62
Deixam-no à espera muito tempo	.56
Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo	.52
Os elementos do grupo a que pertence, escolhem algo com o qual não está de acordo	.49
Tem tempo livre	.45
Alguém recusa um pedido seu	.44
Alguém reclama insistentemente a sua atenção	.42
Alguém insiste que lhe faça alguma coisa, independentemente da sua disponibilidade	.42
Não lhe dão fidebeque acerca do seu desempenho	.42
Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar	.42

O factor Desconsideração explica 2,9% da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,85.

Tabela 6

Factor Critica	Correlação com factor
Alguém o critica	.61
Alguém tem algo que você gostaria de ter e não tem	.56
Alguém lhe diz coisas desagradáveis sobre si	.53
Apercebe-se que andam a falar mal de si nas suas costas	.53
Alguém lhe sugere que tem defeitos incontornáveis	.52
Alguém goza com as suas características ou comportamentos	.52
Alguém aponta erros numa tarefa realizada por si	.48

O factor Critica explica 2,4% da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,86.

Tabela 7

Factor Insucesso	Correlação com factor
-------------------------	-----------------------

É multado	.51
Tem um prazo para cumprir e falha-o	.44
Constata alterações inesperadas no seu corpo	.44
Realiza exames médicos ou aguarda os seus resultados	.41
É acusado de não ter feito algo que esperavam de si	.38
Alguém expressa ter ficado magoado consigo	.37

O factor Insucesso explica 2,1% da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,73.

Tabela 8

Factor Domínio/Submissão	Correlação com factor
Alguém lhe diz o que deve e não deve fazer	.60
Tem de realizar uma tarefa que não quer e que não gosta	.59
Mentem-lhe	.49
Alguém lhe dá uma ordem	.46
Alguém afirma saber mais de si que você mesmo	.41
Pede ajuda e não recebe	.41

O factor Domínio/Submissão explica 2,1% da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,76.

Tabela 9

Factor Rejeição	Correlação com factor
Alguém lhe dá a entender que irá perder o seu afecto	.68
Alguém próximo afasta-se de si	.57
Por muito que se explique o seu interlocutor não o está a entender	.54
Alguém lhe diz coisas desagradáveis sobre si	.49

O factor VIII explica 2% da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,74.

Os 8 factores apresentam todos alfas de Cronbach satisfatórios (maiores do que 0,70), o que indica que apresentam uma boa consistência interna. Este aspecto, associado ao valor de KMO muito bom, valida a análise factorial e a sua interpretação.

De realçar o factor I, que explica cerca de um terço da variância e apresenta 23 situações com correlações superiores a 0,40. Trata-se assim de um factor geral. Os outros factores (específicos) são responsáveis por percentagens muito mais reduzidas da variância e apresentam um número mais reduzido de situações fortemente correlacionadas.

IV.III - DISCUSSÃO

(Criação e aplicação do Questionário de situações Potencialmente Perturbadoras)

De uma forma geral, estes resultados confirmam a viabilidade do QSPP para, estudar os mecanismos de mudança, segundo Doss (2004). Verifica-se que apresenta diversas situações que “descontrolam” a população geral (diversas situações com média superior a 4, em intensidade), o que satisfaz o critério “apresenta variáveis que não diferenciam população geral de população clínica”, e que as diversas situações suscitam respostas diferentes em pessoas diferentes (existência de factores específicos), o que satisfaz o critério “apresenta variáveis que asseguram a suficiente variabilidade interindividual” (Doss, 2004).

Apesar desta variabilidade interindividual, os resultados parecem apontar para a existência de um factor geral (tabela 2) de perturbação ou desregulação emocional. Este factor, que explica cerca de 1/3 da variância e que apresenta 23 situações correlacionadas acima de 0,4, aponta para comunalidades da população em geral, face às situações potencialmente perturbadoras. Estas semelhanças inter-individuais são defendidas por Allen, McHugh e Barlow (2008) e seriam fruto de uma vulnerabilidade biológica geral em junção com uma vulnerabilidade psicológica geral. Apesar de muitos de nós termos vivências diferentes, desde muito cedo, a verdade é que existem muitos aspectos que nos relacionam, todos nascemos frágeis e dependentes e com necessidades por satisfazer face às grandes crises que não são as catástrofes, mas o quotidiano (Bowlby, 1973; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Vasco, 2009, Van Deurzen, 2009). Torna-se assim compreensível que 23 das situações se agrupem e expliquem tanta variância na amostra.

Mas se isto é verdade, também é verdade que o QSPP foi construído para detectar temas de cenários activadores de “feridas” ou esquemas específicos nas pessoas. Ou seja, não os aspectos que parecem perturbar grande parte da amostra de uma forma semelhante, mas os que afectam particularmente alguns e realçam as vulnerabilidades específicas. E desta forma, recolheram-se 7 temas ou factores específicos (Responsabilidade; Isolamento; Desconsideração; Crítica; Insucesso; Domínio/Submissão; Rejeição). Ao contrário do que se poderia esperar (Wolfe, 2005; Young, Klosko & Weishaar, 2003), as situações que tinham sido criadas com base no mesmo domínio, não se agruparam em factores, dispersando-se heterogeneamente pelos 7. Esta situação é compreensível, uma vez que cada encontro específico com uma situação pode conduzir-nos a determinada vivência, interagindo com os

nossos esquemas de forma muito idiossincrática (Teglassi, 2001; Cervone, 2004). Isto explica, por exemplo, o facto do cenário “Tempo livre” surgir em dois factores diferentes (foi encarado de formas diferentes).

De forma resumida, procurarei atribuir sentido a cada um dos factores, fundamentando desta forma a escolha da designação atribuída.

O factor responsabilidade (tabela 3) apresenta um conjunto de situações que envolvem assumir o controlo e colocar à prova competências. Sejam elas competências académicas/profissionais (é o principal responsável num projecto importante), sociais (necessita de pedir um favor a alguém), ou até de controlo do próprio corpo (está numa situação em que fica assustado com a sua reacção). Notemos que podem existir diversas feridas/esquemas/necessidades que podem estar integradas neste factor de responsabilidade. Poderíamos referir por exemplo o domínio esquemático de autonomia e desempenho (Young, Klosko & Weishaar, 2003) e o self incompetente ou inadequado (Wolfe, 2005). No entanto importa perceber que identificar o tipo de situações em que o indivíduo apresenta maiores dificuldades (suponhamos, responsabilidade), não permite qualquer tipo de inferência sobre a necessidade que não está regulada, a ferida que está aberta ou o esquema inadaptativo predominante. Estas informações só poderão ser recolhidas através de uma avaliação idiossincrática que procure os sentidos da dificuldade. De qualquer forma, procurarei indicar uma ferida/esquema/necessidade que pareça mais correlacionado com o factor.

O factor Isolamento (tabela 4) é composto por um grupo de situações que envolve estar “consigo mesmo”, contactar com a individualidade (o *Self*) e o seu contorno. Seja de uma forma mais figurativa (assinar um documento, sendo a assinatura uma marca clara da individualidade), de uma forma mais explícita (fica incontactável), ou através de situações facilmente interpretáveis como envolvendo solidão/tempo com o próprio (tempo livre ou uma tarefa de esforço físico). Poderá estar associado à dialéctica produtividade/descanso, à incapacidade de “parar” (por tudo o que poderá envolver, maior introspecção, culpabilização, etc.) (Vasco, 2009).

O factor Desconsideração (tabela 5) apresenta diversas situações que implicam a invalidação de várias necessidades. Necessidade de decidir, de receber fidebeque, de ser respeitado, de ser ouvido, etc. Neste factor surge novamente o tempo livre, que possivelmente foi interpretado como “não quiseram estar comigo”, invalidando a necessidade de ser procurado. Parece assim associado ao conceito de validação (Linehan, 1997) e mais particularmente ao de afirmação empática do self (Bohart & Greenberg, 1997).

O factor Crítica (tabela 6) é constituído por situações que envolvem crítica (alguém aponta erros numa tarefa realizada por si) e de auto-crítica (alguém tem algo que você gostaria de ter e não tem). Parece estar muito associado à ferida de self humilhado (Wolfe, 2005).

O factor Insucesso (tabela 7), que apresenta diversas situações de insucesso, relacional (alguém expressa ter ficado magoado consigo), biológico (constata alterações inesperadas no seu corpo) e social (é multado). Remetendo para a necessidade dialéctica de coerência do self/incoerência do self, parecendo haver dificuldades em lidar com as diferenças entre o self ideal e o self experienciado (Vasco, 2009).

O factor Domínio/Submissão, associado à gestão de situações em que o outro procura o domínio, de forma directa (alguém lhe dá uma ordem), ou de forma indirecta (mentem-lhe). Apontando para o domínio de limites enfraquecidos e de desconfiança e abuso (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

E por fim, o factor Rejeição, em que se encontram situações de rejeição activa (alguém lhe dá a entender que irá perder o seu afecto) ou passiva (por muito que se explique o seu interlocutor não o está a entender). Parece associado ao self isolado/sem afecto de Wolfe (2005) e ao domínio esquemático de desconexão/rejeição (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Surgiram assim novos factores, que integram muitas das categorias discutidas na fundamentação teórica e criam formas complementares de categorizar e encarar a realidade (as categorias das situações potencialmente perturbadoras, ou temas ou pontos quentes, “hot spot”).

Alguém habituado a agir ao sabor das suas vontades (limites enfraquecidos) pode perfeitamente descontrolar-se por se sentir desconsiderado (quando alguém recusa um pedido seu), assim como pode descontrolar-se por se sentir submisso (quando tem de realizar uma tarefa que não quer e que não gosta). Ou seja, uma mesma ferida/domínio esquemático, pode ser activada perante dois cenários de categorias diferentes. Assim, como o mesmo cenário pode activar diversas feridas. Por exemplo “alguém lhe diz coisas desagradáveis sobre si” poderá activar o self conflituoso ou confuso, o self humilhado, envergonhado ou defeituoso, etc. Esta constatação vem de encontro ao conceito de esquema, tão discutido anteriormente. As nossas estruturas conduzem-nos a vivências idiossincráticas (Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Cervone, 2004; James, Reichelt & Freston, 2007). Não somos páginas em branco em que a experiência se inscreve, mas sim uma história complexa onde a experiência tem de respeitar o sentido do parágrafo anterior.

Desta forma, estas categorias contribuem para percebermos que existem pessoas mais susceptíveis a experiências de rejeição, outras a experiências de desconsideração, e assim por diante, no entanto, as bases desse desconforto são diversas.

Um pouco da mesma forma como Fleenon (2001) percebeu que os níveis de extroversão variam com determinados contextos e defende o estudo dessas variáveis (número de pessoas com quem está, idade das pessoas, etc.), para que se possa compreender melhor a relação entre traço e estado, este estudo parece fornecer algumas variáveis (categorias de situações) que podem ajudar a perceber melhor a interação entre estrutura e meio.

Os resultados apontam para outro efeito que estava contemplado em hipótese. As mulheres apresentam médias mais elevadas em todas as situações, das três categorias (intensidade, frequência e duração). Embora a percentagem de homens seja reduzida, o que diminui a força do resultado, pode-se estar diante do efeito de supressão da expressão emocional, por parte dos homens (Gross & John, 2003). Assim, face aos cenários dos itens, poderão ter tido o mesmo impacto emocional das mulheres (uma vez que no estudo de Gross e John não se encontraram diferenças na reavaliação da situação), mas não expressaram tanto esse descontrolo, optando por níveis da escala menos elevados.

Quanto ao facto das médias serem superiores em intensidade e mais reduzidas em frequência e duração, em todos os itens, penso que se deve ao facto de estarmos perante uma amostra da população geral. Tal como referido, caso uma situação proporcione um descontrolo intenso, frequente e duradouro, aponta para padrões, problemas estruturais, de forte vulnerabilidade e incapacidade de processamento, características essas que estão normalmente associadas à perturbação (à população clínica e não à população geral) (APA, 2000). Assim, compreende-se que por muito que uma situação origine um forte descontrolo (intensidade), esse descontrolo tendencialmente seja ocasional e efémero.

A interação indivíduo-meio, ou neste caso concreto, indivíduo-situação potencialmente perturbadora, é complexa, e aparentemente quanto mais se descobre sobre ela, mais se constata a sua complexidade. Espera-se que este estudo contribua para o aumento da complexidade esclarecida.

V – ESTUDO 2

V.I – METODOLOGIA

(Criação e Aplicação do Teste de Capacidades do Quotidiano - TCQ)

Criação do Teste de Capacidades do Quotidiano (TCQ) (anexo C)

As situações escolhidas para integrar o TCQ, tiveram origem no QSPP, após se realizar a análise estatística dos resultados deste.

Assim, os critérios de selecção das situações foram:

- a) Os 10 cenários mais correlacionados com o factor geral (acima de 0,55). Isto por ser um factor forte, que explica cerca de 32,7% da variância. Uma das situações coincidia com a alínea b.
- b) Os 8 cenários que se encontram, simultaneamente, no “top 10” de média de intensidade, frequência e duração. Ou seja, os 8 cenários que se encontram a **negrito** nas tabelas 1, 2 e 3.
- c) O cenário de cada factor específico que apresentava maior média de intensidade, frequência e duração. Em 4 dos factores, coincidiam com os cenários da alínea b.

Através destes critérios obtiveram-se 19 situações (consultar anexo E).

Perante estas 19 situações, os pacientes tinham de indicar quais as duas situações que mais os foram perturbando ao longo da vida (desta forma, pretende-se apontar para vulnerabilidades estruturais face às situações, os tais padrões que referi na introdução).

Depois, para cada situação, pede-se que o paciente indique de que forma: o perturba actualmente (numa escala de 0 a 10), como reagiria a ela (pensamentos, sentimentos e comportamentos) e como imagina que os outros responderiam às suas acções; e depois, como o perturbava antes do processo terapêutico (numa escala de 0 a 10), como se recorda reagir face a ela e como se recorda que os outros lhe respondiam. Os componentes da resposta comportamental, emocional e cognitivo são também utilizados nos idiossincráticos esquemas do self (Muran & Siegel, 1992), e também no Ways of Responding (Barber & DeRubeis, 1992). O aspecto interpessoal surge num estudo posterior dos idiossincráticos esquemas do self (Muran, Samstag, Segal & Winston, A., 1998)

Além destas questões, também se questiona o paciente sobre como gostaria de responder à dada situação, remetendo-o para o cenário de resposta que acredita ser o ideal. Esta questão pode trazer informação diversa. Pode indicar-nos qual a visão que o paciente tem de adaptação e de competência, e pode ajudar-nos a perceber até que ponto o paciente pretende evoluir naquela área específica.

As respostas são abertas, sendo sugerido um espaço para estas, que visa uniformizar a sua dimensão.

As questões foram apresentadas de uma forma que visa promover a focagem e o envolvimento com a situação, para que seja vivenciada ao máximo (mesmo que imageticamente), e para que sejam feitas livres associações, conduzindo a respostas próximas do que aconteceria ou aconteceu na realidade.

Aplicação do TCQ

O Teste de Capacidades do Quotidiano foi enviado via e-mail para 16 pacientes. O teste encontrava-se num documento de *Word*. Era pedido aos pacientes que preenchessem o questionário e o devolvessem completo para o mesmo e-mail que o tinha enviado. De realçar que os terapeutas só indicaram a fase do processo terapêutico, segundo o MCP, em que os pacientes se encontravam, após a análise e interpretação dos dados.

Amostra do TCQ

Dos 16 pacientes, responderam 4. Três mulheres e um homem. Após a análise das respostas (resultados do estudo 2), os terapeutas indicaram qual a frase do processo terapêutico, tendo em conta o MCP, em que os pacientes se encontravam. Paciente 1 (Fase III), Paciente 2 (Fase IV). Paciente 3 (Fase II).

V.II - RESULTADOS

A tabela número 10 apresenta as duas situações que cada paciente designou como mais perturbadoras indicando os valores (de 0 a 10) de máxima perturbação que essas situações podem atingir (agora) ou atingiam (antes de iniciarem a terapia).

Tabela 10 (Situações mais perturbadoras e níveis máximos de perturbação atingidos pelos pacientes – antes de iniciarem a terapia e actualmente)

		Máximo de perturbação gerada
Situações mais perturbadoras		Agora
Antes		
Paciente 1	1 – Alguém expressa ter ficado magoado consigo.	7
		9
	2 – Não demonstram interesse na sua opinião.	9
		10
Paciente 2	1 – Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo.	6
		9
	2 – Alguém toma uma decisão que o(a) implica sem o consultar.	6
		10
Paciente 3	1 – Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo.	6
		8
	2 – Alguém toma uma decisão que o(a) implica o(a) consultar.	7
		9

Nesta tabela, fica claro que a tendência geral é diminuir os níveis de perturbação máxima perante as situações. No entanto, a paciente 2 é uma excepção, piorando os seus níveis de perturbação máxima, com o decorrer da terapia, face a uma situação. Este aspecto será discutido posteriormente na discussão.

De seguida, serão apresentados de uma forma sucinta, os resultados de cada paciente. As respostas serão agrupadas em categorias: processamento (Pascual-Leone & Greenberg, 2007); flexibilidade esquemática (Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Young, Klosko & Weishaar, 2003); regulação das necessidades (Conceição e Vasco, 2005; Vasco, 2009); e regulação emocional (Linehan & Dexter-Mazza, 2008), que estão presentes nas **questões e hipóteses de investigação do 2º estudo**. Será atribuído maior ênfase às respostas do presente, mas será referida, também, a gestão que o paciente fazia

da situação antes de iniciar o processo terapêutico. Não serão diferenciadas as situações, uma vez que se pretende inferir capacidades e vulnerabilidades a um nível de abstracção superior ao das interacções específicas. No entanto, serão ilustradas, em ambas as situações, as inferências com a transcrição de afirmações dos pacientes. No final, em forma de resumo, fundamenta-se e infere-se sobre a fase do MCP em que cada paciente se encontra.

Tabela 11

Análise das Respostas - Paciente 1 (Mulher)

Presente

Processamento Embora numa fase inicial indique sentir algum mal-estar global e algum descontrolo (“*vontade de esganar alguém*”), define as suas emoções de forma clara (“*desconforto*”, “*incompreensão*”, “*zanga*”, “*desilusão*”), atribui-lhes um sentido (“*por não ter compreendido o meu afastamento*”, “*porque ele não consegue ouvir os dois lados*”, “*quando vejo que ela não entende que eu também estou magoada com ela, deixo a história ir, porque concluo que ela não está a ouvir*”, “*Percebi que com ele não valia a pena e que não devia de dizer mais nada, fiquei calada e limitava a sorrir*”),

Regulação das necessidades identifica necessidades que não são satisfeitas (“*precisava de uma amiga que me ouvisse e não falasse apenas dela*”; *precisava de afirmar que não queria ouvir falar mal de duas pessoas por quem tem consideração*), valida a sua necessidade (“*sinto que tenho o direito a defender a minha posição*”, “*não vou mudar a minha maneira de ser por causa dele (...) e se o fizer é por mim e por mais ninguém*”) e tenta satisfazê-la (“*eu disse o que tinha a dizer de forma calma e tranquila*”, “*tentei contrapor argumentos dele com factos que tinha a certeza da sua verdade*”).

Regulação emocional Valida o seu estado emocional (“*mas prevalece o meu sentimento*”) e procura agir de forma controlada (“*Quando vejo que ela não entende que eu também estou magoada com ela, deixo a história ir, porque concluo que ela não está a ouvir*” “*Percebi que com ele não valia a pena e que não devia de dizer mais nada, fiquei calada e limitava a sorrir*”)

Flexibilidade esquemática As estruturas esquemáticas, em parte, parecem adaptadas à realidade, baseadas em factos e argumentos, e capazes de ver a mudança (“*Acho que ela acabou por reflectir e depois vi mudanças pequenas. Ela começou por estar mais disponível quanto amiga*”). Parece assim aberta à experiência e disposta a reformular os seus sentidos (“*Afinal não são tão católicos como tentam denotar.*” “*O puto (amigo do namorado) não é tão inteligente quanto eu pensava que era, na questão de tentar averiguar e depois tomar uma decisão sobre o carácter das pessoas*”), assim como a adaptar o seu comportamento de acordo com esses sentidos (“*Tenho que medir as minhas palavras relativamente às questões relacionadas com a*

associação quando estiver com ele". No entanto, também apresenta alguma rigidez e extremismo (*"não me posso deixar anular", "se o fizer é por mim e por mais ninguém"*).

Passado

Não se regulava tão bem, ou não agia, não defendendo a sua necessidade (*"ficava calada e não dizia o que sentia"*), ou agia ansiosamente (*"Possivelmente ia ficar mais alterada"*). A estas atitudes estavam associadas esquemas mais rígidos que remetem para a inadequação (*"Sou fraca"*), assim como emoções (*"frustração"*).

Qual a fase do processo terapêutico tendo em conta o MCP?

Embora a paciente apresente capacidades de processamento (como se pode verificar na tabela anterior), uma nítida evolução relativamente ao período de pré-terapia e uma forte tendência para se afirmar e defender as suas necessidades activamente (Fase V), ainda existem alguns indicadores que não é capaz de o fazer de forma clara. Ainda fica *"indignada"* e *"chocada"* com alguns acontecimentos, não se parece responsabilizar pelo impacto que os outros têm nela, vitimizandose um pouco (*"ela estava a ser egoísta", "Magoada por a pessoa não ter compreendido a minha necessidade e que estava a precisar de uma amiga que pudesse me ouvir e não falar apenas dela"*), ambos, aspectos que apontam para vulnerabilidade em fase IV. Algumas das suas frases também permitem inferir competência nesta fase (*"não vou mudar a minha maneira de ser por causa dela", "se o fizer é por mim e por mais ninguém"*), no entanto parecem algo rígidas e em oposição, não reflectindo a liberdade esperada em fases mais avançadas do processo.

Relativamente à fase III, parece atribuir imensos sentidos (como se pode constatar na tabela 11) . Há assim uma nova compreensão do que se passa em seu redor e um discurso recheado de *"percebo"* (*"percebi que ele já tinha a mente feita e que não estava disponível para ouvir e analisar o outro lado", "percebi que com ele não valia a pena e que não devia de dizer mais nada, fiquei calada e limitava a sorrir"*) e de *"porque"* (*"fiquei passada com ele, porque ele estava mais preocupado com a imagem dele no trabalho no que aquilo com o que estava a sentir"; "quando vejo que ela não entende que eu também estou magoada com ela, deixo a história ir, porque concluo que ela não está a ouvir"*), (competências referentes à fase III). Afirmaria com um VOC (Validity of Cognition) de 8 (numa escala de 0 a 10) que esta paciente se encontra na fase III do MCP. Uma vez que parecem emergir muitas competências de fase III e muitas limitações em fase IV.

Tabela 12

Análise dos Resultados - Paciente 2 (Homem)

Presente

Processamento Apresenta sinais de forte ansiedade perante o primeiro impacto (“*tenso*”, “*à flor da pele*”), define emoções específicas (“*impotência*”, “*inconformismo*”, “*desapontamento*”) e analisa o ocorrido antes de agir.

Regulação das necessidades A necessidade que refere é a de ser respeitado. E procura satisfazer essa necessidade (“*Tentar otimizar a minha reacção para que ela seja o mais eficaz possível e que me deixe orgulhoso da mesma, evitando exageros e assim, arrependimentos*”). Valida a sua dificuldade em proteger as necessidades, e já vai conseguindo agir como pretende.

Regulação emocional Consegue controlar-se, adiar, reflectir e agir de forma funcional (pelo menos exteriormente), interiormente ainda se vulnerabiliza.

Flexibilidade esquemática Os pensamentos e esquemas são algo extremos e derrotistas, no momento imediato (*bastará uma sequência mais ou menos aproximada no tempo deste tipo de desilusões para me arrasar*) e funcionais posteriormente (“*Agir de forma a colocar as coisas novamente no seu devido lugar, mas tentar perceber antes qual o melhor momento e forma de o fazer*”)

Passado

Agia impulsivamente, sentia menos controlo, sentia-se mais vítima da situação e os outros afastavam-se, acautelavam-se ou vitimizavam-se.

Qual a fase do processo terapêutico tendo em conta o MCP?

Embora sejam evidentes as vulnerabilidades e o impacto negativo que as situações apresentam neste paciente, parecem-me claras as suas capacidades estruturais. Compreende bem os padrões (ele reagia mal, os outros vitimizavam-se, ele sentia-se culpado) e dá explicações (o facto de se vitimizar e se sentir impotente no passado, tornava-se mais “*assustador*”) o que parece indicar capacidades de fase III. Apresenta algumas frases que demonstram uma grande consciência de que a protecção das suas necessidades está nas suas mãos e não na de terceiros (“*gostaria de controlar melhor os impulsos iniciais e ser mais astuto na primeira análise da questão*” referindo-se ao passado “*sentir-me-ia mais vítima da situação e mais impotente face à mesma*”;), e implicitamente percebe-se que não vê a culpa de uma forma unilateral, mas sim partilhada (pretende que o outro assuma “*parte da culpa/responsabilidade/erro*”), ambas competências de fase IV. Aparentemente este paciente está bastante capaz dos objectivos de fase IV, e já consegue ir na defesa das suas necessidades de uma forma funcional (“*Agir de forma a colocar as coisas novamente no seu devido lugar, mas tentar*”

perceber antes qual o melhor momento e forma de o fazer”; Tentar otimizar a minha reacção para que ela seja o mais eficaz possível e que me deixe orgulhoso da mesma, evitando exageros e assim, arrependimentos”). Ao que parece, tem resultados e melhorou as suas interacções. A fase VI encontra-se supostamente fora de hipótese, uma vez que a visão de vulnerabilidade ainda é muito assustadora para este paciente, não assumindo com naturalidade um certo grau de vulnerabilidade perante a vivência e expressão da sua identidade e crescimento (“estarei sempre à mercê deste tipo de injustiça, numa posição de vulnerabilidade...basta uma sequência mais ou menos aproximada no tempo deste tipo de desilusões para me arrasar”).

Em suma, afirmaria com um VOC de 7 que este paciente se encontra com capacidades de processamento ao nível da fase IV. A fase V ainda parece apresentar alguns obstáculos, essencialmente internos.

Tabela 13

Análise dos Resultados – Paciente 3 (Mulher)

Presente

Processamento Apresenta um forte descontrolo, associado a muitas reacções fisiológicas (“calor”, “transpiração”, “inquietação física”, etc.), define diversas emoções (“invadida”, “zangada”, “desconsiderada”), explorando o impacto dessas emoções (“a pessoa ignora aquilo que eu preciso”; “não é fácil sentir-me incompreendida e sem apoio por pessoas que eu tento apoiar; “o envolvimento emocional não me permite clareza para responder de forma adequada”; “sendo antipática e deixando de estar alerta para as necessidades, provavelmente porque também não tiveram para as minhas”)

Regulação das necessidades Apercebe-se que tem necessidade de ser apoiada, validada e respeitada, mas ainda não consegue estabelecer os limites que pretende (“acabo por me calar, não dizer nada e ficar zangada comigo por não ter tido reacção”), culpando-se por isso.

Regulação emocional É invadida pela emocionalidade negativa e pelas reacções fisiológicas e acaba por perder o controlo da situação, agindo como não pretende (“ideal seria eu conseguir mostrar a minha mágoa ou desagrado sem ferir susceptibilidades, mas de facto, o envolvimento emocional nestas situações não me permitem clareza para responder de forma adaptada”, “Normalmente acabo por me calar e depois instala-se em mim um desconforto que não me permite estar bem nem comigo nem com os outros”).

Flexibilidade esquemática Na situação apresenta esquemas algo extremos e aparentemente rígidos, de incapacidade e vitimização (“sou incapaz de impor os meus limites”, “a pessoa está a ignorar por completo aquilo que eu preciso”), manifesta dificuldade de descentração na medida em que não levanta a hipótese de que os outros possam estar a fazer outras coisas, que não a desrespeitá-la, depois, com o afastamento, apresenta um pensamento bastante flexível,

procurando olhar as situações de várias perspectivas (*“será que sou eu que não consigo expressar que preciso de compreensão e apoio? será que em algumas situações não valorizo o apoio dos outros? será que está em mim a dificuldade de ser apoiada?”*)

Passado

As situações eram ainda mais desorganizadoras, sentia um descontrolo maior e tinha ainda mais dificuldades em defender os seus limites, sendo mais passiva.

Qual a fase do processo terapêutico tendo em conta o MCP?

Ao analisar a tabela, percebemos que o envolvimento emocional ainda é tão forte, que mesmo reconhecendo algumas necessidades nas interações descritas, não consegue agir de forma a protegê-las, ou pelo menos, não da forma mais correcta (o que implicaria ausência de fase V). Afastando a fase V (e conseqüentemente fases mais avançadas) e analisando a fase IV, criam-se algumas dificuldades. Isto porque teoricamente, afastada das situações, esta paciente apresenta reflexões que parecem envolver responsabilidade, ou seja, parece sentir que estaria nas suas mãos proteger as suas necessidades, embora não o consiga fazer (*“fico chateada comigo própria...sou incapaz de impor os meus limites para evitar o desconforto sentido”; “fico zangada comigo por não ter tido reacção”*). No entanto, pode ser suficientemente culpabilizante esta visão de responsabilidade, não valida a sua necessidade de evitar o confronto, o que parece tornar claro o afastamento em relação aos objectivos estratégicos de fase IV (que envolve respeitar e tomar conta das suas necessidades bem como compaixão por si própria em processo). Além deste aspecto, no momento existe uma postura e pensamentos algo vitimizantes (*“a pessoa ignora aquilo que eu preciso”; “o outro em vez de me apoiar está a ignorar as minhas necessidades”*), que também apontam para a exclusão da fase IV. Noutros momentos oscila para uma posição em que o outro também é logo à partida desrespeitador, culpado, responsabilizado, por lhe estar a faltar na satisfação da sua necessidade.

Relativamente à fase III, a paciente também apresenta um frase (*“a ideia que me vêm a cabeça inicialmente é mesmo de que aquilo não me está a acontecer, por vezes é tão difícil para mim sentir que não estou a ser considerada em questões que a mim me dizem respeito, que chego a ter dificuldade em acreditar que a outra pessoa está realmente a fazer aquilo”*), que parece denotar algumas dificuldades em perceber as razões que estão por trás dos comportamentos. Esta frase parece denotar a surpresa de quem ainda não identificou padrões (remetendo para a ausência de fase III). E também não parece formular novas explicações alternativas para aquilo que ela codifica prontamente como desrespeito por parte do outro.

No entanto, existem diversos olhares dirigidos à experiência, na forma como se relaciona com os outros e os outros com ela (“*sendo antipática e deixando de estar alerta para as necessidades, provavelmente porque também não tiveram para as minhas*”), é nítido um olhar atento e um descrever consciente da experiência (“*uma vez que a minha reacção provoca impacto nos outros, e nesta situação específica, os outros sentiram-se maltratados e desrespeitados*”), há um explorar do impacto que as situações têm nela (“*ideal seria eu conseguir mostrar a minha mágoa ou desagrado sem ferir susceptibilidades, mas de facto, o envolvimento emocional nestas situações não me permitem clareza para responder de forma adaptada*”), há uma boa capacidade de distinguir e definir cognições, emoções e comportamentos, etc. Todas estas competências parecem indicar que a paciente se encontra em fase II do processo terapêutico, ou pelo menos que é a fase em que apresenta maiores capacidades. No entanto, algumas situações encaradas como fase II, remetem para implícitas explicações, dão a entender o início para o salto da fase III (sugere possíveis explicações para reagir mal para os outros e para os outros lhe devolverem na mesma moeda, explica porque não consegue agir como pretende, etc.), mas parecem mais processos de ampliação de consciência (fase II) do que de explicação e a criação de ligações e padrões (fase III). Com um VOC de 7 diria que se encontra em fase II, sendo que já parece bastante competente nos objectivos estratégicos desta fase, à excepção, a meu ver, do “tomar consciência de partes ou necessidades de si próprio em conflito”.

Tabela 14

Comparação entre as fases indicadas pelos terapeutas e inferidas após a análise das respostas.

	Terapeutas	Análise das Resposta
Paciente 1	Fase III	Fase III
Paciente 2	Fase IV	Fase IV
Paciente 3	Fase II	Fase II

Verifica-se que as inferências de capacidade de processamento coincidem.

V.III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS (Criação e Aplicação do Teste de Capacidades do Quotidiano - TCQ)

Uma das constatações claras ao observar os resultados é que, independentemente das capacidades de processamento dos pacientes corresponderem a fases mais avançadas do processo terapêutico (fase IV) ou mais precoces (fase II), todos apresentam níveis de perturbação/descontrolo face às situações (tabela 10), o que vai de encontro à primeira hipótese deste estudo (Grande et al., 2009).

De referir que todos indicam apresentar menores níveis de perturbação, comparativamente ao momento em que procuraram ajuda profissional. Estes dados vêm apontar a utilidade de aplicar QSPP, em fases diferentes do processo terapêutico, para avaliar os resultados finais ainda por alcançar ou já alcançados. Vem também fortalecer os estudos relativos ao componente sequencial de fases em termos de objectivos estratégicos do MCP, que indicam que a progressão nas fases está associada a melhorias ao longo do processo terapêutico (e.g. Vasco, 2006). Teríamos assim o QSPP como uma potencial nova medida de objectivos e resultados terapêuticos, à imagem de outras recentemente criadas (e.g. Holforth & Grawe, 2002), mas com novas potencialidades.

Relativamente às respostas que os pacientes apresentam nas situações, constata-se que são poucas as situações em que estes conseguem responder eficazmente ao meio e proteger as suas necessidades, aquilo que seria mais próximo de um resultado final. Com isto, penso que os dados vêm confirmar o quão importante se torna estudar os resultados intermédios na terapia (Doss, 2004; Kazdin, 2007). Grande parte do processo terapêutico reflecte-se na evolução desses mecanismos de mudança, como não ficar tão descontrolado face a uma situação porque: lhe atribuímos sentido (*“não é fácil sentir-me incompreendida e sem apoio por pessoas que eu tento apoiar”*); temos maior capacidade de a explicar (*“as pessoas não reagem porque eu simplesmente finjo não dar importância à situação”*); sentimos maior controlo e responsabilidade sobre ela (*“gostaria de controlar melhor os impulsos iniciais e ser mais astuto na primeira análise da questão”*). Mesmo que, ainda, não consigamos agir de forma adequada.

Realça-se a importância de se utilizar uma metodologia mais idiossincrática (TCQ), em que se percebe o porquê da evolução perante o cenário. Mais importante do que o resultado obtido, poderá ser perceber quais as competências que intermediaram a sua obtenção. É aqui que o conceito de mecanismo de mudança se revela.

A análise das capacidades de processamento dos pacientes, tendo em conta a pirâmide das 7 fases do MCP (Anexo D), aparentemente atingiu um nível de abstracção suficiente para permitir avaliações iguais às dos terapeutas. Embora haja convergência entre a análise dos resultados do estudo e as indicações dos terapeutas, relativamente às capacidades de processamento dos pacientes, os VOC variaram devido a alguma dificuldade, em alguns

casos, de certificar que o paciente se encontra com competências referentes à fase escolhida, e não na fase imediatamente antes ou depois. Poderá tratar-se do efeito de “sobreposição com a fase adjacente” (Vasco, 2006). Um efeito normal, uma vez que quando o paciente apresenta capacidades de uma fase, podem começar a ser promovidos e assimilados objectivos estratégicos da fase seguinte (e.g. Conceição, 2005).

Poderemos então inferir que o TCQ promove respostas suficientemente ricas para permitirem uma análise das competências estruturais, não sendo no entanto uma tarefa fácil e incluindo ainda um substancial grau de subjectividade. Não só pelo efeito de sobreposição com a fase adjacente, mas também porque abstrair processos, dos conteúdos específicos dos pacientes, poderá conduzir os terapeutas a diferentes avaliações.

De qualquer forma, mais importante do que perceber a eficácia do TCQ, será perceber os resultados e os benefícios que estes trazem para o estudo das capacidades estruturais. Através da análise, percebe-se que existem alguns componentes, presentes nos objectivos estratégicos (**consciência do que se passa em redor (Fase II)**, **compreensão e atribuição de sentido ao que é visto (Fase III)**, **percepção que se pode agir de forma mais eficaz para um melhor bem estar (Fase IV)** e **acção para um melhor bem estar (Fase V)**) que condicionam em muito as experiências idiossincráticas face às situações potencialmente perturbadoras.

A influência destas competências estruturais é clara. Não só porque se nota que o paciente em fase IV, por se aperceber que pode ser ele a satisfazer as suas necessidades e por se sentir agente e não vítima, parece demonstrar guias de acção mais esclarecidos (ainda que não os coloque em prática como pretende) do que as restantes pacientes, mas também porque todos os pacientes quando se referem ao passado indicam um maior controlo e chegam mesmo a responsabilizar as suas competências estruturais por essa evolução (“*sentir-me-ia mais vítima da situação, e mais impotente face à mesma, que teria também um peso mais assustador.*”; “[a terapia] permitiu-me perceber melhor e conseguir identificar mais concretamente o que sentia na situação”).

Respondendo à questão que se tinha colocado na introdução teórica (“corresponderão as próprias fases a esquemas que guiam a experiência?”), os dados parecem indicar que sim. Os pacientes parecem interpretar as suas vivências de acordo com os objectivos estratégicos das fases que já atingiram, e foram esses grandes esquemas que permitiram a análise, abstraindo competências em situações diferentes (mesmo quando os pacientes, caso da paciente 2, indicam sentir maior descontrolo do que no passado).

Relativamente ao processamento emocional (Pascual-Leone & Greenberg, 2007), regulação emocional (Linehan & Dexter-Mazza, 2008), flexibilidade estrutural (Greenberg &

Pascual – Leone, 2007; Young, Klosko & Weishaar, 2003) e regulação de necessidades próprias (Conceição e Vasco, 2005; Vasco, 2009), efectuando comparações intra-individuais entre passado e presente, os resultados apontam para melhorias com o decorrer do processo terapêutico. No entanto, não ficam claras diferenças entre fases. Ou seja, por exemplo, o processamento emocional, a capacidade de definir emoções, de as sentir e experienciar (competência que parece muito associada à fase II), parece mais ou menos presente em todos os pacientes, independentemente da fase em que se encontram (uma vez que todos apresentam competências de fase II). Talvez estejamos a falar de competências que embora evoluam com a terapia, não evoluem sequencialmente. Além disso, possivelmente, devido às competências estruturais que os pacientes apresentam, varia a quantidade de informação que transmitem sobre cada categoria.

Penso que a visão integrativa e a busca de processos, consegue absorver de forma mais clara os resultados intermédios. Ou seja, se nos prendermos aos conteúdos específicos, às acções face às situações problemáticas do quotidiano, dificilmente conseguiremos aperceber-nos da verdadeira evolução. Isto porque evoluir é muito mais do que agir. Além disso fica clara a necessidade dos mecanismos de mudança apresentarem sequencialidade, outra característica que as capacidades de processamento do MCP apresentam e que satisfaz um dos critérios de Doss (2004), “apresenta variáveis que podem evoluir ao longo da terapia”.

Em suma, a evolução nas fases do processo terapêutico, conduz a mudanças estruturais nos pacientes. Mudanças que parecem coincidir com alterações na forma como se encara a realidade e como se vivencia a experiência. Num complementar de processos de integração e diferenciação, vão-se atingindo novos estádios de equilíbrio. “Cada estágio, é a vivência de uma relação sujeito-objecto, a raiz de um sistema de conhecimento qualitativamente diferente” (Souvaine, Lahey & Kegan, 1990). Desta forma, ao longo da sequência das fases vão-se alterando as reacções às situações, interna e externamente, conduzindo a novas formas de acção. Estes resultados permitem supor que as competências estruturais promovidas pelo MCP podem vir a ser encaradas como mecanismos de mudança, que melhoram a eficácia intra e interpessoal face a situações perturbadoras do quotidiano (Doss, 2004).

VI – CONCLUSÃO

Este estudo encontra-se na dialéctica potencialidades/limitações e é nesta perspectiva que as conclusões serão apresentadas.

Um dos aspectos centrais a concluir, é a aparente viabilidade das capacidades estruturais do MCP para serem designadas de mecanismos de mudança, ideia introduzida por Conceição (2005; 2009). Ao longo do processo terapêutico, os indivíduos vão passando por fases que lhes permitem contemplar, sentir e perceber a realidade de determinada forma, tendo por meta uma regulação das necessidades cada vez mais livre (Vasco, 2009). Estas diferentes formas de lidar com a realidade são competências desenvolvidas na psicoterapia, que são generalizadas em competências do quotidiano (mecanismos de mudança) (Doss, 2004). Esta conclusão perde força dada a pequena amostra presente no estudo 2 e dado o facto de não se ter recorrido a júizes ou analisadores, no entanto abre portas para investigações futuras.

A importância de averiguar se as competências estruturais (objectivos estratégicos) propostos por este modelo meta-integrativo, correspondem a mecanismos de mudança, reside essencialmente no facto destas capacidades serem, a determinado nível de abstracção, comuns a todas as terapias. Desta forma, construindo-se um instrumento robusto de avaliação das capacidades de processamento do MCP, teríamos um método transversal a toda a psicoterapia que permitia perceber as evoluções desta, em termos desta proposta de sete resultados intermédios. Talvez seja interessante aplicar o TCQ a pacientes, cujo o terapeuta não siga o MCP, e perceber até que ponto as capacidades demonstradas por estes pacientes neste estudo (sendo possível, a determinado nível de abstracção analisar as respostas, tendo em conta os objectivos estratégicos do MCP), são demonstradas por outros pacientes, que recebem terapia de outras orientações.

Além destes aspectos, esta investigação reforça a evidência acumulada em torno do MCP também de outras formas. O acordo entre analisador e psicoterapeutas ao nível da fase em que os pacientes apresentavam maiores capacidades, apoia a objectividade e indica tratar-se de um modelo robusto. Obviamente, seria interessante procurar perceber até que ponto é que com o aumento do número de analisadores se mantinha esta concordância.

Outra mais valia desta tese, poderá ser a melhor compreensão que a interpretação dos resultados do QSPP pode trazer para o meio clínico. Esta área dos

cenários do quotidiano com potencial perturbador, aparentemente estava inexplorada pela psicologia, pelo menos a este nível específico. As respostas a estas situações permitem um leque enorme de impactos (satisfação, indiferença, descontrolo) e possibilitam aceder a vulnerabilidades específicas dos indivíduos. Com os resultados, verificou-se a existência de um factor geral de perturbação emocional (e.g. Allen, McHugh & Barlow, 2008) e factores de vulnerabilidade específica (desconsideração, rejeição, crítica, isolamento, domínio/submissão, responsabilidade, insucesso).

Além da utilidade clara de se perceber quais as situações que mais perturbam a população, podendo estas integrar medidas (tal como integraram o TCQ), estes resultados complementam as categorias já existentes (feridas, esquemas, necessidades, etc) e acrescentam informação válida na compreensão da interacção indivíduo-meio. Independentemente da ferida/esquema/necessidade, os resultados apontam para que existam determinados “tipos” de pessoas com maiores dificuldades em cada um destes factores específicos (embora expliquem pouco da variabilidade dos resultados).

Se pensarmos nas sete capacidades estruturais, estaríamos agora mais próximos e confiantes para desenvolver uma medida quantitativa e/ou aprimorar a medida qualitativa (TCQ) destes mecanismos de mudança que idealmente, e de acordo com Doss (2004): 1) mede fenómenos que se passam fora do contexto terapêutico; 2) apresenta variáveis que podem evoluir ao longo da terapia; 3) apresenta variáveis que não diferenciam pessoas “normais” de pessoas perturbadas; e 4) apresenta variáveis que asseguram a suficiente variabilidade inter-individual.

Por outro lado, o QSPP poderá no futuro ser útil no estudo dos resultados finais ou nos resultados intermédios (mecanismos de mudança) transversais das diversas terapias, uma vez que é baseado no conceito de regulação emocional, também ele transteórico e universal a todas as patologias. Poderá ser aplicado em diferentes fases do processo terapêutico de forma a perceber se ocorreram melhorias (se existem menos situações a suscitar descontrolo ou se houve uma redução no descontrolo sentido).

Mas também poderá ser útil para assinalar metas terapêuticas. No anexo H é apresentado um QSPP que apresenta além das categorias, intensidade, frequência e duração, uma outra que é a importância. Com esta nova categoria, o paciente poderá indicar numa escala de 0 a 4 qual a importância que aquela situação apresenta para ele e em que medida pretende evoluir naquele aspecto específico. Assim, poderá ser uma das áreas a trabalhar durante a terapia.

Interessante também notar que o QSPP apresentou diversas situações com médias elevadas de impacto na população geral. O que demonstra que o descontrolo é comum à população clínica e não clínica. No entanto, as médias em intensidade foram superiores às médias de frequência e duração, o que parece remeter para a ausência de cronicidade, típica da população clínica.

Estes são algumas das conclusões, associadas a contributos, que esta investigação proporciona, no entanto passarei agora, sem angústias, para o lado das limitações, procurando sugerir aspectos que possam facilitar estudos futuros.

O QSPP foi difundido electronicamente, o que acarreta vantagens porque não condiciona as pessoas nas suas respostas (uma vez que o total anonimato está assegurado). No entanto, não houve cuidados que a amostra fosse representativa da população portuguesa.

Além disso, uma das variáveis pertinentes seria o facto de saber se os inquiridos frequentavam ou não algum tipo de terapia. Permitindo assim saber qual a percentagem de população clínica a interferir com as conclusões (sugeridas para a população geral). Também o número elevado de itens (podendo tornar-se cansativo) e alguma subjectividade referente a esses itens, são aspectos que devem ser trabalhados e melhorados no futuro.

A amostra de pacientes a ter respondido ao TCQ é bastante reduzida e não permite generalizar os resultados. Deixando somente aguçada a curiosidade para novas investigações. Também no TCQ, o facto de se utilizar somente um analisador dos resultados não permite assegurar a objectividade da análise.

Para perceber melhor a eficácia do QSPP como medida dos mecanismos de mudança, seria interessante aplicá-lo a pacientes em momentos diferentes da terapia, no entanto, as limitações de tempo não o permitiram.

Embora existam algumas limitações metodológicas, este estudo parece ter trazido para a psicoterapia diversas questões interessantes. A área de investigação sobre mecanismos de mudança saiu, quiçá, enriquecida. Talvez se tenha dado mais um passo na proposta de novos mecanismos de mudança (as capacidades de processamento do componente sequencial do MCP), talvez se tenham encontrado instrumentos transteóricos e transversais às várias perturbações, um mais nomotético (QSPP), outro mais idiossincrático (TCQ).

Em suma, as capacidades estruturais de processamento parecem muito associadas aos conceitos de transversalidade, sequencialidade e de abstracção. Ocorrem

na população clínica, mas também na população normal. Em última análise parecem associados àquilo a que podemos designar “desenvolvimento pessoal”. E desta forma, penso que é uma visão integrativa que traduz melhor esses mecanismos. Procura-se o comum do sucesso terapêutico, o comum no sucesso face a situações do quotidiano.

Foi do monte, em que o fundamentalismo se torna anedótico, que esta tese foi construída e os resultados só parecem apoiar que a subida não tenha retorno.

VII - BIBLIOGRAFIA

- Allen, L. B., McHugh, R. K. & Barlow, D. H. (2008). Emotional Disorders: A Unified Protocol. In D. H. Barlow (Ed.) *Clinical Handbook of Clinical Disorders: a step-by-step treatment manual* (4th ed.) (pp.216-249). New York: Guilford press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Barber J. P., & DeRubeis R. J. (1989). On second thought: where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 441–457.
- Barber J. P., & DeRubeis R. J. (1992). The Ways of Responding: a scale to assess compensatory skills taught in cognitive therapy. *Behavioral Assessment, 14*, 93–115.
- Barber J. P., & DeRubeis, R. J. (2001). Change in Compensatory Skills in Cognitive Therapy for Depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 8-13.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Black, P. (2006). Thrust to Wholeness: The Nature of Self-Protection. *Review of General Psychology, 10*(3), 191–209.
- Bohart, A. C. & Greenberg, L. S. & (1997). *Empathy Reconsidered: new directions on psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss: Volume 2. Separation: Anxiety and anger*, New York: Basic Books.

- Carroll, K. M., Nich, C., Frankforter, T. L. & Bisighini, R. M. (1999). Do Patients Change in the Ways We Intend? Assessing Acquisition of Coping Skills Among Cocaine-Dependent Patients. *Psychological Assessment, 11(1)*, 77-85.
- Cervone, D. (2004). The Architecture of Personality. *Psychological review, 111(1)*, 183-204.
- Conceição, N. M. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objectivos estratégicos: marcadores para a sequencialização temporal do processo psicoterapêutico*. Dissertação de mestrado não publicada.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do self como um boi para um palácio: perplexidades e fascínio. *Psychologica, 40*, 55-79.
- Conceição, N. & Vasco, A. (2008). *Paradigmatic Complementarity Strategic Objectives Manual, Version 4.0*. Unpublished manuscript, Lisbon University, Lisboa, Portugal.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (Maio, 2009). “*To live effectively is to live with adequate information: Longitudinal Case-Analyses of the Use of Strategic Objectives in Paradigmatic Complementarity*”. Comunicação apresentada na “XXV International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration”. Seattle, E.U.A.
- Cramer, P. (1991). *The development of defense mechanisms: theory, research, and assessment.*, Michigan: Springer-Verlag.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 368-386.
- Dozier, M., Stovall, K. C., & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood, In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment:*

Theory, research, and clinical applications (pp. 497-519). New York: Guilford Press.

Fleeson, W. (2001). Toward a Structure- and Process-Integrated View of Personality: Traits as Density Distributions of States. *Journal of personality and social psychology*, 80(6), 1011-1027.

Fleeson, W. (2007). Studying personality processes: explaining change in between-Persons Longitudinal and within-Person multilevel models. In R. W. Robins, R. C. Fraley & R. F. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 523-542). New York: Guilford Press.

Fleeson, W. & Jolley, S. (2006). A proposed theory of the adult development of intraindividual variability in trait-manifesting behaviour. In D. Mroczek & T. D. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 41-59). Mahwah, NJ: LEA.

Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M. & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344-357.

Greenberg, L.S., & Pascual-Leone, J. (2001). A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(3), 165-186.

Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

Holtforth, M. G. & Grawe, Klaus. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research*, 12, 79-99.

- James, I. A., Reichelt, E. K., Freeston, M. H & Barton, S. B. (2007). Schemas as Memories: implications for treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 21, 51-57.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- 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.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy* (pp. 353-392). Washington DC: American Psychological Association.
- Linehan, M. M. & Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Clinical Disorders: a step-by-step treatment manual* (4th Ed.) (pp.365-420). New York: Guilford Press.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Moreira, J.M. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Muran, J. C., Samstag, L. W., Segal, Z. V., & Winston, A. (1998). Interpersonal scenarios: An idiographic measure of self-schemas. *Psychotherapy research*, 8(3), 321-333.

- Muran, J. C. & Segal, Z. V. (1992). The development of an idiographic measure of self-schemas: An illustration of the construction and use of self-scenarios. *Psychotherapy, 29*, 524-535.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutski, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th Ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Pascual-Leone, A. & Greenberg, L. S. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 875-887.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index manual*. Worthington, OH: IDS.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., & Wickle, S. (2002). Structural changes in psychoanalytic therapies – The Heidelberg-Berlin study on long-term psychoanalytic therapies (PAL). In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target (Eds.), *Longer term psychoanalytic treatment – Perspectives for therapists and researchers* (pp. 201-222). London: Whurr.
- Savater, F. (2004). *A coragem de escolher*. Portugal: Dom Quixote.
- Schank, R. & Abelson, R. (1977). *Scripts, Plans, Goals and Understanding: An inquiry into the Human Knowledge Structures*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (2ed.). New York: Guilford Press.

- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, “mindsight”, and neural integration. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 67-94.
- Sorrentino, R.M., & Roney, C.R.J. (2000). *The uncertain mind: Individual differences in facing the unknown*. Philadelphia: Psychology Press.
- Souvaine, E., Lahey, L. L. & Kegan, R. (1990). Life after formal operations: implications for a psychology of the self. In C. N. Alexander & E. J. Langer (Eds.), *Higher stages of human development* (pp. 229- 257). New York: Oxford University Press.
- Teglassi. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 44-50.
- Van Deurzen, E. (2009). *Psychotherapy and the Quest for Happiness*. US: Sage.
- Vasco, A.B. (1999). *Nem todos os caminhos vão dar a Roma: Sequencialização interventiva em terapia integrativa de base cognitivo-comportamental nas perturbações da personalidade*. Comunicação convidada apresentada nas “Jornadas da Associação de Terapia do Comportamento,” Coimbra.
- Vasco, A. B. (2001). Fundamentos para um modelo integrativo de “complementaridade paradigmática”. *Psicologia*, XV, 219-226.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.

- Vasco, A. B. (2009). Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness. Comunicação apresentada na “XVI Conference: Meanings of happiness and psychotherapy”. Lisboa, Portugal.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society: the development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational Theory and the practice of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Werner, J. S. & Frost, M. H. (2000). Major life stressors and health outcomes. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping and health: implications for nursing, research, theory and practice* (pp. 95-122). USA: Sage Publications.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333–71.
- Wolfe, B. E. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders: an integrative approach to healing the wounded self*. Washington DC: American Psychological Association.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

VIII - ANEXOS