

Ana Sofia Matias Rodrigues da Cruz

PERSPECTIVAS INTEGRADORAS SOBRE O PSICODRAMA MORENIANO

Os teóricos, os terapeutas e os clientes

Universidade Fernando Pessoa
Porto 2014

Ana Sofia Matias Rodrigues da Cruz

PERSPECTIVAS INTEGRADORAS SOBRE O PSICODRAMA MORENIANO

Os teóricos, os terapeutas e os clientes

Universidade Fernando Pessoa
Porto 2014

© 2014

Ana Sofia Matias Rodrigues da Cruz
“TODOS OS DIREITOS RESERVADOS”

Ana Sofia Matias Rodrigues da Cruz

PERSPECTIVAS INTEGRADORAS SOBRE O PSICODRAMA MORENIANO

Os teóricos, os terapeutas e os clientes

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutor em Ciências Sociais, especialidade em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Célia Maria Dias Sales e co-orientada pela Professora Doutora Gabriela Moita.

RESUMO

ANA SOFIA MATIAS RODRIGUES DA CRUZ

PERSPECTIVAS INTEGRADORAS SOBRE O PSICODRAMA MORENIANO

Os teóricos, os terapeutas e os clientes

(Sob orientação da Professora Doutora Célia Maria Dias Sales e co-orientada pela Professora Doutora Gabriela Moita)

O Psicodrama Moreniano (PM) é um modelo psicoterapêutico que se baseia na ação, preferencialmente realizado em grupo, e cujo núcleo é a dramatização das experiências individuais dos protagonistas, i.e., os diversos papéis que estes assumem, na sua vida, enquanto indivíduos em relação com o mundo e com os outros. São muitos os autores a considerar que a psicoterapia de grupo nasceu com o PM. Além disso, existe também um vasto número de estudos que apontam no sentido do PM ter um impacto positivo em vários aspectos, tais como mudanças sintomáticas (Godinho & Vieira, 1999; Kipper & Ritchie, 2003; Wieser, 2007). No entanto, existem poucas evidências sobre o processo pelo qual a mudança ocorre nos indivíduos com o PM e desconhecem-se também metodologias de investigação, específicas para o PM, que permitam um estudo mais aprofundado desta matéria. Por outro lado, é também escassa a investigação em torno do que os clientes pensam sobre o PM, nomeadamente, sobre aquilo que o torna útil e não útil para o seu processo terapêutico.

Partindo destas ideias, o principal objectivo deste trabalho prendeu-se com o estudo do processo do PM do ponto de vista do cliente, mais concretamente, o desenvolvimento de uma metodologia para analisar as experiências dos clientes com o PM. Para tal, foram realizados três estudos: o primeiro, constituiu uma revisão sistemática da literatura em que se identificaram e definiram as técnicas mais comumente usadas em PM; o segundo, propõe um sistema de codificação das experiências dos clientes sobre o processo de tratamento em PM; e o terceiro, uma aplicação preliminar deste sistema num grupo naturalístico de PM.

Em suma, concluiu-se que as experiências dos clientes constituem uma fonte privilegiada de informação sobre o processo terapêutico em PM e que o método de análise desenvolvido tem inúmeras potencialidades para fazer avançar a investigação neste contexto. De futuro, espera-se que a utilização deste paradigma de investigação possa ser amplamente utilizado em diversas amostras, permitindo um conhecimento cada vez mais robusto sobre o que torna o PM útil para os clientes.

ABSTRACT

ANA SOFIA MATIAS RODRIGUES DA CRUZ

INTEGRATING DIFFERENT PERSPECTIVES ABOUT MORENIAN
PSYCHODRAMA

Theorists, therapists and clients.

(Under the orientation of Prof. Dr. Célia Maria Dias Sales and co-oriented by Prof. Dr.
Gabriela Moita)

Morenian Psychodrama (MP) is an action-based psychotherapeutic model, preferably administered in group, whose central point is the dramatization of the protagonist's individual experiences, i.e., the roles which clients play, in their lives, as individuals interacting with the world and the others. There are many authors considering that group psychotherapy has born with MP. Besides, there is also a vast number of studies advocating that MP has a positive impact in many aspects, such as symptomatic changes (Godinho & Vieira, 1999; Kipper & Ritchie, 2003; Wieser, 2007). Nevertheless, the evidences about the process by which change occurs in individuals undergoing MP is scant, as well as MP-specific research methodologies that allow a deeper understanding of this subject. On the other hand, it is also unknown that do clients think about MP, namely, what makes it helpful and unhelpful for their psychotherapeutic process.

Having this in mind, the main goal of this thesis was to study the process of MP through the perspective of clients, more specifically, the development of a methodology to analyze the experiences of clients in MP. Three studies were carried out to meet this goal: first, a systematic review of the literature to identify and define the MP techniques most commonly used; the second, proposes a coding system of clients experiences about the process treatment in MP; and third, a preliminary study using this system in a naturalistic group in MP.

To sum up, we concluded that the experiences of clients are a privileged source of information about the process of MP and that the method developed in this thesis has numerous potentialities to improve the research in this field. In the future, we

hope that this research paradigm might be widely used in various samples, so that our knowledge about that makes MP helpful can take many steps further.

RÉSUMÉ

ANA SOFIA MATIAS RODRIGUES DA CRUZ

PERSPECTIVES D'INTÉGRATION SUR LE PSYCHODRAME MORÉNIEN

Théoriciens, des thérapeutes et clients

(Sous la supervision du Prof. Dr. Célia Maria Dias Sales et Prof. Dr. Gabriela Moita)

Le Psychodrame Morénien (MP) est un modèle psychothérapeutique, basé sur l'action, réalisée de préférence en groupe, et dont le cœur est la dramatisation de expériences individuelles des protagonistes, c'est-à-dire, les différents rôles qu'ils assument dans sa vie, en tant qu'individus en relation avec le monde et avec les autres. Il y a beaucoup d'auteurs à considérer que la psychothérapie de groupe est né avec le PM. De plus, il y a aussi un grand nombre d'études pointant vers le PM ont un impact positif sur plusieurs aspects, tels que les changements symptomatiques (Godinho & Vieira, 1999; Kipper & Ritchie, 2003; Wieser, 2007). Cependant, il y a peu d'indications sur le processus par lequel le changement se produit chez les individus avec le PM et ne sont pas connus des méthodologies de recherche, spécifiques à la PM, pour permettre un étude plus approfondie de cette matière. D'autre part, il est également rare la recherche autour de ce que les clients pensent de le PM, en particulier, sur ce qui le rend utile et pas utile pour leur processus thérapeutique.

Basé sur ces idées, l'objectif principal de ce travail pris avec l'étude du processus du PM du point de vue du client, plus particulièrement, l'élaboration d'une méthodologie pour analyser les expériences des clients avec le PM. À ces fins, trois études ont été réalisées: la première, constituée un examen systématique de la littérature en ce que se identifié et défini les techniques les plus couramment utilisés dans les PM; le second propose un système de codification de l'expérience des clients sur le processus de traitement en PM; et le troisième, une demande préliminaire de ce système dans un groupe de naturaliste du PM.

En bref, on a conclu que les expériences des clients constituent une source privilégiée d'informations sur le processus thérapeutique dans le PM et que la méthode d'analyse développée a de nombreuses possibilités pour faire avancer la recherche dans ce contexte. À l'avenir, il est attendue que l'utilisation de ce paradigme de recherche

peut être largement utilisée dans plusieurs échantillons, ce qui permet de plus en plus robuste connaissance sur ce qui rend le PM utile pour les clients.

DEDICATÓRIA

A hipótese do átomo social afirma que: a) determinado indivíduo está ligado a seu átomo social tanto quanto ao seu corpo; b) à medida que muda de comunidades, indo de uma anterior para outra nova, este indivíduo irá alterar a composição dos membros, mas sua constelação permanecerá constante.

(Moreno, 1953, p.705)

À menor unidade da minha matriz...
À memória de meu pai
À minha mãe, irmãos, sobrinhos e cunhado

AGRADECIMENTOS

Ao tecer agora estes agradecimentos, percebo que preciso recuar bem atrás no tempo. Em 2001 terei iniciado o meu processo terapêutico em Psicodrama. Este bem pode ser considerado ‘o marco’ da viragem. Há sem dúvida um antes e um depois, bem diferente na minha vida. Pelas mãos do Dr. Teixeira de Sousa – a quem agradeço em primeiro lugar - a ‘semente’ da curiosidade sobre o processo de mudança em Psicodrama foi plantada. Quando a oportunidade para este doutoramento surge, não restavam dúvidas sobre a questão que pretendia ver respondida: como aconteceu esta mudança, em mim.

A decisão de avançar com um doutoramento, nem sempre foi consensual. Muitos eram os ‘santos’ desencorajadores, fundamentalmente com base em argumentos de solidão. Através dos agradecimentos que aqui deixo, bem se poderá constatar que felizmente não fui parte deste ‘paradigma’. Ouso dizer que talvez esta tese sirva para uma certa mudança do mesmo, e que novas investigações possam surgir ‘alegremente’. Talvez o Psicodrama também nos traga esta capacidade de reunir pessoas.

Ao Professor Pio de Abreu e ao Professor Michael Wieser por terem apoiado esta vontade no seu primeiro momento.

À Professora Doutora Célia Sales, agradeço a exímia orientação desta tese, o profissionalismo, a dedicação, a amizade e sem dúvida, a boa disposição e alegria que imprimiu neste trabalho.

À Professora Doutora Gabriela Moita que deu o primeiro impulso, e a meu lado percorreu toda esta viagem, sempre com uma palavra encorajadora. Foi uma honra a oportunidade de consigo realizar esta reflexão.

À Paula Alves, minha mais fiel companheira neste trabalho, agradeço a sabedoria, o bom senso, o companheirismo, a cumplicidade.

Ao João Teixeira de Sousa, Filipa Vieira, Sara Sousa, Gaelle Carvalho e Nuno Pires, agradeço a interessante discussão sobre o Psicodrama, o empenho e horas dedicadas na colaboração para a realização desta tese, e o enriquecimento que ‘lhe’ e ‘me’ trouxeram.

Às ‘fontes’ mais próximas Da ‘fonte’, Zerka Moreno, Rojas-Bermúdez e Graciela Moyano, e Alfredo Correia Soeiro, pela gentileza na colaboração para esclarecimento de conceitos e suas origens.

Ao Research Comittee da FEPTO, uma nova família, pelo entusiasmo na validação do HAMPCAS e por cada momento de motivação trazido aos tantos de desmotivação. Também por eles, nunca deixei de acreditar.

À Liliana Ribeiro, pela constante disponibilidade, na amizade e no trabalho, e por acreditar.

Ao Professor Luis Faísca pela imprescindível colaboração nas análises estatísticas e novas ideias trazidas.

À Sofia Leitão, por organizar ‘esta casa’ como se dela se tratasse.

À minha equipa da Comunidade de Inserção Social de Esposende, pelo constante encorajamento e carinho, mesmo nos momentos em que a minha ausência foi sentida.

Ao grupo de mulheres do Awakened Life Project, por me devolverem constantemente a minha essência.

E por último, mas não menos importante, um agradecimento muito especial às mulheres do grupo de Psicodrama, que tão generosamente partilharam comigo suas histórias de vida. Sem dúvida, uma prova de extrema confiança, que espero ter honrado devidamente.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – Estudo 1 - O Psicodrama do ponto de vista dos teóricos e terapeutas: Uma revisão sistemática de técnicas	6
Introdução	6
1.1. Psicodrama moreniano: o desafio na definição	6
1.2. A sessão de psicodrama: contextos, instrumentos e fases	8
1.3. As técnicas psicodramáticas	12
1.4. Objetivos do estudo	11
1.5. Método.....	12
1.5.1. Estratégia de busca e fontes	12
1.5.2. Critérios de elegibilidade e seleção dos textos	12
1.5.3. Seleção da lista final de técnicas psicodramáticas.....	14
1.6. Resultados	15
1.6.1. Avaliação de qualidade das fontes.....	16
1.6.2. Técnicas consensuais do PM	16
1.6.3. Avaliação de qualidade das descrições das técnicas	18
1.7. Discussão integrada das definições por técnica.....	20
1.7.1. Inversão de Papéis	20
1.7.2. Solilóquio.....	22
1.7.3. Espelho	24
1.7.4. Duplo	25
1.7.5. Interpolação de Resistências.....	28
1.7.6. Átomo Social	30
1.7.7. Jogos Dramáticos.....	32
1.7.8. Sociometria	33
1.7.9. Treino de Papel	35
1.7.10. Escultura	38
1.7.11. Objetos Intermediários.....	41

CAPÍTULO II - Estudo 2 - O Psicodrama do ponto de vista dos clientes:

Desenvolvimento de um sistema de categorização das experiências dos clientes em

PM.....	45
Introdução.....	45
2.1. O papel da experiência do cliente na investigação em psicoterapia.....	46
2.2. Como analisar as experiências dos clientes sobre a terapia	48
2.3. Sistemas de codificação das experiências dos clientes.....	49
2.3.1. Therapeutic Impacts Content Analysis System	50
2.3.2. Integrative Corrective Experiences Coding System	51
2.3.3. Good Moments in Counselling and Psychotherapy.....	52
2.3.4. Helpful Aspects of Experiential Therapy Content Analysis System	52
2.3.5. Coding System for Helpful and Hindering Aspects of CBT and IPT	52
2.3.6. Empowerment Events System	53
2.4. Objetivos do estudo	54
2.5. Método.....	55
2.5.1. Seleção da amostra	55
2.5.2. Participantes.....	55
2.5.3. Equipa terapêutica e equipa de investigação	56
2.5.4. Instrumentos	57
2.5.4.1. Helpful Aspects of Therapy (HAT)	57
2.5.4.2. Helpful Aspects of Therapy-versão para o terapeuta (HAT-T) ..	57
2.5.4.3. Notas da sessão	57
2.6. Procedimento.....	58
2.6.1. Recolha de dados	58
2.6.2. A unidade de análise	58
2.6.3. Desenvolvimento do HAMPCAS.....	59
2.6.3.1. Fase 1 – Estrutura do sistema.....	59
2.6.3.2. Fase 2 – Definição de categorias	60
2.6.3.3. Fase 3 – Elaboração do manual	61
2.7. Validação preliminar do HAMPCAS	61
2.8. Resultados	62
2.8.1. Domínio de ação	63
2.8.2. Domínio de impacto	66

2.8.3. Domínio de contexto.....	68
2.9. Discussão.....	71
CAPITULO III – Estudo 3 - O que aprendemos sobre o PM a partir da perspectiva do cliente: Estudo dos eventos significativos num grupo naturalístico de PM	76
Introdução.....	76
3.1. Panorama breve da investigação em PM.....	76
3.2. Investigação do processo de mudança.....	81
3.3. Perguntas de investigação.....	84
3.4. Método.....	84
3.4.1. Caracterização da amostra	84
3.4.2. Instrumentos de avaliação.....	85
3.4.2.1. Helpful Aspects of Therapy (HAT)	85
3.4.2.2. Questionário Pessoal Simplificado	85
3.4.2.3. Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure.....	85
3.4.2.4. Revised Spontaneity Assessment Inventory	86
3.4.2.5. Entrevista de Mudança.....	86
3.5. Procedimento.....	86
3.6. Resultados	88
3.6.1. O Psicodrama do ponto de vista das clientes: O que é significativo nas sessões? Ações associadas a eventos significativos e seu impacto	88
3.6.2. Progresso clínico e mudança atribuída ao psicodrama	96
3.6.3. Relação entre os eventos significativos do psicodrama e o progresso clínico	117
3.7. Discussão.....	119
CONCLUSÃO	122
Referências bibliográficas	124
Anexos	137

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Textos selecionados. Adaptado de: Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009). <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement</i> . PLoS Med 6(6): e100009	13
Figura 2. Protocolo de avaliação utilizado ao longo de um ano e meio de sessões	87
Figura 3. Adesão (percentagem de clientes que responderam ao HAT) em cada sessão	89
Figura 4. Eventos identificados (por HAT válido) para as diferentes sessões	91
Figura 5. Intensidade total das sessões	93
Figura 6. Evolução na pontuação total do CORE-OM para cada cliente.....	98
Figura 7. Evolução na pontuação média do PQ para cada cliente.....	99
Figura 8. Evolução conjunta das pontuações do CORE-OM e do PQ para cada cliente	100
Figura 9. Evolução da pontuação total do SAI-R para cada cliente.....	101

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Os contextos da sessão</i>	8
Tabela 2. <i>Os instrumentos da sessão</i>	9
Tabela 3. <i>Fases da sessão</i>	10
Tabela 4. <i>Lista de verificação para avaliação da qualidade das fontes e da definição das técnicas</i>	14
Tabela 5. <i>Lista de técnicas validadas pela FEPTO-RC</i>	17
Tabela 6. <i>Sistemas de análise de conteúdo para interpretação das narrativas dos clientes, segundo a sua tipologia</i>	50
Tabela 7. <i>Participantes</i>	56
Tabela 8. <i>Tabela comparativa entre o domínio de ação do HAETCAS e do HAMPCAS</i>	65
Tabela 9. <i>Tabela comparativa entre o domínio de impacto do HAETCAS e do HAMPCAS</i>	67
Tabela 10. <i>Tabela comparativa entre o domínio de contexto do HAETCAS e do HAMPCAS</i>	68
Tabela 11. <i>Exemplo de categorização de um ES através do HAMPCAS</i>	69
Tabela 12. <i>Valores do acordo inter-juízes para cada categoria do domínio de ação</i> ..	70
Tabela 13. <i>Valores do acordo inter-juízes para as novas categorias dos domínios de impacto e contexto</i>	71
Tabela 14. <i>Número de eventos relevantes associados a diferentes ações</i>	94
Tabela 15. <i>Relação entre ser (e não ser) protagonista e a identificação de eventos significativos</i>	95
Tabela 16. <i>Frequência de eventos significativos referidos por cliente ao longo de um ano e meio</i>	96
Tabela 17. <i>Frequência média de eventos significativos referidos por cada cliente por sessão</i>	96
Tabela 18. <i>Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Luisa</i>	103
Tabela 19. <i>Alterações ao PQ e avaliação de follow-up</i>	103
Tabela 20. <i>Lista de mudanças identificadas (CI)</i>	104

Tabela 21. <i>Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Manuela</i>	105
Tabela 22. <i>Alterações ao PQ e avaliação de follow-up</i>	106
Tabela 23. <i>Lista de mudanças identificadas (CI)</i>	107
Tabela 24. <i>Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Paula</i>	108
Tabela 25. <i>Alterações ao PQ e avaliação de follow-up</i>	109
Tabela 26. <i>Lista de mudanças identificadas (CI)</i>	110
Tabela 27. <i>Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Raquel</i>	111
Tabela 28. <i>Lista de mudanças identificadas (CI)</i>	111
Tabela 29. <i>Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Sara</i>	112
Tabela 30. <i>Alterações ao PQ e avaliação de follow-up</i>	113
Tabela 31. <i>Lista de mudanças identificadas (CI)</i>	114
Tabela 32. <i>Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Susana</i>	115
Tabela 33. <i>Lista de mudanças identificadas (CI)</i>	115
Tabela 34. <i>Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Teresa</i>	116
Tabela 35. <i>Alterações ao PQ e avaliação de follow-up</i>	116
Tabela 36. <i>Lista de mudanças identificadas (CI)</i>	117
Tabela 37. <i>Correlação entre medidas de outcome e ocorrência de eventos significativos durante a terapia</i>	118

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Checklist qualidade da fonte de proveniência (autoria)	138
ANEXO 2: Técnicas elegíves.....	140
ANEXO 3: Definições das técnicas de PM encontradas na literatura.....	141
ANEXO 4: Checklist qualidade e clareza das definições	175
ANEXO 5: Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT)	176
ANEXO 6: Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT) - para o terapeuta	180
ANEXO 7: Registo de Sessão	183
ANEXO 8: Declaração de consentimento de participação em estudo de investigação no domínio da eficácia do psicodrama	185
ANEXO 9: Helpful Aspects of Morenian Psychodrama Content Analysis System (HAMPCAS) Manual de treino bilingue.....	186
ANEXO 10: Procedimento do Questionário Pessoal Simplificado (PQ).....	220
ANEXO 11: CORE-OM.....	227
ANEXO 12: SAI-R: Experiência Pessoal	229
ANEXO 13: Protocolo de Entrevista de Mudança do cliente	230
ANEXO 14: Ficha de identificação	237

LISTA DE ABREVIATURAS

CBT – Cognitive-Behavioural Therapy

CI – Change Interview

CPR – Change Process Research

EAP – Associação Europeia das Psicoterapias

ES – Evento Significativo

FEPTO – Federation of European Psychodrama Training Organisations

FEPTO-RC – Federation of European Psychodrama Training Organisations – Research Committee

IPHA Group – International Research Network on Personalized Health Assessment

IPPS – Individualized Patient-Progress System

HAETCAS - Helpful Aspects of Experiential Therapy Content Analysis System

HAMPCAS – Helpful Aspects of Morenian Psychodrama Content Analysis System
(Sistema de Análise de Conteúdo dos Aspetos Úteis do Psicodrama Moreniano)

HAT – Helpful Aspects of Therapy

HAT-T – Helpful Aspects of Therapy - versão para o terapeuta

IMI-CM – Imipramine plus Clinical Management

IPR – Interpersonal Process Recall

IPT – Interpersonal Psychotherapy

PLA-CM – Placebo plus Clinical Management

PM – Psicodrama Moreniano

PQ – Personal Questionnaire

SPP – Sociedade Portuguesa de Psicodrama

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TICAS – Therapeutic Impacts Content Analysis System

UA – Unidade de Análise

UFP – Universidade Fernando Pessoa

INTRODUÇÃO

“Historicamente, o Psicodrama representa o ponto culminante na passagem do tratamento do indivíduo isolado para o tratamento do indivíduo em grupos; do tratamento do indivíduo por métodos verbais para o tratamento por métodos de ação.”

(Moreno, 1997, p. 59)

Criado por Moreno, o psicodrama é um modelo psicoterapêutico de grupo com profundas raízes no teatro, na psicologia e na sociologia. Do ponto de vista técnico, constitui um procedimento de ação e interação cujo núcleo é a dramatização (Rojas-Bermúdez, 1997). Nascido segundo o próprio autor em 1921 (Moreno, 1997), o psicodrama moreniano (PM) enquanto método psicoterapêutico baseia-se na concretização de experiências humanas sob uma variedade de condições simuladas (Kipper, & Hundal, 2003). Embora preferencialmente realizado em formato de grupo, dirige o seu foco para as particularidades do indivíduo, enquanto núcleo de interseção de diversos papéis relacionais, tais como ser filho e cônjuge, e papéis relacionados com dificuldades e potencialidades. Por este motivo, diz-se ser uma terapia individual em grupo, centrada no protagonista. A dramatização pode decorrer à volta dos vários papéis que assume ao longo de toda a sua vida (Blatner, 1996).

Expressar sentimentos e ideias em ação parece ser uma tendência natural do ser humano. A experiência física de vivenciar um papel como se a situação estivesse a decorrer no ‘aqui e agora’ torna conscientes ideias e sentimentos aos quais dificilmente se acede através das palavras. Conferindo maior grau de realidade, é mais facilmente testemunhado pelos outros e, conseqüentemente, torna-se potencialmente mais fidedigno (Blatner, 1996).

Em geral, e durante várias décadas, a luta das psicoterapias pela sua validação científica seguiu o modelo médico da investigação sobre a eficácia e concentrou-se na análise dos resultados. Os ensaios clínicos randomizados continuam a assumir um papel primordial no estudo da eficácia; contudo, estabelecem critérios exigentes na sua condução, nomeadamente, populações específicas, sob condições ideais (Hampson,

2008) e procedimentos terapêuticos manualizados, que permitam um controlo rigoroso de todas as variáveis para posterior replicação. Para além disso, este tipo de estudos, focam a sua atenção no estabelecimento de uma relação causal entre terapia e mudança do cliente, mas não especificam a natureza dessa relação. Ora, se por um lado, isto nos afasta da prática clínica real, por outro, torna-se impropriedade no que se refere a modelos não manualizados, de que é exemplo o PM.

A expressão *Change Process Research* (CPR) surge há mais de 20 anos para se referir à investigação que se debruça na identificação, descrição, explicação e predição dos fatores de processo que conduzem à mudança terapêutica (Greenberg, 1986, citado em Elliott, 2010). Este paradigma de investigação tem sido aplicado em diversos modelos terapêuticos, como, por exemplo, terapia centrada no paciente (Elliott et al., 2009), terapia existencial (Castonguay et al., 2010) e terapia familiar (Carvalho et al., 2008).

A lacuna entre a investigação e a prática da psicoterapia tem igualmente vindo a ser discutida e várias tentativas têm sido efetuadas no sentido da sua aproximação. Prática baseada na evidência é o termo proposto para a construção da prática terapêutica com base na evidência científica (Barkham, & Margison, 2007). O surgimento deste movimento, associado ao paradigma CPR, abre novas portas ao psicodrama e estimula a investigação, através da oportunidade de aproximação da prática à investigação.

No que diz respeito à investigação em psicodrama em particular, podemos encontrar diferentes tipos de estudos: com grupos específicos de perturbações psicológicas (Costa, António, Soares, & Moreno, 2006; Dogan, 2010; Fong, 2007; Kirk, & Dutton, 2006; Somov, 2008); estudos de caso (Hudgins et al., 2000; Kipper, & Hundal, 2003; Wieser, 2007); estudos sobre sessões únicas (Kipper, & Ritchie, 2003); intervenções parcialmente manualizadas (Vieira, Torres, & Moita, 2013); intervenções de dez sessões (Kim, 2003); estudos sobre conceitos morenianos como a espontaneidade (Christoforou, & Kipper, 2006; Kipper, 2000; Kipper, & Hundal, 2005; Kipper, & Shemer, 2006), estudos com foco em técnicas específicas (Kipper, & Ritchie, 2003; Kipper, & Hundal, 2003), entre outros.

Abordar as técnicas de psicodrama individualmente como uma forma de demonstrar o mérito de todo o processo terapêutico, por exemplo, tem sido uma aposta forte e demonstra a importância do papel das mesmas, por si só. A implicação para a prática clínica é a possibilidade de serem incorporadas em várias formas de psicoterapia, mesmo aquelas que se baseiam em abordagens teóricas que diferem do PM, tal como também já tem vindo a ser estudado para o modelo cognitivo-comportamental (Hamamci, 2002, 2006). Se por um lado, estes tipos de estudos contribuem para a validação do modelo em diferentes dimensões, por outro, podem conduzir à sua fragmentação e afastamento do modelo original e também à desvalorização do processo do grupo como um todo.

No que se refere a estudos dentro do paradigma CPR, conhecem-se poucos. Na sua revisão sistemática, Wieser (2007), identifica três estudos na língua alemã, dois deles, não publicados. O primeiro estudo publicado em inglês, desta natureza, investiga a relação entre eventos significativos em sessões únicas de psicodrama e os resultados pós-sessão. Os resultados fornecem a validação empírica à teoria, contudo as conclusões são baseadas num pequeno número de casos (McVea, Gow, & Lowe 2011). Em Portugal, Vieira (2014) realiza um estudo sobre psicodrama na obesidade, seguindo um desenho quasi-experimental, e combinando o estudo de resultados e processo, aplicado a um programa de intervenção de 12 sessões.

Apesar dos estudos efetuados, e muito embora constitua a origem da psicoterapia de grupo e a sua eficácia esteja suportada pela evidência clínica, o psicodrama carece de investigação científica robusta (Kipper, & Ritchie, 2003; Wieser, 2007). A escassez de investigação que lhe é inerente terá certamente por base uma auto-imagem dos próprios Psicodramatistas que privilegia a acção em detrimento da linguagem (no domínio da intervenção) e a prática em detrimento da teoria (no domínio da investigação). Esta tendência idilicamente fundada pelo próprio pai¹ do psicodrama conduziu lentamente ao afastamento do psicodrama dos meios académicos e, conseqüentemente, da possibilidade de acompanhar a evolução da investigação das psicoterapias na luta pelo seu reconhecimento científico.

¹ Não obstante a sua preocupação pela investigação e sugestão de avaliação da mudança de comportamento, através de métodos diferentes dos tradicionais e criados pelo próprio autor. A saber: teste de espontaneidade, teste de papéis, átomo social e sociometria (Cukier, 2002; Kellerman, 1987).

Fevereiro de 2009 marca um importante e impulsionador momento da investigação em psicodrama com o convite do Comité de Investigação da Federation of European Psychodrama Training Organizations (FEPTO-RC) a Robert Elliott para auxiliar na definição de uma linha orientadora de investigação dentro do CPR. A par destes desenvolvimentos a prática da investigação tem vindo a ser introduzida nos programas curriculares de várias escolas de psicodrama.

Esta tese, enquadrada na International Research Network on Personalized Health Assessment (IPHA Group) (Sales, Alves, Evans & Elliott; 2014), pretende contribuir para a aproximação da investigação à prática clínica, através do estudo dos processos de mudança psicológica num grupo naturalístico de PM, à luz do paradigma de investigação *change-process research*. Acredita-se que estudos desta natureza possam complementar os dados recolhidos em estudos experimentais (RCTs), pois auxiliam na compreensão dos fatores que promovem a mudança interna, isto é, o porquê da psicoterapia ser, potencialmente, eficaz. Procura-se assim lançar a primeira pedra para que este tipo de estudos possa ser feito em psicodrama.

Tendo em conta o até aqui descrito, com o presente trabalho, pretende-se estudar o PM seguindo uma abordagem orientada para a descoberta, e centrada no que ocorre dentro de uma prática naturalística. O que descrevem os teóricos e terapeutas, sobre o que se faz e, como se faz psicodrama na comunidade internacional é a primeira questão que se coloca. Num segundo momento vamos procurar perceber como é visto este mesmo modelo através do olhar do cliente, das suas experiências significativas ao longo do tratamento e o que é que os pacientes identificam como sendo eficaz nessa prática.

Este trabalho está, assim, dividido em três estudos:

Proceder à sistematização de todas as técnicas encontradas na literatura, com vista a perceber semelhanças e diferenças nas definições e forma como são aplicadas dentro do PM, consistiu o principal objetivo do primeiro estudo desta tese que consiste numa revisão sistemática sobre as técnicas. Para tal, procedemos à busca, seleção e definição de todas as técnicas consensualmente usadas no modelo moreniano. Esta sistematização será importante não apenas para a prática, como também para a formação e investigação.

Clarificado teoricamente, pretendemos, no segundo estudo, perceber como é o PM na prática, apoiando-nos na perspectiva dos clientes segundo o paradigma *practice based research*, produzindo, assim, conhecimento que provém diretamente da prática clínica diária. A escassez de investigação orientou-nos imediatamente para um estudo naturalista no contexto de prática privada. O objetivo principal deste estudo consistiu no desenvolvimento de um sistema de categorização das perspectivas dos clientes em PM.

O terceiro estudo desta tese, trata-se de um estudo exploratório, e constitui parte de um projecto de natureza longitudinal, que visa estudar os processos individuais de mudança psicológica num grupo de PM, utilizando métodos mistos (quantitativos e qualitativos). Do ponto de vista teórico, segue o paradigma da mudança, e pretendeu perceber o que caracteriza as sessões do PM na perspectiva do paciente, o que caracteriza os eventos por este identificados, quais as técnicas utilizadas, como é que elas surgem e qual a sua relação com as mudanças psicológicas ocorridas.

CAPÍTULO I – Estudo 1 - O Psicodrama do ponto de vista dos teóricos e terapeutas: Uma revisão sistemática de técnicas

Introdução

Reconhecido e acreditado pela Associação Europeia das Psicoterapias (EAP) e por entidades governamentais de países como a Austria e a Hungria, o psicodrama tem vindo a ser amplamente usado em contextos de saúde privados e públicos, incluindo hospitais (e.g., Kipper, 1997; Sousa, 2012; Vieira, Carnot, & Canudo, 1993) e serviços de saúde mental (e.g., Kirk, & Dutton, 2006), no tratamento de diversas patologias, tais como esquizofrenia (e.g., Parrish, 1959; Sousa, 2012), e abuso de substâncias (e.g., Couto, 2004; Crawford, 1989; Pinheiro, 2002). Na Europa, existem atualmente mais de 60 escolas de formação e acreditação em psicodrama distribuídas por cerca de 26 países. Na sua maioria, estas escolas estão associadas à Federação Europeia das Organizações de Formação em Psicodrama (FEPTO), cujo papel se prende com o desenvolvimento da formação em psicodrama, através da criação de normas éticas e também da promoção e da partilha de conhecimento científico entre formadores e escolas de psicodrama (<http://www.fepto.eu/>).

Não obstante, do ponto de vista científico, o psicodrama permanece com um estatuto relativo nas áreas da psicologia, da psiquiatria e da psicoterapia, em comparação com outras abordagens (Wieser, 2007), pelo que a investigação tem sido incentivada e impulsionada. A dificuldade da investigação científica em psicodrama acompanhar a tendência contemporânea, poderá estar relacionada com a dificuldade na definição e circunscrição do psicodrama original de Moreno.

1.1. Psicodrama moreniano: o desafio na definição

A partir do início de 1980, vários autores sugeriram afastamentos da teoria psicodramática original. Essas sugestões foram, por um lado, tentativas de demonstrar integração de métodos e ideias de Moreno a outras teorias (Blatner, 1996; Holmes, 1992) e, por outro, de conceber novas bases teóricas ao método (Kipper, 1982, 1986, citado em Kipper, 1997; Rojas-Bermúdez, 1997). Com este afastamento das

formulações originais, deu-se um afastamento da dinâmica tradicional da sessão (aquecimento, dramatização, comentários) pela aplicação de técnicas psicodramáticas específicas, enquanto intervenções independentes, dentro da psicoterapia mais tradicional, verbal (Kipper, 1997).

Muitas das técnicas originais de Moreno foram assim apropriadas por outros modelos teóricos, o que conduziu ao desconhecimento da sua origem por muitos dos seus utilizadores (Blatner, 2007; Blatner & Blatner, 1988; Bustos, 1999). Por exemplo, o uso da escultura em terapia familiar e o uso da cadeira auxiliar por Fritz Perls na *Gestalt Therapy*, posteriormente modificada para a técnica das ‘duas cadeiras’ na abordagem cognitiva (Blatner, 1997; Blatner & Blatner, 1988). Modelos psicoterapêuticos e integracionistas têm vindo a fazer amplo uso do potencial das técnicas morenianas. Técnicas como a inversão de papéis, as esculturas, a cadeira vazia, e outras podem ser usadas durante uma sessão, sem necessidade da presença de um grupo ou de egos-auxiliares (Blatner, 2007). Se, por um lado, este facto nos remete para a importância e relevância clínica do método, por outro, ao serem utilizadas fora do seu quadro de referência teórico e filosófico, na opinião de Bustos (1999), poderão estar a ser desvirtuadas. A reformulação que deriva da sua utilização, nomeadamente num contexto psicoterapêutico individual de uma terapia pelo verbal, deveria respeitar os seus princípios básicos para que a desvirtuação possa dar lugar ao enriquecimento.

Por outro lado, o facto de ter sido amplamente disseminado pelos diferentes países da Europa e América, e a ausência de definições claras resultaram numa diversidade de aplicações das técnicas e conceitos introduzidos por Moreno, dentro do próprio psicodrama.

De facto, Moreno propôs um modelo psicoterapêutico enquadrado teoricamente, contudo pouco sistematizado, o que terá contribuído para que a prática do psicodrama fosse evoluindo de forma isolada e distinta nos vários países e escolas. Mesmo dentro daquelas que se afirmam como morenianas, não existem descrições únicas de alguns dos seus componentes, nomeadamente de algumas técnicas como estátua, e de alguns dos conceitos teóricos que embora de origem psicanalítica são utilizados neste modelo moreniano tais como transferência ou contratransferência. Responder à pergunta ‘o que é o psicodrama moreniano’ tornou-se assim, um desafio.

Nesta altura em que se considera importante estudar o psicodrama e se impulsiona a investigação, um passo fundamental e prévio é que o modelo esteja definido operacionalmente. Torna-se essencial perceber, dentro do PM, o que está a ser feito e como, quais as técnicas que utiliza e quais as técnicas que constituem a base da sua teoria.

1.2. A sessão de psicodrama: contextos, instrumentos e fases

Parece ser consensual que uma sessão de psicodrama consta de três contextos: social, grupal e dramático (ver Tabela 1) (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Rojas-Bermúdez, 1997); cinco instrumentos: protagonista, cenário, ego-auxiliar, diretor, auditório (ver Tabela 2) (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Holmes, 1992; Moreno, 1997; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997), e três fases distintas: aquecimento, dramatização, e partilha ou comentários (ver Tabela 3) (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Holmes, 1992; Kipper, 1997; Moreno & Moreno, 2012; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997).

Tabela 1

Os contextos da sessão

Social	Corresponde ao extra-grupo, à estrutura social e aparece no primeiro momento da sessão para o qual é trazido a vida quotidiana com as suas normas, vínculos e relações e do qual irá resultar o material a trabalhar. “Neste contexto vivem, nele adoecem e a ele retornam depois de cada sessão” (Rojas-Bermúdez, 1997, p. 35). Gradualmente, este contexto dá lugar ao contexto grupal.
Grupal	É constituído pelo grupo em si, incluindo terapeutas, e as suas interações, normas e regras particulares. Diferente em cada grupo, pelas suas características, atua como fundo de inter-relações, sentimentos, emoções, afetos e situações. É o contexto dentro do qual surge o protagonista ou o tema a protagonizar e funciona como suporte do contexto dramático. Do ponto de vista formal, o contexto grupal corresponde ao grupo sentado à volta do palco (Rojas-Bermúdez, 1997).
Dramático	É onde acontece a dramatização. Jogam-se papéis, interpretam-se papéis, pode fazer-se e desfazer-se cenas, alterar o tempo, inverter papéis, entre outros, num permanente “como se”. Tratando-se de um produto do protagonista, a sua estrutura está repleta de significações que deverão ser tidas em conta durante o processo dramático (Rojas-Bermúdez, 1997).

Tabela 2

Os instrumentos da sessão

Palco	É o lugar onde se realiza a dramatização. Geralmente retangular, um dos lados maiores está em contacto com a parede que faz de fundo. Os outros três lados contactam com o auditório. É o campo de trabalho terapêutico do diretor. Adquire um valor particular por ser um espaço protegido, oferecido ao protagonista para colocar o seu mundo interno e, através dele, procurar e encontrar respostas (Rojas-Bermúdez, 1997).
Protagonista	É o elemento que emerge do grupo e que passa para o palco para dramatizar um tema, frequentemente referente à sua própria vida. Por vezes, o que surge é um tema protagonista. Nestas situações, os protagonistas podem ser vários e interagir entre si (Rojas-Bermúdez, 1997).
Diretor	Corresponde ao terapeuta principal. Inicia e finaliza as sessões, facilita o aquecimento, e escolhe o protagonista (Pio de Abreu, 1992). Durante a dramatização, compete-lhe colocar os meios, implementar as técnicas e a estratégia terapêutica adequada para que o protagonista dramatize o tema que trouxe, de modo a poder encontrar a resposta ao seu problema. Compete-lhe também observar o que ocorre em cada elemento do grupo (Rojas-Bermúdez, 1997).
Ego-auxiliar	Estabelece a ligação entre diretor e protagonista e tem como função representar papéis complementares aos do protagonista e aplicar técnicas psicodramáticas por indicação do diretor (Rojas-Bermúdez, 1997). O ego-auxiliar pode ser qualquer elemento do grupo escolhido pelo protagonista, ou um ego-auxiliar profissional que faz parte da equipa terapêutica (Pio de Abreu, 1992).
Auditório	É o conjunto de pessoas que se encontram à volta do palco. É constituído pelos pacientes e pelos egos-auxiliares (Rojas-Bermúdez, 1997). Participam na fase inicial da sessão com as suas partilhas, contribuem para o clima emocional que se cria à volta da dramatização e são chamados a partilhar as suas vivências na fase final.

Tabela 3

Fases da sessão

Aquecimento	É durante a discussão inicial que se criam as tensões das quais emerge a dramatização (Pio Abreu, 1992). Segundo Moreno (citado em Cukier, 2002 ²), o aquecimento deve partir do próprio grupo, não havendo protagonista ou tema pré-estabelecido. Procura-se favorecer a interação grupal, para que a comunicação radial centrada no terapeuta passe a ser uma comunicação do tipo triangular entre os membros, nos seus temas e inter-relações. O grupo homogeneiza-se quando a atenção de todos se centra espontaneamente num tema e num clima emocional que lhes é comum (Rojas-Bermúdez, 1997).
Dramatização	É a segunda fase da sessão. O diretor convida o protagonista a vir ao cenário, procurando que ele reconstitua o contexto da sua vivência, tornando-a visível. As cadeiras são retiradas do cenário, como se abrisse a cortina do palco, e pode operar-se uma mudança de luz de modo a demarcar que, a partir desse momento, estamos em dramatização onde tudo é “como se” e reversível (Pio de Abreu, 1992). Estes elementos ajudam a demarcar a separação entre contexto grupal e contexto dramático. O protagonista exprime-se agora através da ação e não das palavras. No decorrer da dramatização, o diretor pode intervir para novos aquecimentos e fazer uso de variadas técnicas. Assim, aquecimentos específicos e dramatizações podem ser sucessivos no espaço do cenário (Pio de Abreu, 1992).
Partilha	É a última etapa da sessão. Volta-se ao auditório e solicitam-se comentários à dramatização e às vivências surgidas com a cena. A palavra-chave para os comentários é <i>ressonância</i> . A ressonância afetiva e as vivências experimentadas pelo auditório fornecem suporte ao protagonista, para que não se sinta isolado com o seu problema. O protagonista tem oportunidade de ter uma devolução do auditório e não fica apenas com a sua visão pessoal (Rojas-Bermúdez, 1997). De acordo com o modelo da Sociedade Portuguesa de Psicodrama (SPP), esta etapa segue uma ordem específica. Primeiro, o protagonista diz como se sentiu e o que pensa sobre o seu desempenho. Depois, é a vez dos membros do auditório. Aqueles que desempenharam funções de egos auxiliares partilham em terceiro lugar e finalmente os egos da equipa terapêutica. No final, o protagonista pode ainda pronunciar-se sobre a forma como recebeu os comentários. O Diretor fará um comentário síntese, com o qual encerra a sessão (Pio de Abreu, 1992). Pela importância de que se revestem os comentários, alguns psicodramatistas sugerem o uso do conceito “partilha”, para que se centrem mais nas vivências pessoais acerca da dramatização do que nas opiniões e nos juízos de valor sobre o protagonista. Pelo que encontramos tanto o uso do termo comentários (Rojas-Bermúdez, 1997; Pio de Abreu, 1992) como partilha ou <i>sharing</i> (Boria, 2005; Bustos, 1999).

² Rosa Cukier escreveu a obra *Palavras de Jacob Levy Moreno* (2002), um dicionário de definições, conceitos e opiniões morenianas, tendo como base a obra publicada por Moreno.

1.3. As técnicas psicodramáticas

A maioria das técnicas encontradas na literatura, nomeadamente inversão de papéis, solilóquio, duplo, espelho, referem-se à segunda fase da sessão de psicodrama e destinam-se a auxiliar o protagonista na dramatização do conflito que precisa de ver resolvido. Outras, porém, podem ser utilizadas tanto como aquecimento para a dramatização e emergência do protagonista, como para trabalhar uma questão comum a todo o grupo e constituir em si a fase da dramatização. É o caso dos jogos dramáticos e da sociometria.

No que se refere à operacionalização do modelo, e tal como descrito acima, parecem ser as técnicas a componente do modelo que reúne menos consenso. A presente revisão e consequente sistematização de um conjunto de definições consensuais das técnicas mais usadas internacionalmente pretende dar resposta a estas questões, contribuindo para a compreensão da evolução do PM e da forma como tem sido praticado desde o lançamento das suas bases teóricas. Acredita-se poder, assim, impulsionar o desenvolvimento de investigação. Foi este o ponto de partida para a presente revisão sistemática da literatura.

1.4. Objetivos do estudo

Este trabalho tem como principal objetivo rever, de forma sistemática, todas as técnicas consensualmente utilizadas nas várias escolas de PM. Mais especificamente pretende-se:

1. Identificar as técnicas psicodramáticas morenianas existentes na literatura internacional;
2. Identificar e descrever as técnicas que reúnem consenso na comunidade e na prática dos psicodramatistas morenianos.

1.5. Método

1.5.1 Estratégia de busca e fontes

Esta revisão seguiu, sempre que possível, o procedimento sugerido pelo documento “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)” (Liberati et al., 2009). A busca de fontes de literatura ocorreu entre Junho de 2012 e Setembro de 2012. Foram pesquisadas, sistematicamente, as bases de dados Scopus, PsycINFO, PsycARTICLES, B-on, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SciELO e Bibliography of Psychodrama Database³ (<http://www.pdbib.org>). As palavras-chave usadas na pesquisa foram psicodrama, psicoterapia de grupo, psicoterapia experiencial, Moreno, intervenção e técnicas. Na base de dados pdbib, utilizaram-se apenas como palavras-chave os termos intervenção e técnicas, dado que se tratava de uma fonte bibliográfica específica para a área do psicodrama. Adicionalmente, pesquisaram-se os motores de busca da internet (tais como *Google*) e livros/artigos/teses de mestrado e de doutoramento de referência na área do psicodrama. Por fim, peritos nacionais e internacionais em psicodrama (psicólogos e psiquiatras) foram contactados diretamente para identificar estudos/textos/livros relevantes para a revisão. Este contacto foi feito presencialmente e via e-mail.

1.5.2 Critérios de elegibilidade e seleção dos textos

Após a busca sistemática, os textos foram selecionados, mediante a aplicação dos seguintes critérios de inclusão: 1) textos que descrevam ou indiquem técnicas de intervenção psicodramática; 2) disponíveis nas línguas Portuguesa, Francesa, Inglesa e Espanhola. Foram escolhidos estes critérios dado que, em primeiro lugar, o objetivo se prendia com a identificação de todas as técnicas existentes, mesmo que a sua descrição não estivesse totalmente clara (ver secção sobre avaliação da qualidade dos textos selecionados para revisão). Quanto à seleção dos idiomas a pesquisar, escolheram-se apenas aqueles em que a equipa de investigação possuía fluência necessária para a compreensão e revisão. Adotaram-se como critérios de exclusão: 1) informação proveniente de *websites* sem revisão por pares, 2) textos de origem desconhecida (e.g.,

³ Compilada e atualizada por James M. Sacks até 2009, seguido por Michael Wieser. Contribuições por Valerie Greer, Jeanine Gendron e Marie-Therese Bilaniuk.

sem autor, lista de referências ou citações bibliográficas), e 3) textos com referência apenas a técnicas novas ou técnicas aplicadas a populações específicas. Consideraram-se estes critérios de exclusão para garantir que todos os textos selecionados fossem provenientes de fontes seguras, com conteúdos fiáveis do ponto de vista académico e científico e referentes ao modelo original de PM. Por fim, a lista preliminar dos estudos selecionados foi verificada por um perito em psicodrama. Todas as discordâncias foram discutidas até se chegar a um consenso relativamente à lista final de textos a incluir na revisão (ver diagrama na Figura 1).

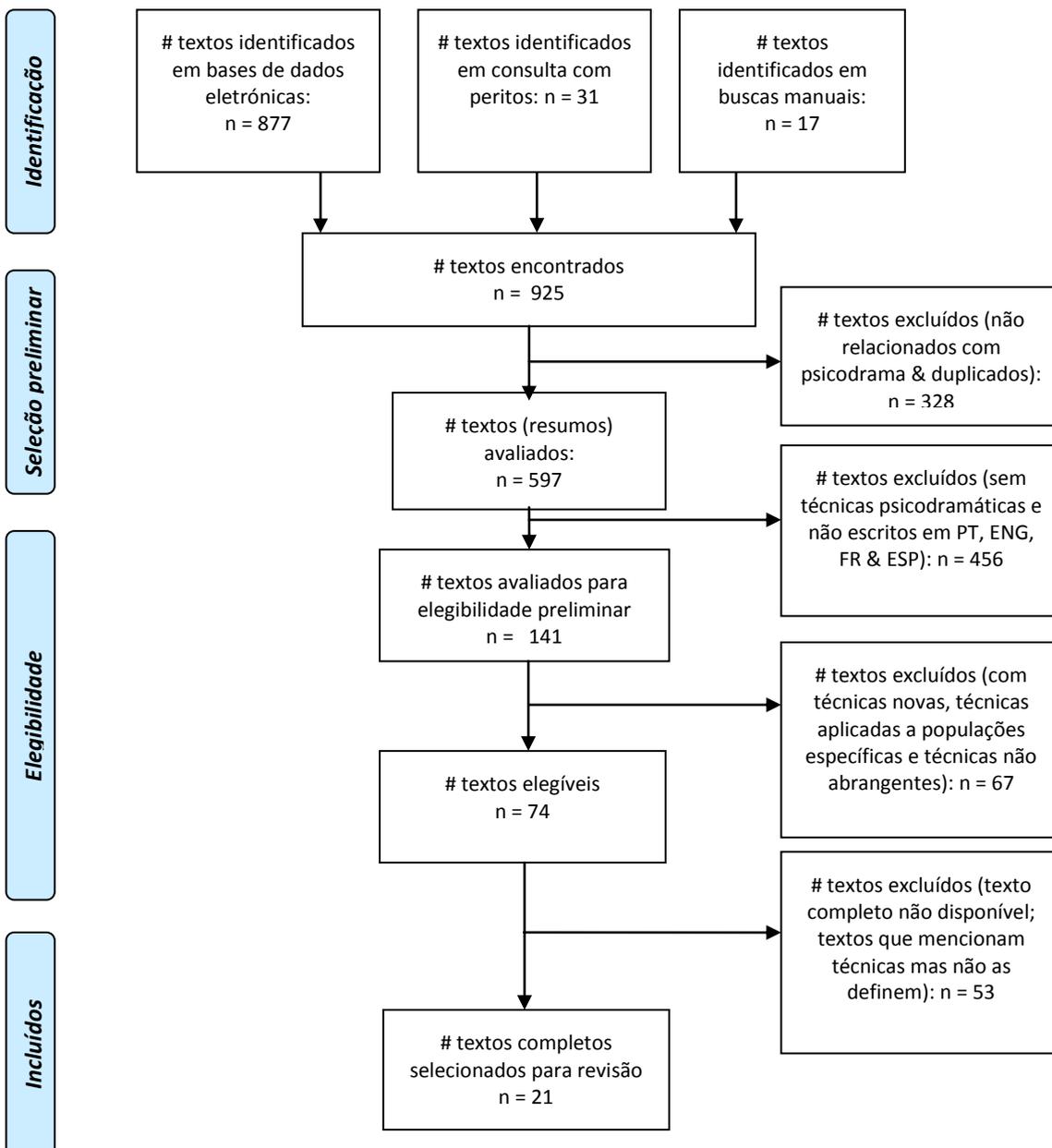


Figura 1. Textos selecionados. Adaptado de: Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(6): e1000097.

A qualidade dos textos foi depois avaliada no que se refere à fidedignidade da sua fonte, tendo em conta o reconhecimento por pares, na comunidade científica e clínica. Foi criado um sistema de avaliação por pontos (ver critérios na Tabela 4) que valorizava as publicações periódicas com revisão por pares (1 ponto), por contraste com as publicações sem revisão por pares (0 pontos). No caso de livros ou literatura cinzenta (e.g., teses), receberiam 1 ponto se escritos por especialistas reconhecidos na área (i.e., ser pioneiro em psicodrama, ser terapeuta didata, pertencer a escolas ou centros de formação) ou psicodramatistas certificados; receberiam 0 pontos, se o autor fosse desconhecido ou cuja formação não fosse acreditada. Todas as fontes foram classificadas de acordo com estes parâmetros e um segundo juiz independente (psicólogo clínico com formação acreditada em psicodrama) classificou uma sub-amostra aleatória de 50% das fontes, resultando uma concordância de 100%.

Tabela 4

Lista de verificação para avaliação da qualidade das fontes e da definição das técnicas

Critério	Condição	Pontuação	
Autoria / Reconhecimento por pares	Publicação periódica revista por pares	1	
	Artigos	Publicação não revista por pares/estatuto desconhecido	0
	Livros ou literatura cinzenta (e.g., teses)	Especialistas reconhecidos na área ou psicodramatistas certificados	1
		Autor desconhecido, a formação desconhecida ou formação não acreditada.	0
Clareza das definições das técnicas encontradas nas várias fontes	Definições absolutamente claras	1	
	Definições incompletas ou pouco claras	0	

1.5.3 Seleção da lista final de técnicas psicodramáticas

Os textos selecionados para a revisão foram analisados com o objetivo de neles se identificarem as técnicas de PM. Da lista total de técnicas encontradas, excluíram-se as técnicas referidas apenas uma vez; técnicas específicas para determinadas patologias; e

técnicas que na verdade diziam respeito a modalidades⁴. A lista encontrada foi discutida com um perito de psicodrama até se encontrar uma lista das técnicas consideradas como nucleares, consensuais e originais face ao modelo do psicodrama proposto por Moreno.

Dada a necessidade de compilar descrições das técnicas provenientes de várias fontes, e sendo muito variável a clareza com que surgiam nos diversos textos, foi avaliada a qualidade da descrição das técnicas em cada fonte (ver Anexo 3). O objetivo consistiu em selecionar as melhores definições existentes na literatura. Assim, cada definição foi avaliada quanto à sua clareza nos domínios de operacionalidade, objetivos e vantagens da técnica (ver Tabela 4). Foi atribuído 1 ponto quando a definição era absolutamente clara e 0 pontos quando considerada incompleta ou pouco clara. Um segundo juiz independente, psicólogo clínico com formação acreditada em psicodrama, avaliou 50% das definições e foi calculada a concordância entre os dois juizes através do Kappa de Cohen, tendo-se obtido os seguintes resultados: inversão de papéis ($k = 0.87$), espelho ($k = 0.63$), interpolação de resistências ($k = 0.70$), treino de papel ($k = 0.68$), jogos dramáticos ($k = 1$) e amplificação ($k = 0.40$)⁵.

Finalmente, a lista de técnicas e respetivas definições foram sujeitas a uma validação por peritos internacionais representantes de várias escolas, em Outubro de 2012, em reunião bi-anual com o Comité de Investigação da FEPTO. Assim sendo, todas as técnicas e definições foram discutidas pelos vinte e dois membros presentes na reunião, representantes de onze países⁶, até se atingir consenso sobre a sua exaustividade e definição operacional.

1.6. Resultados

Foram encontrados 925 textos na busca sistemática, tendo-se excluído 904 em várias fases do processo de filtragem. Os motivos da exclusão são descritos no diagrama da Figura 1. Resultaram desta busca, 21 textos a serem incluídos na revisão, dos quais quinze livros e seis artigos.

⁴ De que é exemplo o ‘Teatro de Improvisação’, uma modalidade de teatro fundada por Moreno em 1921.

⁵ Apesar de ser considerado estatisticamente baixo, este valor de $k = 0.40$ foi considerado aceitável para este estudo dado que resulta da concordância entre 3 *ratings* apenas, i.e., de um caso em que os juizes apenas tiveram de avaliar a qualidade de apenas 3 definições, sendo que, neste caso, a discordância entre apenas um valor (como se verificou na prática) foi suficiente para baixar o valor 1 para 0.4.

⁶ Alemanha, Áustria, Bulgária, Finlândia, Hungria, Israel, Itália, Portugal, Reino Unido, Sérvia e Suíça.

1.6.1 Avaliação de qualidade das fontes

No que respeita à qualidade das fontes, todos os livros receberam pontuação 1, uma vez terem sido escritos por especialistas certificados e reconhecidos na área do psicodrama (Blatner, 1996; Blatner & Blatner, 1988; Bustos, 1999; Cukier, 2002; Fox, 2002; Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Holmes, 1992; Kellerman, 1994; López, 2005; Monteiro, 1998a; Moreno, 1997; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997; Rojas Bermúdez et al., 2012; Soeiro, 1995). Dos seis artigos, apenas um se considerou proveniente de uma publicação não revista por pares (Treadwell, Kumar, Stein, & Prosnick, 1998), pelo que recebeu pontuação 0. Os restantes cinco receberam pontuação 1 (Blatner, 1997; Boies, 1972; Hug, 1997; Kipper & Ritchie, 2003; Moreno, 1999). Ou seja, eliminou-se um artigo, pelo que vinte textos foram revistos para posterior avaliação da qualidade das definições. No Anexo 1, apresenta-se esta classificação da qualidade das fontes em detalhe.

1.6.2 Técnicas consensuais do PM

Nos vinte textos revistos, identificaram-se 56 técnicas. Excluíram-se 23 técnicas referidas apenas uma vez (roda viva; galeria de espelhos; situações/cenas intermediárias; objetivadores terapêuticos e técnicas de comunicação estética parecem ser da autoria de Rojas-Bermúdez; autodrama; replay; monodrama; apartes; ego múltiplo; cena do berço; negociação estruturada; irromper; espectograma; aproximação não verbal; segredos compartilhados; fantasia dirigida; coro e exagero são referidas por Blatner e muitas delas parecem ser de sua autoria e/ou adaptações de técnicas originais de Moreno; papel substituto; projeção e distância simbólica são referidas apenas por Fox e, muito embora sejam originais de Moreno, optámos pela sua exclusão tendo em conta não serem referidas por outros autores; fechamento apenas referida por Holmes); uma técnica por ser específica da intervenção com psicóticos (mundo auxiliar); duas técnicas por dizerem respeito a modalidades (teatro da improvisação e jornal vivo).

Consideraram-se elegíveis 30 técnicas referidas mais do que uma vez (inversão de papéis; solilóquio; espelho; duplo; estátua/imagem; interpolação de resistências; átomo social; objetos intermediários e intraintermediários; jogos dramáticos; sociometria;

treino de papel/*role-playing*; realização ou representação simbólica; amplificação; concretização; cadeira vazia; realidade suplementar; auto-apresentação; atrás das costas; bonecos e máscaras; psicodança; técnicas corporais; psicomúsica; hipnodrama; loja mágica; onirodrama; técnica de improvisação espontânea; videopsicodrama; projeção para o futuro; realidade suplementar e o teste de espontaneidade) (ver Anexo 2).

Desta lista de 30 técnicas, 12 foram consideradas consensuais e originais do modelo do psicodrama proposto por Moreno e apresentadas a discussão, na FEPTO-RC. A Tabela 5 compara os resultados desta discussão.

Tabela 5

Lista de técnicas validadas pela FEPTO-RC

	Lista inicialmente proposta	Lista final encontrada na FEPTO-RC
Técnicas principais	Inversão de papéis	Inversão de papéis
	Solilóquio	Solilóquio
	Espelho	Espelho
	Duplo	Duplo
	Interpolação de resistências	
Técnicas secundárias	Escultura	Interpolação de resistências
	Átomo Social	Escultura
	Objetos Intermediários	Átomo social
	Jogos dramáticos	Objetos intermediários
	Sociometria	Jogos dramáticos
	<i>Role-play</i>	Sociometria
	Representação simbólica	Treino de papel
Outras Técnicas		Representação simbólica
		Amplificação
		Concretização
		Cadeira vazia

Algumas alterações foram efetuadas à proposta inicial, decorrentes da avaliação com os peritos da FEPTO-RC. Estas alterações, às quais nos referimos em seguida, deveram-se ao encontro consensual das diferenças entre as várias escolas.

- Apresentou-se *interpolação de resistências* como uma das técnicas principais do psicodrama. Muitas das escolas representadas desconheciam esta técnica, pelo

que, após ser discutida em ação e validada, entendeu-se classificar como secundária. Mais à frente, serão avançadas hipóteses para esta divergência inicial;

- A técnica *representação simbólica*, com proposta enquanto técnica secundária, não apresentou unanimidade, tendo em conta que muitas das escolas raramente a utilizam e não foi atingido acordo na sua descrição teórica. Utilizada invariavelmente pela escola da SPP para situações reais de difícil representação em palco, de que é exemplo a relação sexual, foi considerada por alguns peritos como um princípio psicodramático e não como técnica. Optou-se por abrir nova categoria para ‘outras técnicas’, onde esta foi incluída;
- A técnica apresentada como *role-play* levantou questões teóricas descritas à frente durante a discussão, sendo decidido alteração do nome para treino de papel;
- À categoria ‘outras técnicas’ foram acrescentadas as técnicas *amplificação*, *concretização*, *representação simbólica* e *cadeira vazia*.

1.6.3 Avaliação de qualidade das descrições das técnicas

Com base na qualidade das descrições, cujo resultado se apresenta no Anexo 4, decidiu-se utilizar as seguintes referências avaliadas com 1 ponto para cada uma das seguintes técnicas:

- Sete textos elegíveis para a *inversão de papéis* (Blatner & Blatner, 1988; Cukier, 2002; Holmes, 1992; Kellerman, 1994; López, 2005; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997);
- Quatro textos para *solilóquio* (Cukier, 2002; Santos, 1998; Rojas-Bermúdez, 1997; Pio de Abreu, 1992);
- Seis textos para *espelho* (Cukier, 2002; Gonçalves, 1998; Gonçalves Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; López, 2005; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997);

- Oito textos para *duplo* (Blatner, 1996; Cukier, 2002; Gonçalves, 1998; Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Holmes, 1992; López, 2005, Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997);
- Cinco textos para *estátua* (López, 2005; Hug, 1997; Pio de Abreu, 1992; Moyano, 2012; Rojas-Bermúdez, 1997; Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012);
- Cinco textos para *interpolação de resistências* (Calvente, 1998; Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; López, 2005; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997);
- Três textos para *átomo social* (Cukier, 2002; Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Pio de Abreu, 1992);
- Dois textos para *objetos intermediários* (Rojas-Bermúdez, 1997, 2012)
- Três textos para *jogos dramáticos* (Monteiro, 1998b; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997);
- Três textos para *sociometria* (Blatner & Blatner, 1988; Fox, 2002; Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988);
- Sete textos para *treino de papel* (Blatner & Blatner, 1988; Boies, 1972; Cukier, 2002; Kaufman, 1998; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997; Soeiro, 1995).

1.7. Discussão integrada das definições por técnica

O principal objetivo deste estudo consistiu na compreensão e clarificação do modelo de psicodrama original de Moreno, identificação e definição das técnicas consensuais e mais usadas pela comunidade clínica. Para descrição e discussão das técnicas, seguimos a lógica utilizada na avaliação da qualidade das definições encontradas, pelo que nos iremos referir aos objetivos, vantagens e operacionalidade de cada uma delas. Esta discussão parte das diferentes definições encontradas nos autores revistos, consideradas com qualidade. Procurou-se esclarecer todas as incongruências, e intentar um lugar comum que vá ao encontro da teoria original.

1.7.1. Inversão de Papéis

A inversão de papéis revelou ser a técnica mais referida na literatura (15 em 20 das referências bibliográficas reunidas), talvez por se tratar de uma instrumentalização do conceito moreniano do encontro e também um dos fundamentos da sua teoria (Rojas-Bermúdez, 1997):

*Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face.
E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos
E colocá-los-ei no lugar dos meus;
E arrancarei meus olhos
Para coloca-los no lugar dos teus;
Então ver-te-ei com os teus olhos
E tu ver-me-ás com os meus.*

(Moreno, 1997, p.9)

1.7.1.1 Objetivos

Com a técnica de inversão de papel, pretende-se (a) vincular A ao inconsciente de B e B ao inconsciente de A (Moreno, citado em Cukier, 2002), obrigando o protagonista a colocar-se, em termos psicológicos, no lugar da pessoa com quem interage (Pio de Abreu, 1992), a fim de obter uma percepção ajustada da individualidade do complementar (López, 2005); (b) proporcionar identificação e empatia com o ponto de

vista do outro (Blatner & Blatner, 1988; Holmes, 1992; Kellerman, 1994), assim como a possibilidade de perceber a visão do outro sobre si mesmo (Kellerman, 1994), e sobre o mundo (Holmes, 1992); e (c) caracterizar os personagens para que o ego auxiliar aprenda o papel (componente verbal e não-verbal) que lhe foi destinado, aquecendo-o para a dramatização para que a cena representada seja o mais próximo possível da experiência do protagonista (Blatner & Blatner, 1988; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997).

Também pode ser usada como forma de desenvolver autocontrole no protagonista, perante uma situação de sentimentos intensos e violentos para com o outro, ao colocá-lo num papel alternativo (Holmes, 1992).

1.7.1.2 Vantagens

Permite (a) a aproximação do outro, a superação de resistências internas e interpessoais, e conseqüentemente, a compreensão (Moreno citado em Cukier, 2002; Pio de Abreu, 1992); (b) transcender os limites habituais da egocentricidade (Blatner, & Blatner, 1988) e facilitar a objetivação do vínculo: o protagonista, primeiro no seu papel e logo em seguida no papel complementar, revela os dois aspetos do vínculo a desenvolver (López, 2005; Rojas-Bermúdez, 1997). Esta externalização e concretização das representações interiores facilitam a aprendizagem experiencial, um processo que é fundamentalmente não-verbal e físico (Kellerman, 1994).

Permite, igualmente, que os outros elementos do grupo obtenham um quadro mais completo da visão do protagonista em relação a pessoas importantes da sua vida, através da experimentação do papel desses indivíduos (Holmes, 1992).

1.7.1.3 Operacionalidade

À palavra do diretor ('troca' ou 'inverte'), protagonista e ego-auxiliar (ou dois protagonistas) invertem de papel, passando cada um a interpretar o papel do outro (Blatner & Blatner, 1988; Holmes, 1992; López, 2005; Moreno, citado em Cukier, 2002; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997). O ego-auxiliar repete as últimas palavras do protagonista que, por sua vez, continua a ação como se fosse o personagem

que o ego representava. Na inversão seguinte, repete-se este protocolo (Pio de Abreu, 1992). Cada um deve assumir a atitude física do seu complementar: postura corporal, forma de falar e comportamento externo (Kellerman, 1994; López, 2005). Tecnicamente, cada um deve terminar no seu papel inicial (Rojas-Bermúdez, 1997).

Muito embora seja comumente utilizada com protagonista e ego auxiliar, alguns autores defendem que uma inversão de papel, para ser total, apenas ocorre na presença das duas pessoas da relação, sendo que quando apenas uma está presente estaríamos perante uma representação de um papel (Gonçalves, 1998). Na escola da SPP, a presença das duas pessoas na relação apenas é utilizada em sociodrama.

Relativamente a esta questão, Moreno (Cukier, 2002) afirma “Na inversão de papéis correta estão presentes dois indivíduos A e B: A assume o papel de B, e B, o papel de A. A é o verdadeiro A e B, o verdadeiro B (...)” (p. 303); contudo, refere-se aos egos-auxiliares na inversão de papéis variadas vezes (Cukier, 2002), deixando espaço para que esta técnica seja utilizada de ambas as formas. Assume-se, então, como inversão de papel, qualquer dramatização em que o protagonista inverte com o outro, seja um ego-auxiliar ou outro protagonista.

1.7.2 Solilóquio

O solilóquio é descrito aproximadamente, em metade dos textos revistos (10 em 20) e apresenta-se como uma das técnicas em que há maior concordância em termos da sua operacionalidade. Trazida diretamente do teatro clássico, onde tinha fins artísticos (Moreno, 1997; Santos, 1998) foi uma das técnicas desenvolvidas no Psicodrama como forma de revelar níveis mais profundos do protagonista.

1.7.2.1 Objetivos

Para Moreno (1997) “o seu propósito é a catarse” (p. 245), o “seu fim é o conhecimento de si mesmo” (Moreno, citado em Cukier, 2002, p. 307). Pretende-se a exteriorização, por parte do protagonista, de sentimentos e pensamentos ocultos (Moreno, citado em Cukier, 2002; Rojas-Bermúdez, 1997), ou seja, “revelar níveis mais profundos do seu mundo interpessoal” (Moreno, citado em Cukier, 2002, p. 306).

Utiliza-se para demarcar a distância entre o sentimento do protagonista e o seu comportamento, quando este não se ajusta ao emocional (Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997).

1.7.2.2 Vantagens

“Permite corrigir eventuais deturpações da cena, sendo preciosa para a adequação dos egos auxiliares e orientação do diretor (...) Se a dramatização finalizar desta forma, pode-se obter o ‘insight’ do protagonista” (Pio de Abreu, 1992, p.30). O protagonista tem a oportunidade de mudar e integrar na ação, o que expressou no solilóquio (Rojas-Bermúdez, 1997).

1.7.2.3 Operacionalidade

Quando o protagonista detém a sua ação ou fica ambivalente, pedimos o solilóquio (Rojas-Bermúdez, 1997). Por iniciativa própria ou a pedido do diretor, o protagonista ‘pensa alto’, fora do diálogo da dramatização, expressando o que pensa e sente nesse momento (Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997; Santos, 1998). A ação fica suspensa e, para que não restem dúvidas desta suspensão, pode-se combinar que o protagonista ponha as mãos na testa ou baixe a cabeça, para verbalizar o que realmente estava a pensar enquanto a cena decorria (Pio de Abreu, 1992). O interlocutor na cena não responde diretamente ao solilóquio feito pelo protagonista. Habitualmente, esta nova informação trazida à luz provoca alteração no clima emocional, no vínculo, e na forma de desempenhar os papéis (Rojas-Bermúdez, 1997).

O solilóquio pode também ser feito à medida que o protagonista vai caminhando pelo palco (Santos, 1998).

Uma outra técnica é diversas vezes apresentada na literatura, como sendo uma variação do solilóquio. Quando os autores se referem a um duplo que caminha atrás do protagonista e vai expressando um discurso como se do protagonista se tratasse (Blatner & Blatner, 1988; Santos, 1998), falamos de um solilóquio do duplo (Moreno, 1997), e que deve ser distinguido do solilóquio do protagonista.

1.7.3 Espelho

À semelhança da técnica anterior, a sua descrição foi encontrada em aproximadamente metade dos textos revistos (11 em 20), e, embora possa ser aplicada de várias formas, não apresenta discordâncias significativas quanto à sua definição.

Consiste, tal como Moreno a concebia, em transformar o protagonista num espectador de si mesmo “um observador, ele olha para o espelho psicológico e vê a si mesmo” (Moreno, citado em Cukier, 2002, p. 298).

1.7.3.1 Objetivos

A finalidade é favorecer a tomada de consciência do protagonista por meio de uma representação, o mais objetiva possível, do seu comportamento em diferentes situações (López, 2005).

É utilizada quando o protagonista não se apercebe do seu comportamento, e a imagem que transmite aos outros difere substancialmente da imagem que possui de si próprio (imagem interna e imagem externa) (Rojas-Bermúdez, 1997; Pio de Abreu, 1992). São comportamentos que não estão adequadamente integrados num papel, mas que se impõem em determinadas situações, sem que o protagonista tenha consciência deles (Rojas-Bermúdez, 1997).

1.7.3.2 Vantagens

Proporciona a auto-perceção (Gonçalves, 1998) e insight (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988) e permite ao protagonista a autocorreção do seu comportamento, com resultados imediatos. É muito eficaz nas personalidades histriónicas (Pio de Abreu, 1992).

Quando utilizada a variante de espelho tecnológico (através de registos como fotografia, vídeo e gravações áudio), torna-se irrefutável, e facilita a aceitação por parte do protagonista (Rojas-Bermúdez, 1997).

1.7.3.3 Operacionalização

A técnica do espelho 'retrata' a imagem corporal e o inconsciente do protagonista através de um ego-auxiliar e a uma distância tal que este se possa ver a si mesmo (Gonçalves et al., 1988; López, 2005; Moreno, citado em Cukier, 2002).

Pode ser aplicada de várias formas:

- Em plena dramatização, o ego auxiliar imita o protagonista, colocando-se de frente para ele, dizendo e fazendo o que ele faz (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; López, 2005; Rojas-Bermúdez, 1997);
- Uma vez finalizada a dramatização, o ego-auxiliar reproduz o que o protagonista dramatizou enquanto este observa, já do auditório (Gonçalves, 1998; Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; López, 2005; Moreno, citado em Cukier, 2002; Rojas-Bermúdez, 1997);
- Pode recorrer-se igualmente ao "espelho tecnológico": registos diversos como fotografia, cinema, vídeo e gravações áudio (Rojas-Bermúdez, 1997);
- Após um tempo de observação, que não deve ser excessivo, o protagonista volta para seu lugar na cena e a dramatização prossegue (Gonçalves, 1998).

Ao poder ser incómoda e provocatória para o protagonista, deve ser utilizada com precaução e, quase exclusivamente, por um ego-auxiliar profissional, de forma a diminuir o risco do protagonista se sentir ridicularizado (Pio de Abreu, 1992, Rojas-Bermúdez, 1997).

1.7.4 Duplo

Referida em 14 das 20 referências bibliográficas, esta técnica é considerada por Moreno (citado em Cukier, 2002), “tão antiga quanto a civilização. Encontramo-la nas grandes religiões. Pensei, frequentemente, que Deus nos deve ter criado duas vezes, uma para nós, para vivermos neste mundo, e outra para ele mesmo” (p. 310).

Ainda segundo o autor, através da técnica do duplo, duas pessoas, A e B, transformam-se numa só. B age como duplo de A e é aceite como tal. A eficácia desta técnica está assim dependente da capacidade télica⁷ do ego auxiliar, entrar no papel do protagonista e representar as suas ações, sentimentos, pensamentos e expressão corporal.

1.7.4.1 Objetivos

Esta técnica é utilizada para (a) auxiliar o protagonista na expressão de pensamentos e sentimentos que por alguma razão não percebe ou evita expressar, seja verbal, ou corporalmente (Blatner & Blatner, 1988; Gonçalves, 1998; Holmes, 1992; López, 2005; Rojas-Bermúdez, 1997); (b) apoiar o protagonista para que entre na dramatização de forma mais plena e profunda (Blatner & Blatner, 1988); (c) testar a interpretação do diretor, das mensagens implícitas do protagonista, por meio de um ego auxiliar (Gonçalves, 1998; Pio de Abreu, 1992); e (d) ser um veículo para dar sugestões e interpretações mais eficazes ao protagonista (Blatner & Blatner, 1988).

1.7.4.2 Vantagens

Ao identificar-se com o duplo, o protagonista poderá obter *insight* (Gonçalves et al., 1988). O duplo pode constituir um bom aquecimento para o ego-auxiliar (Gonçalves, 1998).

1.7.4.3 Operacionalização

⁷ Tele “é empatia recíproca (...) pode, assim, ser considerado como fundamento de todas as relações interpessoais sadias e elemento essencial de todo método eficaz de psicoterapia. Repousa no sentimento e conhecimento da situação *real* das outras pessoas” (Moreno, citado em Cukier, 2002, p. 317).

Enquanto o protagonista representa o seu próprio papel, o ego auxiliar coloca-se ao lado ou por detrás dele, adota a sua expressão corporal e emocional, e lentamente vai adicionando as emoções, receios, motivações ou intenções escondidas não explícitos pelo protagonista e que são significativos relativamente à situação que está a decorrer (Bermúdez, 1997; Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Holmes, 1992; López, 2005; Pio de Abreu, 1992). Trata-se pois de um procedimento que exige muita flexibilidade corporal e sensibilidade télica por parte do terapeuta e ego-auxiliar (Gonçalves, 1998).

O diretor apresenta o duplo ao protagonista da seguinte forma: “Considere esta pessoa o seu duplo, o seu eu invisível, o seu alter ego com quem por vezes pode conversar, mas que só existe dentro de si mesmo. Ele poderá dizer coisas que está a sentir mas que está hesitante em expressar. Caso se identifique, repita a afirmação” (Blatner & Blatner, 1988, p. 30).

Podem fazer-se duplos sucessivos ou simultâneos. Isto é útil quando se pretende conhecer a opinião dos membros do grupo em relação, por exemplo, a uma cena dramatizada (Rojas-Bermúdez, 1997). Cada elemento do auditório deverá, à vez, colocar a mão no ombro do protagonista e enquanto duplo, dirá o que sente a partir do papel do protagonista. Esta forma de aplicar o duplo permite minimizar o impacto negativo de se sentir imitado (Rojas-Bermúdez, 1997; Gonçalves, 1998).

Quando o protagonista se revê no ego-auxiliar e pode por si mesmo expressar todos os conteúdos implicados na situação, o duplo cumpriu o seu objetivo e o ego-auxiliar pode retirar-se de cena (Blatner & Blatner, 1988; Holmes, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997). Caso o protagonista não se reveja, o ego-auxiliar deverá retirar as afirmações aprendendo mais sobre aquele (Blatner & Blatner, 1988; Gonçalves, 1998; Holmes, 1992). Geralmente o duplo não intervém diretamente no diálogo e os demais atores não lhe respondem (Rojas-Bermúdez, 1997).

Duas pequenas variações da técnica foram encontradas: (a) somente o protagonista pode responder ao que diz o duplo. Caso se pretenda que os egos-auxiliares em cena, respondam à afirmação do duplo, o protagonista deve primeiro repeti-la; ou

(b) o duplo fala em voz alta para que todos possam ouvir. Caso o protagonista não contrarie, considera-se uma expressão aberta de sentimentos, do protagonista (Blatner & Blatner, 1988).

De acordo com a escola da SPP e na definição de Pio de Abreu (1992) a forma mais comum de duplo, ou desdobramento do eu, é através da colocação de um ego auxiliar ao lado ou por detrás do protagonista, sussurrando o seu discurso implícito. Esta definição aproxima-se mais daquilo a que Moreno denominou como técnica do ‘solilóquio do duplo’, ou seja, o duplo coloca-se atrás do paciente e inicia um solilóquio conduzindo o protagonista a participar e talvez a admitir razões ocultas e discurso interno (Cukier, 2002).

1.7.5 Interpolação de Resistências

Encontrada apenas em um terço das referências bibliográficas, e pouco conhecida entre os elementos do RC da FEPTO, tem vindo a ser encarada, mais como um conceito, do que como uma técnica.

Calvente (1998) é um dos autores que defende que ‘interpolação de resistências’ é um conceito moreniano e não uma técnica. Com base nisso, justifica a dificuldade em encontrá-la descrita na literatura. Para ele, interpolação seriam os recursos interpostos em determinadas patologias para melhor adequação à realidade. Contudo, ao afirmar que utiliza a interpolação, introduzindo mudanças às características do contrapapel para resolver as resistências ligadas ao papel e, mudando as cenas para resolver as resistências ligadas à dramatização, vai ao encontro da definição de interpolação de resistências enquanto técnica, tal como descrita por alguns autores.

No vocabulário de conceitos morenianos de Cukier (2002), que constitui uma compilação de citações de Moreno, sobre a interpolação de resistências podemos ler: “A terapia de resistência ou através de técnica de interpolação de resistência, que nós descrevemos aqui não se aplica apenas às resistências internas do paciente” (p.157), vendo assim aplicado o termo “técnica” ao conceito. Já no livro *Psicodrama*, de Moreno (1997), encontramos para a mesma citação, o termo “medida”: “A resistência que descrevemos aqui não é a interna do paciente. Ela está entre o paciente e o parceiro ou

parceiros, é uma resistência interpessoal. Portanto, no caso de Robert, uma medida terapêutica foi a interpolação de resistências” (p. 271). Chamamos a atenção que ambas as referências são traduções das obras do autor e provavelmente a esse facto poderá se dever esta incongruência. De qualquer modo, não nos restam dúvidas em afirmar que nas descrições de Moreno se encontra uma operacionalização do conceito, pelo que assim se sustenta a interpolação de resistências enquanto técnica.

1.7.5.1 Objetivos

A interpolação de resistências tem, como objetivo, (a) colocar à prova, a capacidade do protagonista, para fazer frente a uma situação (López, 2005); (b) corroborar uma hipótese diagnóstica. Caso não se obtenham resultados, a hipótese deve ser abandonada (López, 2005).

1.7.5.2 Vantagens

O protagonista tem a oportunidade de perceber os seus recursos internos, os seus padrões de comportamento e de vinculação, de forma mais natural (Pio de Abreu, 1992, Rojas-Bermúdez, 1997).

Ao ser utilizada de forma imprevista para o protagonista, testa a espontaneidade da sua resposta e providencia uma oportunidade de treino da sua flexibilidade e de descoberta de novas saídas numa situação que lhe é desfavorável (Pio de Abreu, 1992).

1.7.5.3 Operacionalização

Consiste na modificação, por parte do diretor, da cena apresentada pelo protagonista. Este apresenta a sua cena segundo o seu ponto de vista, com um argumento prévio e com determinadas expectativas sobre o seu desfecho. O diretor modifica as características do contexto dramático e/ou os papéis complementares através de indicações ao ego-auxiliar: fatores imprevistos para o protagonista que o levam a atuar tal como é, espontaneamente, revelando formas de comportamento e personalidade (López, 2005, Pio de Abreu, 1992, Rojas-Bermúdez, 1997). “Um personagem autoritário pode tornar-se humilde e submisso, um indivíduo atento pode

tornar-se surdo ou distraído, um familiar dócil pode tornar-se irascível” (Pio de Abreu, 1992, p. 31).

1.7.6 Átomo Social

O átomo social, referido em 10 das fontes revistas, é descrito por Moreno (1997) como “o núcleo de todos os indivíduos com quem uma pessoa está relacionada emocionalmente ou que, ao mesmo tempo, estão relacionados com ela. É o núcleo mínimo de um padrão interpessoal emocionalmente acentuado no universo social. O átomo social alcança tão longe quanto a própria tele chega a outras pessoas. Portanto, também se lhe chama o alcance tele de um indivíduo. Tem uma importante função operacional na formação de uma sociedade” (p. 239).

Diferentes autores vão ao encontro desta definição. Nomeadamente, Fox (2002) e Gonçalves, Wolff e Castello de Almeida (1988) referem-se ao átomo social enquanto o núcleo de relações interpessoais em torno de cada pessoa, que se desenvolve a partir do nascimento.

Muito embora teoricamente o conceito de átomo social não pareça levantar dúvidas, no que se refere à sua operacionalização, o próprio Moreno (citado em Cukier, 2002) poderá induzir o leitor em alguma analogia com o sociograma e o teste sociométrico, já que nos fala de escolhas e rejeições: “definição operacional - devemos localizar todas as pessoas que determinado individuo escolheu e todos que o escolheram, todos a quem ele rejeitou e todos aqueles que o rejeitaram, bem como todos os que não retornaram nem as escolhas nem as rejeições deste individuo. É esta a matéria-prima do átomo social de determinada pessoa” (p. 35).

Olhando para a definição de teste sociométrico por Moreno (citado em Cukier, 2002), podemos ver igualmente a referência aos critérios de escolha e rejeição: “O teste sociométrico é o instrumento que examina estruturas sociais através da medição das correntes de atração e repulsa que existem entre os indivíduos em um grupo. Na área das relações interpessoais usamos, geralmente, designações mais restritas, como ‘escolha’ e ‘rejeição’. Os termos mais abrangentes, como atração e repulsa, vão além do grupo humano e indicam que existem configurações sociais análogas em grupos não-

humanos” (p. 337). Contudo, parece ficar claro que o primeiro se refere à “menor unidade da matriz sociométrica” (p. 276) e o segundo, enquanto método de estudo da sociometria, diz respeito à “estrutura psicológica real da sociedade humana” (p. 276). Portanto, o primeiro dirige-se ao indivíduo e está contido no segundo, que se dirige à sociedade.

1.7.6.1 Objetivos

Técnica de apresentação do protagonista através da qual apresenta as pessoas afetivamente significativas da sua vida (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988, Pio de Abreu, 1992), é frequentemente utilizada nas entrevistas iniciais e diagnósticos (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988).

1.7.6.2 Vantagens

O átomo social fornece uma visão geral da estrutura de relações do protagonista, revelando conflitos com pessoas significativas e fornecendo temas para a dramatização.

A inversão de papéis com as pessoas mais significativas revela interações habituais e a compreensão que o protagonista tem relativamente às mesmas (Pio de Abreu, 1992).

1.7.6.3 Operacionalização

Os elementos familiares e pessoas significativas são dispostos no cenário, representados por egos auxiliares, eventualmente por objetos. As distâncias, as posições e as posturas são elementos importantes. O protagonista faz inversões de papel com cada uma das pessoas representadas (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Pio de Abreu, 1992).

Gostaríamos, por último, de nos referir à definição proposta por Blatner e Blatner (1988) de *action sociogram*, pela sua proximidade ao átomo social, e muito embora os próprios autores façam uma analogia com a técnica da escultura familiar, tal como no átomo social, o protagonista reproduz a sua perspectiva sobre o seu relacionamento com

a família, colegas de trabalho, no grupo, ou em qualquer outra situação, como se fosse uma escultura. As distâncias (perto ou longe) são concretizadas no palco e os sentimentos são representados por expressões faciais, gestos e posturas corporais.

1.7.7 Jogos Dramáticos

Os jogos dramáticos são referidos em aproximadamente um quarto das referências revistas. Em algum momento, o próprio Moreno atribuiu ao jogo a origem do Psicodrama. Nas suas próprias palavras, “A brincadeira sempre existiu, é mais velha que a humanidade, acompanhou a vida do organismo vivo como uma manifestação de exuberância, nível precursor de seu crescimento e desenvolvimento. (...) Mas uma nova visão do jogo surgiu, quando começamos a brincar com crianças nas ruas e nos jardins de Viena, nos anos que precederam a explosão da Primeira Guerra Mundial: o brinquedo como princípio de autotratamento e terapia de grupo como forma de vivência original. Assim, o jogo não é mais visto como um epifenómeno, acompanhando e apoiando metas biológicas, mas como um fenómeno *sui generis*, um fator positivo ligado à espontaneidade e criatividade” (Cukier, 2002, p. 161).

Parece óbvio que a expressão jogos dramáticos se deva ao facto de que, no Psicodrama, estes decorrem no contexto dramático (Monteiro, 1998b).

1.7.7.1 Objetivos

O objetivo dos jogos dramáticos é o de proporcionar uma oportunidade de expressar livremente o mundo interno e externalizar uma fantasia através da representação de um papel, ou atividade corporal (Monteiro, 1998b):

- Na fase de aquecimento, têm por objetivo levantar material terapêutico de forma a fazer surgir o tema da sessão e/ou o protagonista (Monteiro, 1998b; Pio de Abreu, 1992; Soeiro, 1995);
- Enriquecer os papéis já desenvolvidos de cada indivíduo de forma criativa (Rojas-Bermúdez, 1997).

- Fazer surgir espontaneamente revelação de papéis ainda não exibidos pelo protagonista (Pio de Abreu, 1992);
- Para aumentar a coesão do grupo, reforçar a confiança dos elementos entre si, criar um clima de descontração, resolver tensões intragrupais e mudar as atenções de um grupo que se mantém constantemente à volta de temas já esgotados (Pio de Abreu, 1992).

1.7.7.2 Vantagens

Após um jogo, o grupo mostra-se sempre mais participativo e criativo, permitindo frequentemente um salto qualitativo no processo terapêutico (Pio de Abreu, 1992). De acordo com Soeiro (1995), estreita os laços entre os elementos do grupo.

Apesar de serem atividades lúdicas, refletem aspetos pessoais que podem ajudar o diretor a passar do jogo à realidade (Rojas-Bermúdez, 1997).

1.7.7.3 Operacionalização

O jogo deve percorrer as mesmas etapas da sessão de psicodrama: aquecimento, dramatização e comentários (Monteiro, 1998b).

Existe uma grande variedade de jogos que oscila entre improvisação e o jogo de personagens até à criação coletiva (Rojas-Bermúdez, 1997).

1.7.8 Sociometria

Referida em 8 das 20 referências bibliográficas encontradas, um dos desafios apresentados pela sociometria prende-se com a sua diversidade conceptual, que advém provavelmente da importância e abrangência que tem vindo a assumir ao longo do tempo. Tem sido considerada desde ciência que pretende determinar objetivamente a estrutura básica das sociedades humanas (Fox, 2002), a método usado para medir os relacionamentos interpessoais (Blatner & Blatner, 1988) e a técnica, cujo objetivo

consiste em ajudar os elementos de um grupo a darem *feedback* mútuo, sobre vários temas (Blatner, 1997).

Moreno (citado em Cukier, 2002) concebe-a enquanto ciência dentro da qual são utilizados “métodos sociométricos, principalmente o teste sociométrico e o teste sociométrico de percepção” (p. 278).

Como tal, e seguindo o pensamento de Moreno, no que respeita à sua operacionalização enquanto técnica, referir-nos-emos sempre às várias formas de operacionalização da sociometria, sejam elas o teste sociométrico, a ação sociométrica ou os jogos sociométricos.

1.7.8.1 Objetivos

A sociometria é usada para medir os relacionamentos interpessoais (Blatner & Blatner, 1988; Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988) relativamente aos critérios de interesse para o investigador e como aquecimento para as interações grupais (Blatner & Blatner, 1988).

1.7.8.2 Vantagens

Traz à luz as pessoas mais escolhidas e as mais isoladas, tornando visível o padrão do universo social (Blatner & Blatner, 1988; Fox, 2002). As diversas posições podem constituir o tema para a dramatização (Blatner & Blatner, 1988).

1.7.8.3 Operacionalização

Os dados sociométricos podem ser obtidos por escrito: cada elemento regista a sua escolha de outros membros do grupo de acordo com os critérios apresentados pelo diretor. As escolhas são todas colocadas num diagrama ou tabela e, em seguida, os resultados são compartilhados com o grupo (Blatner & Blatner, 1988).

Poderão ser, igualmente, obtidos em ação: colocando a mão no ombro da pessoa escolhida. Esta variante é denominada como "ação sociométrica", porque as escolhas

interpessoais são exibidas em ação, e utilizada quando é necessário o *feedback* imediato (Fox, 2002).

O teste sociométrico é o instrumento que mede o grau de organização, as atrações e repulsões que ocorrem entre indivíduos de determinado grupo (Fox, 2002) e obedece às seguintes etapas:

1. Escolha do critério pelos elementos do grupo (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988) ou pelo diretor (Fox, 2002);
2. Escolhas positivas, negativas e indiferentes por cada elemento do grupo, seguidas do porquê da escolha (Fox, 2002; Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988);
3. Fazer o chamado ‘perceptual’, que consiste em dizer como será escolhido por cada um dos elementos do grupo e o porquê da escolha (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988);
4. Finalmente, as escolhas são lidas perante o grupo e o sociograma - síntese gráfica das congruências e incongruências na escolha dos indivíduos – é elaborado (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988).

É importante a escolha de critérios aos quais os participantes sejam levados a responder, com alto grau de espontaneidade; que os sujeitos estejam motivados, a responder com sinceridade e que o critério a testar seja “forte, duradouro e definido, e não fraco, transitório e indefinido” (Fox, 2002). Após feitas as escolhas, abre-se espaço para confrontos e clarificações entre os participantes (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988).

1.7.9 Treino de Papel

Aqui, é importante referir que foram revistas todas as descrições (12 em 20), quer para *role-playing* como para *role-training*, para que uma melhor sustentação teórica pudesse ser feita, relativamente à sua distinção.

Blatner (1997), e Blatner e Blatner (1988), distinguem *role-playing* do próprio psicodrama, dado o mau uso que tem vindo a ser feito. Segundo os autores, refere-se a uma abordagem focada nas soluções e em ensaiar e aprimorar comportamentos mais eficazes, enquanto o psicodrama procura descobrir os sentimentos mais profundos envolvidos no comportamento e desenvolver o *insight* relativamente a um problema.

Ao constituir uma das etapas de estruturação do papel (entre *role-taking* e *role-creating*), o *role-playing* pode ser utilizado para a aprendizagem de uma profissão. Trata-se de um recurso psicodramático que funciona no ‘como se’ e como tal permite que a pessoa ‘jogue’ todos os aspetos requeridos por determinado papel profissional e aqui são numerosas as aplicações que se podem fazer, tanto com estudantes como com profissionais de diversas especialidades médicas (Kaufman, 1998).

Muito embora Kaufman (1998) se refira ao *role-playing* como um recurso para o treino de uma profissão, distingue-o de *role-training* defendendo que o primeiro se centra no desenvolvimento da espontaneidade e na procura da resposta vivencial. Quando se refere ao treino ou aprendizagem de papéis, fala de uma procura da normalidade e adaptação social, “como se fosse função do psicodrama produzir pessoas ‘adaptadas’. Assim o *role-training*, sob esta conceção busca, prioritariamente, não a espontaneidade e o jogo de papéis, mas a preservação da instituição, que permanece como algo inquestionável” (p. 156).

Por seu lado, Blatner (1997) assume que o *role-playing* tem sido usado para o treino de competências e simulações nas mais variadas áreas: educacional, organizacional, treino de astronautas e jogos de guerra militares e muito embora, na mesma obra se refira ao *role-training*, a definição é bastante semelhante e refere-se igualmente ao seu objetivo enquanto ensaio ou melhoria num determinado papel.

O próprio Moreno (citado em Cukier, 2002) refere que “quando é empregado consciente e sistematicamente para o propósito de treinamento chama-se *role-playing*. *Role-playing* é personificar outras formas de existência, por meio do jogo” (p. 262), e, contrariamente ao preconizado por Kaufman, Moreno destaca a importância da espontaneidade e da criatividade no ‘treino de papéis’. Atribui-lhe igualmente uma

função terapêutica ao poder ser utilizado como a ‘terapia de papéis’ com o intuito de melhorar relações entre membros de determinado grupo. “Assim, o *role-playing* torna-se treinamento e terapia de papéis” (Moreno, citado em Cukier, 2002, p. 265).

Na escola da SPP, esta distinção também não é efetuada. Centremo-nos nas palavras de Pio de Abreu (1992): “Outra técnica que pode, em certas situações, substituir a dramatização, é o treino de papéis, ou o *role-playing*. Com origem no psicodrama, ela tem sido usada por outras escolas que reconhecem a sua eficácia. Consiste em representar um papel cujo desempenho se teme, por exemplo, o de aluno durante um próximo exame, ou ainda um papel habitualmente mal desempenhado, como o de chefe que não sabe dar ordens, de professor que se engasga ou simplesmente o de um interlocutor social até aí pouco hábil” (p. 37).

Kipper e Ritchie (2003) defendem o *role-playing* enquanto técnica que se refere ao desempenho de papéis, espontaneamente ou segundo um guião, sem qualquer introdução de outras técnicas psicodramáticas. Os atores simplesmente permaneceriam no seu papel durante toda a representação que pode variar entre 5 a 15 minutos.

Rojas-Bermúdez (1997) parece preconizar uma abordagem intermédia em todos os aspetos acima descritos. Fala-nos da aprendizagem de papéis enquanto uma modalidade, e não enquanto técnica, uma vez que dentro dela, e tal como defende Pio de Abreu (1997), várias técnicas psicodramáticas podem ser utilizadas. Segundo o autor, esta modalidade centra-se num papel a desenvolver e, como tal, está mais próxima do pedagógico do que do terapêutico. Muito embora possa ser terapêutico ao abordar dificuldades relacionadas com o desempenho da profissão apenas dentro do marco profissional, sem aprofundar a sua origem e estrutura, por exemplo, um paraquedista que resolve o medo das alturas.

1.7.9.1 Objetivos

Tem, como objetivo, o criar de situações com vista ao desenvolvimento e treino de determinado papel (Blatner & Blatner, 1988; Soeiro, 1995). Pode ser utilizado para desenvolvimento de papéis profissionais (Blatner & Blatner, 1988; Rojas-Bermúdez, 1997), bem como método diagnóstico (Moreno, citado em Cukier, 2002).

1.7.9.2 Vantagens

Ao ser confrontado com situações simuladas, a resolver, vê-se obrigado a integrar os seus conhecimentos, em função da tarefa determinada que se está a dramatizar (Rojas-Bermúdez, 1997).

Para Boies (1972), representa a possibilidade do protagonista apresentar “o seu padrão de comportamento típico a outros que podem avaliá-lo objetivamente e veem como crucial a ab-reacção de sentimentos e conflitos reprimidos” (p. 185).

Soeiro (1995) defende que permite colocar o protagonista perante situações muito semelhantes às reais, fazendo com que vivencie o papel numa situação mais protegida, onde as falhas serão apontadas pelo grupo, sem consequências para a vida real. Nessa situação, terá oportunidade de desenvolver o papel mais rapidamente do que na situação real. O *role-playing* permite assim, criar condições muito próximas à situação real, de uma forma protegida.

1.7.9.3 Operacionalização

Essencialmente, pode ser operacionalizado através de duas formas:

1. É explicitamente pedido à pessoa para desempenhar um papel que normalmente não é seu (Boies, 1972; Cukier, 2002);
2. É explicitamente pedido para desempenhar um papel seu, mas não no *setting* em que normalmente é desempenhado (Boies, 1972).

1.7.10 Escultura

Referida em 8 das 20 referências bibliográficas, para a sua discussão, torna-se fundamental recorrer a mais definições do que as consideradas com qualidade 1, para que se possa enquadrá-la devidamente. Muito embora consensualmente utilizada pelos psicodramatistas portugueses enquanto estátua e no meio Europeu enquanto

“*sculpture*”, não é clara a proveniência desta técnica. A escola de Rojas-Bermúdez fala de imagens psicodramáticas e distingue-as do conceito de imagens terapêuticas de Moreno (citado em Cukier, 2002). Para esta clarificação, entendemos importante comparar os três conceitos: esculturas, imagens psicodramáticas e imagens terapêuticas.

Moreno refere-se às imagens terapêuticas como um “método que pode ser usado com vantagem (...). O método de ativação de imagens é apenas um recurso para auxiliar o músico ou o aluno no processo de aprender a ser espontâneo” (Cukier, 2002, p. 150), mas não é claro na sua definição enquanto técnica. Parece mesmo referir-se a uma forma de ativação de imagens mentais. De facto, Rojas-Bermúdez e Moyano (2012) afirmam que, muito embora Moreno tenha utilizado o termo, referia-se a ele enquanto imagem mental. Recorde-se que Rojas-Bermúdez foi aluno do próprio Moreno. Segundo os mesmos autores, a técnica imagem psicodramática terá sido introduzida por Rojas-Bermúdez que a define como “uma forma construída pelo protagonista no cenário, que expressa através da sua configuração, a visão de um individuo, o sentido e significado que certos atos e experiências têm para ele, os elementos que enfatiza e omite, e a relação mútua entre estes elementos que compõem a imagem (estrutura). A imagem realizada tem por isso um significado particular para o seu autor, e está carregada dos seus conteúdos internos” (p. 21). Sobre as imagens psicodramáticas dizem ainda tratar-se de uma representação no cenário de uma imagem mental, dando assim a entender que esta técnica surge como uma operacionalização do referido conceito de imagem mental de Moreno.

Quando consultados directamente para esclarecimento, via email e presencialmente em supervisão, J. Rojas-Bermúdez e G. Moyano (comunicação pessoal, 10 de Fevereiro, 2012) afirmam preferir o termo ‘imagens’ a ‘esculturas’ por entenderem que este último foi tomado de outras abordagens terapêuticas. Contudo, Blatner (1996, 1997) defende que a escultura tradicionalmente vista como sendo da terapia familiar, trata-se na verdade de uma adaptação de Virginia Satir da técnica psicodramática *action sociogram* (Blatner, 1997). Z. Moreno (comunicação pessoal, 20 de Fevereiro, 2012) também directamente consultada via email na qualidade de perita, esclarece que Moreno terá sugerido a escultura a um dos seus alunos, enquanto organização familiar.

O próprio Rojas-Bermúdez (1997), numa das suas descrições sobre imagens, refere-se à mesma como sendo “construída à semelhança de uma escultura” (p. 139). Se tivermos em consideração que a escola portuguesa foi formada por Alfredo Correia Soeiro, aluno de Rojas-Bermúdez, poderemos entender de que forma este termo chegou até nós, muito embora Rojas-Bermúdez tenha já abdicado dele.

Rojas-Bermúdez e Moyano (2012) defendem também ter sido introduzida no âmbito da terapia familiar, por inspiração no Psicodrama. Alguns Psicodramatistas, utilizando a perspetiva sistémica, incorporaram o trabalho com esculturas sobretudo a partir de 1990, realizando-as sempre com pessoas e considerando-as como expressão da estrutura vincular de um sistema.

1.7.10.1 Objetivo

O objetivo é a observação por parte do protagonista, do diretor e do grupo, da organização dada por ele a esta figura, as conexões entre os seus elementos e a exploração dos seus significados. Recorre-se a esta técnica para aprofundar o conhecimento de um determinado material. Ao ser construída pelo próprio protagonista, “arrasta” as suas características e, por isso, permite, um rápido acesso aos seus conteúdos (Rojas-Bermúdez, 2012).

1.7.10.2 Vantagens

Através desta técnica, materiais internos do próprio protagonista podem ser traduzidos para o palco (ideias, sentimentos, situações relacionais) tornando-se assim espetador de si mesmo (Rojas-Bermúdez, 1997) e favorecendo a objetivação do mundo interno do individuo (Rojas-Bermúdez, 2012). Trata-se de um bom exercício de expressão e observação (Pio de Abreu, 1992).

1.7.10.3 Operacionalização

É pedido ao protagonista que construa uma figura (com pessoas ou objetos) que represente o material trazido por ele. O protagonista nunca deve entrar na imagem, pelo que deve escolher um ego-auxiliar para o representar (Rojas-Bermúdez, 1997). O ponto

de partida para a sua construção pode ser diretamente a imagem mental (por exemplo, um sonho, uma fantasia, uma recordação), ou uma imagem mental correspondente a uma palavra (por exemplo, duelo), ou a uma frase (por exemplo: “sinto-me afundado”); pode ser uma construção elaborada para transmitir um estado de animo (por exemplo, tristeza) ou um processo fisiológico (por exemplo: fome) (Rojas-Bermúdez, 2012).

A partir desta primeira imagem, podem ser pedidas outras em linha temporal (antes, depois), outros espaços (em paralelo, noutra lugar), valorações contrastantes (melhor, pior, agradável, desagradável), pontos de referência para improvisações que integrem várias imagens (inventar uma história, contar um conto), entre outros (Rojas-Bermúdez, 1997). Habitualmente, tendem a ser realistas e construídas com elementos do grupo, mas também podem ser simbólicas e realizadas tanto com pessoas, como com objetos (Rojas-Bermúdez, 1997; Pio de Abreu, 1992).

A partir da estátua inicial, outras técnicas podem ser utilizadas, como solilóquios e inversões de papel (Rojas-Bermúdez, 1997).

A estátua resultante deve ser observada e, a seu tempo, comentada pelo protagonista, diretor e auditório (Pio de Abreu, 1992).

1.7.11 Objetos Intermediários (OI)

Descritos em 6 das 20 referências, em todas elas o conceito é reconhecido como sendo de Rojas-Bermúdez (Blatner, 1997; Hug, 1997; López, 2005; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997; Rojas-Bermúdez et al., 2012). Se bem que os objetos sempre foram utilizados, a Rojas-Bermúdez se deve o conceito e enquadramento teórico. Adereços, tecidos, fantoches, bonecas de pano, máscaras e afins difundiram-se enquanto são reconhecidos como catalisadores de reações não-verbais importantes e, ao mesmo tempo, possibilitam uma maior distância da situação, emocionalmente carregada (Blatner, 1997).

O OI foi introduzido no contexto terapêutico, fundamentalmente no trabalho com grupos de indivíduos psicóticos por Rojas-Bermúdez (Hug, 1997). A partir de 1968, este conceito disseminou-se e foi aplicado a vários tipos de objetos, com várias

finalidades, perdendo-se algum do seu sentido, pelo que importa defini-lo e distinguir de conceitos semelhantes (Rojas-Bermúdez, 1997). Distintos do objeto transacional de Winnicott, os OI não são considerados como uma parte do desenvolvimento normal da infância, mas sim como uma ferramenta com características específicas, que permite a comunicação com papéis subdesenvolvidos do paciente psicótico (Hug, 1997). A primeira publicação sobre o tema data de 1970 no livro *Titeres y Sicodrama/Puppets and Psychodrama*, de Rojas-Bermúdez (1985), cuja introdução é escrita por Moreno.

1.7.11.1 Objetivos

Segundo Rojas-Bermúdez (1997), o OI é um objeto real e concreto que, quando implementado num contexto apropriado, pelas suas características particulares, permite restabelecer a comunicação interrompida com o paciente. Os OI destinam-se a substituir a relação direta terapeuta-paciente por OI-paciente, com a finalidade de facilitar o foco da sua atenção e diminuir os estados de alarme. Assim, de acordo com o autor, os OI assumem essencialmente 3 funções:

1. Auxiliar: o objeto enfatiza ou ressalta algo que já está a acontecer na sessão;
2. Mediadora: a presença do objeto é crucial para o surgimento de comportamentos comunicacionais e expressivos por parte do protagonista;
3. Criativa (ou criadora): o objeto, neste caso, é criado pelo paciente - funciona como facilitador da expressão de conteúdos.

1.7.11.2 Vantagens

Rojas-Bermúdez (1997) considera que o OI permite (a) a retração do si mesmo psicológico e a emergência de papéis bem desenvolvidos a partir dos quais se poderá vincular sem a ajuda de OI, comunicando face a face; e (b) superar a barreira do Si Mesmo Psicológico, expandindo-o (ensimesmamento), e chegar ao eu. Esta qualidade advém precisamente do não ser humano apesar da mensagem verbal ser a do ego-auxiliar. De alguma forma, o paciente psicótico não pode responder à pessoa que a ela se dirige, mas pode fazê-lo ao fantoche.

1.7.11.3 Operacionalização

Para que possa ser operacionalizado e de forma a corresponder devidamente ao seu conceito, é importante ter em conta as suas propriedades (Hug, 1997; Rojas-Bermúdez, 1997):

1. Existência real e concreta;
2. Inócuo (não provoque reação de alarme);
3. Identificável (facilmente reconhecido);
4. Maleável (que possa ser facilmente utilizado em qualquer jogo de papéis);
5. Transmissor de mensagens;
6. Assimilado (permite a comunicação através dele);
7. Adaptável (às circunstâncias dramáticas);
8. Instrumental (pode ser usado como prolongamento do paciente).

Na sua forma mais simples, trata-se de um boneco articulado que, através da voz do diretor, ‘fala’ com o protagonista (Pio de Abreu, 1992).

Quando o paciente não responde à comunicação verbal, Rojas-Bermúdez (1997) preconiza que se proceda aos seguintes passos para utilização dos OI:

1. Através do objeto (fantoche, máscara, capuz, túnica), o ego-auxiliar profissional dirige-se ao paciente;
2. Perante a reação do paciente, o ego-auxiliar poderá continuar a usar o OI, mudar o tipo de OI, ou dar ao paciente um objeto similar para interagir;

3. Quando se alcançar a comunicação face a face, elimina-se o OI, que cumpriu a sua função.

É importante distinguir o conceito de Objeto Intermediário do de Objeto Intraintermediário (OII). Praticamente todos os pacientes, ao fim de algum tempo de interação com o OI, procuravam o contacto manual com ele, dando lugar a que o paciente passasse a utilizá-lo para se expressar e interagir através dele. Pela semelhança ao OI e qualidade do material com que contribuía, foi denominado objeto intraintermediário. Simplificando, OI corresponde ao objeto que restabelece a comunicação do paciente com os outros. Aqui, o objeto é manipulado pelo outro. O OII corresponde ao objeto como facilitador da comunicação do próprio paciente, consigo mesmo e com os outros. É o próprio que o manipula e que funciona para ele, como um protetor.

Por fim, é importante referir que, muito embora não se trate de um conceito de Moreno, este sugeriu a utilização de objetos diversos e, por fazer parte de todas as escolas de Psicodrama, decidiu-se como uma das técnicas importantes para a prática do Psicodrama Moreniano.

Em suma, através da presente revisão concluímos que o modelo terapêutico de PM praticado internacionalmente, utiliza essencialmente o conjunto das onze técnicas descritas acima. Acreditamos assim, contribuir para a compreensão da evolução e prática atual do PM e impulsionar o desenvolvimento de investigação.

Como limitação ao presente estudo, apontamos o facto de não se terem incluído, por exemplo, artigos em língua alemã e italiana. Procurou-se colmatar a mesma, através da validação dos resultados junto de representantes de vários países da FEPTO, originários de países cujas línguas foram excluídas da revisão. Relativamente às publicações científicas revistas, a dificuldade prendeu-se com o facto de dificilmente procederem à definição de técnicas, muito embora exista uma tendência crescente de estudos de eficácia de técnicas, individualmente (Kipper & Ritchie, 2003). De certa forma, justifica-se esta limitação tendo em conta que habitualmente as definições são publicadas com fins didáticos e de treino e não tanto em artigos empíricos.

CAPITULO II – Estudo 2 - O Psicodrama do ponto de vista dos clientes: Desenvolvimento de sistema de categorização das experiências dos clientes em PM

Introdução

Compreender a psicoterapia com base na perspectiva dos clientes tem sido recentemente foco de maior atenção (Elliott, 1985; Greenberg, James, & Conry, 1988; Ricketts & Kirshbaum, 1994). Os terapeutas reconhecem o cliente como a variável mais importante para o sucesso da terapia, daí também a importância de considerar os seus pontos de vista (Sales & Alves, submetido). A investigação existente aponta para claras diferenças na avaliação do processo e dos resultados da psicoterapia consoante é realizada pelos clientes, terapeutas ou observadores não participantes. Por exemplo, quando perguntamos qual foi o aspeto mais relevante da terapia, paciente e terapeuta apresentam baixo acordo (~ 30%) nas suas perceções. Por outro lado, as perceções do cliente acerca da relação terapêutica parecem predizer melhor os resultados do tratamento psicológico do que as avaliações feitas pelos observadores ou terapeutas (Elliott & James, 1989).

A perspectiva do cliente constitui a fonte mais direta no que respeita às suas próprias experiências, as quais poderão também constituir a fonte de informação mais fidedigna relativamente ao significado e valor da terapia. Elliott e James (1989) defendem que os clientes têm acesso privilegiado a determinados elementos do processo terapêutico, incluindo a qualidade sentida da relação terapêutica, as reações imediatas não expressas às intervenções terapêuticas ou eventos, e aspetos do tratamento que consideram mais úteis. Os clientes podem também fornecer informação importante sobre o contexto, que irá clarificar o significado de uma experiência, e podem identificar ligações entre várias experiências que não são observáveis por terceiros. Este estudo pretende contribuir para o avanço da investigação das experiências relatadas pelos clientes em PM. Mais especificamente, e dada a escassez de recursos metodológicos para a análise desses relatos, propõe-se um sistema de codificação das experiências dos clientes acerca do processo de tratamento em PM.

2.1. O papel da experiência do cliente na investigação em psicoterapia

O termo “experiências do cliente” refere-se às “sensações, percepções, pensamentos e sentimentos durante e com referência às sessões terapêuticas” (Elliott & James, 1989, p. 444). A definição apresentada por estes autores é ampla, abrangendo vários tipos de experiências (estados de espírito, sentimentos, sensações físicas internas, percepções de estímulos externos, auto verbalizações internas, significados, memórias, desejos e intenções), objetos (*self*, terapeuta, outros significativos ou o tratamento em si), níveis de consciência (experiências das quais o cliente está claramente consciente, parcialmente ou ausente de consciência), graus de expressão (claramente expressas, escondidas, reveladas intencionalmente através de canais verbais e não verbais, ou escondidas com sucesso), e *locus* (reflexões extra-terapia, e reações à mesma são também englobadas nas experiências dentro da sessão). Contudo, ao pensarmos nas experiências dos clientes, várias questões se levantam: “Que generalizações podem ser feitas através do estudo sistemático das experiências do cliente? Quais os domínios básicos das experiências terapêuticas dos clientes? Quais as variedades e dimensões subjacentes dentro e entre estes domínios? O que nos podem dizer os estudos sistemáticos das experiências dos clientes, acerca da natureza da terapia?” (Elliott & James, 1989, p. 444). Será que conseguimos investigar estes tópicos? E como?

Quando questionamos diretamente o cliente sobre a sua percepção acerca dos aspetos mais ou menos úteis ao longo do seu processo terapêutico, estamos a aceder às suas experiências. Analisar estas experiências e como se relacionam com a atividade do terapeuta pode ajudar simultaneamente investigadores, terapeutas e teóricos no aprofundamento do seu conhecimento sobre os processos terapêuticos, com o fim último de melhorarem a qualidade do cuidado. Mais ainda, a análise das experiências do cliente pode ser também fundamental para aprofundar o nosso conhecimento sobre os processos de mediação em terapia (ou seja, como é que os processos terapêuticos são traduzidos em mudanças pós-sessão e pós-tratamento) o que, por sua vez, pode ter implicações para o próprio resultado do tratamento (Elliott, 2008). Uma importante contribuição da investigação centrada nas experiências dos clientes é o facto de poder ser usada no treino e supervisão de terapeutas, aumentando assim o seu conhecimento sobre o que ajuda e dificulta no processo de mudança, desenvolvendo um melhor entendimento dos processos que ocorrem em terapia (Hampson, 2008), contribuindo,

assim, para intervenções mais eficazes. Os terapeutas podem usar o *feedback* dos clientes para selecionar, criar e modificar as suas intervenções, melhorando a sua performance e tornando-se mais responsivos às necessidades dos clientes (Hampson, 2008). Por exemplo, num estudo feito, em 2007, por Sales e colaboradores, os terapeutas inquiridos reconheceram que as experiências dos clientes são bastante úteis para a tomada de decisão clínica e para ajustar as intervenções à situação clínica dos clientes. Mais recentemente, e reconhecendo a utilidade que estes dados têm para os terapeutas, as experiências do paciente foram também integradas em *softwares* clínicos para avaliar o progresso clínico dos clientes, permitindo que se faça uma monitorização personalizada da sua evolução no tratamento, em conjunto com outros dados estandardizados, tais como escalas de bem-estar psicológico. Um exemplo disso é o *Individualized Patient-Progress System* (IPPS) (Sales & Alves, 2012; Sales, Alves, Evans, & Elliott, 2014), um programa informático desenvolvido por uma rede de investigação internacional dedicada ao estudo das experiências dos pacientes, enquanto ferramenta para personalização da avaliação em saúde mental (IPHA Group; Sales, Alves, Evans, & Elliott, 2014). Por último, considerar a experiência do cliente em tratamento vem dar resposta a uma crescente pressão generalizada para se avaliar a qualidade dos serviços de saúde centrada nas experiências dos clientes, i.e., olhando para o que acontece nos serviços através dos olhares daqueles que são os seus principais consumidores (Booth, Cushway, & Newnes, 1997; Elliott, 2008; Hampson, 2008).

A estratégia preferencial para se aceder às experiências do paciente é questionando-o sobre o seu ponto de vista, de forma aberta e direta, através de “medidas geradas pelos clientes”. Estas medidas são “instrumentos nos quais os clientes podem livremente selecionar quais os conteúdos, domínios ou aspetos que são importantes para si e que não foram pré-determinados pelo investigador” (Fitzpatrick, Davey, Buxton, & Jones, 1998, p. 12). Existem dois tipos de medidas geradas pelo cliente: as medidas de avaliação do resultado e as medidas de avaliação do processo da terapia. As primeiras consistem em escalas do tipo aberto, onde os itens a incluir são totalmente definidos, livremente, pelo cliente (Ashworth et al., 2004). Tal como nas escalas padronizadas tradicionais, depois de criados, estes itens individualizados são pontuados pelos clientes, normalmente em escalas do tipo Likert, cujos valores se utilizam, por exemplo, para medir a mudança clínica. Quanto às medidas geradas pelos clientes para avaliação do processo da terapia, estas incluem perguntas abertas que questionam o cliente acerca das

suas experiências durante o tratamento, abarcando, tal como se disse acima, aspetos tais como as sensações, percepções, pensamentos e sentimentos do cliente (Elliott & James, 1989, p. 444). Numa recente revisão da literatura (Sales & Alves, submetido), encontraram-se 18 medidas desta natureza para avaliar o processo da terapia e será sobre a mais popular entre elas, o *Helpful Aspects of Therapy (HAT)* (Llewelyn, 1988; Elliott, 1993; Sales et al., 2007), que este estudo se debruçará.

Ao permitirem que os clientes se expressem de forma livre, e contrariamente aos questionários padronizados, as medidas geradas pelos clientes dão origem a dados qualitativos, portanto, únicos a cada cliente. Mas como podemos analisar esta informação, de forma a conhecer o PM pelo olhar os clientes?

2.2. Como analisar as experiências dos clientes sobre a terapia

Uma vez recolhida a narrativa do paciente, como é que podemos analisar essa informação? A diversidade de medidas geradas pelo paciente para avaliação do processo, disponíveis ao investigador, não são acompanhadas por um corpo sistematizado de recursos para a sua análise. Consequentemente, e de uma maneira geral, a estratégia de análise depende, em larga escala, da natureza dos objetivos dos estudos. Podemos distinguir um primeiro grupo de análises que resumem qualitativamente os resultados. Por exemplo, Levitt, Butler e Hill (2006) analisam as experiências e momentos significativos do ponto de vista do cliente, através da combinação da *grounded theory* com a hermenêutica, com o objetivo de descrever uma lista de princípios terapêuticos com base no que os clientes consideram significativo na terapia.

Em contraste, um segundo grupo de análises segue uma estratégia de codificação dos conteúdos das narrativas, passando depois para a quantificação da sua frequência, e outras eventuais análises quantitativas dos resultados. Dentro desta estratégia de codificação e quantificação dos conteúdos, duas grandes abordagens são possíveis. Por um lado, a utilização de sistemas de codificação *ad hoc*, dando origem a uma lista de categorias definidas “à medida” para interpretar exclusivamente os dados em análise, naquela amostra em específico. Estes sistemas criados “à medida” não são aplicáveis a outros modelos terapêuticos para além do enquadramento no qual foi criado,

impossibilitando comparações futuras com outras bases de dados. Por outro lado, as narrativas dos clientes podem ser analisadas através de sistemas de categorização estandardizados ou pré-definidos. A vantagem destes sistemas é a possibilidade de poderem ser usados em diversos estudos e amostras, por diferentes investigadores, e assim possibilitarem a acumulação e comparação de dados.

2.3. Sistemas de codificação das experiências dos clientes

Numa revisão de literatura referente a este paradigma de investigação, encontraram-se seis sistemas de codificação estandardizados para analisar as narrativas dos clientes. Estes seis sistemas agrupam-se em três categorias: sistemas transversais, cujas categorias podem ser encontradas em todas as modalidades e contextos de terapia; sistemas adaptados a teorias específicas, cujas categorias se referem exclusivamente a um determinado tipo de terapia ou contexto (e.g., terapia experiencial); e os sistemas referentes a determinados fenómenos terapêuticos, cujas categorias se referem a fenómenos que tendem a ocorrer ao longo do tratamento (e.g., empoderamento dos clientes). Na Tabela 6, apresentam-se os seis sistemas encontrados na literatura, organizados segundo estas três tipologias.

Tabela 6

Sistemas de análise de conteúdo para interpretação das narrativas dos clientes, segundo a sua tipologia

Tipo de sistema	Sistema de categorização	Referências
Transversal	Therapeutic Impacts Content Analysis System (TICAS)	Booth et al., 1997 Llewelyn, Elliot, Shapiro, Firth-Cozens & Hardy, 1988 Elliott, James, Reimschuessel, Cislo, & Sack, 1985
	Integrative corrective experiences coding system	Friedlander et al., 2011
	Good moments in counselling and psychotherapy	Mahrer & Nadler, 1986 Jones, Wynne, & Watson, 1986
Adaptado a teorias específicas	Helpful Aspects of Experiential Therapy Content Analysis System (HAETCAS)	Castonguay et al., 2010
	Coding system for helpful and hindering aspects of cognitive-behavioral therapy (CBT) and interpersonal psychotherapy (IPT)	Gershefski, Arnkoff, Glass, & Elkin, 1996 Levy, Glass, Arnkoff, Gershefski & Elkin (1996)
Específico de fenómenos	Empowerment Events System	Timulak & Lietaer, 2001 Timulak, 2003

2.3.1 Therapeutic Impacts Content Analysis System

Este sistema (Elliott, 1985) foi criado para analisar e categorizar os impactos imediatos das intervenções terapêuticas no cliente. Segundo Elliott e colaboradores (1985), o *impacto terapêutico imediato* refere-se ao efeito terapêutico que as respostas do terapeuta produzem nos clientes. Este conceito pode ser pensado como medida de resultado da resposta específica do terapeuta e, está intimamente relacionado, com o conceito de “sub-resultado” de Rice e Greenberg (1984). Estes impactos imediatos podem ser aferidos através de investigação-observação, muito embora à observação possam escapar impactos imediatos importantes não observáveis diretamente, como são exemplo o cliente sentir-se compreendido. Segundo Elliott et al. (1985), este desfasamento entre o impacto experimentado pelo cliente e o comportamento observado

poderá explicar os baixos níveis de acordo, encontrados por alguns autores, entre as percepções do cliente e do terapeuta relativamente ao processo terapêutico (Caskey et al., 1984; Gurman, 1977; Orlinsky & Howard, 1975, citados em Elliott et al., 1985). Esta lacuna conduz Elliott a explorar um segundo tipo de informação para aferir os impactos imediatos: as descrições do próprio cliente, recolhidas imediatamente após as sessões. Inicialmente desenvolve o TICAS para interpretar dados recolhidos através do Interpersonal Process Recall (IPR) (Kagan, 1975; Elliott, 1985b); contudo, considera-o um método pouco eficiente, acabando por recomendar o HAT (Llewelyn et al., 1988).

De um modo geral, o TICAS descreve de que forma o cliente pode ser positiva (impactos úteis) ou negativamente (impactos não úteis) afetado pelas ações do terapeuta. Importante será dizer que o TICAS pode medir os impactos de diferentes abordagens para a psicoterapia, e, portanto, permite a replicação de estudos - "uma salvaguarda fundamental para a validade do conhecimento empírico" (Castonguay et al., 2010, p. 329).

2.3.2 Integrative Corrective Experiences Coding System

O Integrative Corrective Experiences Coding System (Friedlander et al., 2011) é um sistema que explora a mudança terapêutica através da análise das experiências corretivas na terapia. *Experiências Corretivas* são definidas como experiências durante as quais uma pessoa compreende ou afetivamente experimenta um evento ou relacionamento de uma forma diferente ou inesperada (Castonguay & Hill, 2012).

Após a recolha das perspetivas dos clientes foi efetuada uma primeira categorização através da *grounded theory* até os dados serem tematicamente agrupados em duas categorias ou questões principais. A primeira categoria pretende responder à questão "o que mudou" durante a terapia, e inclui categorias como *sentido mais forte e positivo de si mesmo*, *uma nova consciência experiencial*, *ou reconhecimento de esperança*. A segunda questão refere-se às atribuições que o cliente faz dessas mudanças, ou seja, à forma como ocorreram ou o que aconteceu, que resultou em tal mudança. Isso inclui categorias como *algo que o terapeuta fez*, *algo que o cliente e o terapeuta fizeram juntos* ou *algo externo*.

2.3.3 Good Moments in Counselling and Psychotherapy

Proposto por Maher e Adler (1986), este sistema inclui uma lista abrangente e integrativa sobre bons momentos em psicoterapia. Por bons momentos entenda-se *sempre que os clientes manifestam processo terapêutico, o movimento, melhoria, progresso, ou mudança*. Através de uma revisão preliminar dos bons momentos selecionados nas várias investigações, independentemente da abordagem teórica, objetivos ou resultados da pesquisa, identificaram e descreveram uma lista provisória de onze bons momentos (atribuição de significado pessoal, descrição e exploração de sentimentos, aparecimento de material significativo, expressão de *insight*, comunicação expressiva, expressão de boa relação terapêutica, expressão de sentimentos fortes pelo parceiro, expressão de sentimentos fortes fora da terapia, expressão de estado de personalidade diferente, expressão de novas formas de ser ou estar, aprender sobre processo terapêutico, expressão de bem-estar geral) na tentativa de fornecer uma ferramenta consensual para um amplo conjunto de abordagens terapêuticas.

2.3.4 Helpful Aspects of Experiential Therapy Content Analysis System

O HAETCAS (Elliott, 1988) é uma versão modificada do TICAS para categorizar os eventos significativos da terapia experiencial. Por Evento Significativo (ES) entendemos pequenas porções de sessões de terapia em que os clientes podem experimentar um grau significativo de ajuda ou de mudança (Elliott & Shapiro, 1988). Este sistema, destina-se a analisar os aspectos úteis e não úteis dos ES em terapia, incluindo categorias específicas de relevância para a terapia experiencial. Das perspectivas dos clientes sobre os eventos em terapia podemos extrair três tipos de informações: 1) as ações, ou seja, o que aconteceu; 2) o impacto, ou seja que resultado produziu no cliente, e que pode ser dividido em impactos úteis e não úteis; e 3) o contexto, ou seja, em que área da vida dos clientes esse impacto ocorreu (por exemplo, trabalho, família).

2.3.5 Coding System for Helpful and Hindering Aspects of CBT and IPT

Este sistema foi desenvolvido para categorizar respostas do cliente a questões abertas dentro da terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia interpessoal, a fim de

abordar tanto aspetos comuns como específicos de cada uma delas. Este manual foi elaborado em dois estudos: Gershefski et al. (1996) desenvolveram o manual para os Aspetos Úteis e Levy et al. (1996) desenvolveram o manual dos Aspetos Negativos.

Ambos avaliam as percepções dos clientes sobre os aspetos úteis e negativos da terapia, comparando a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC), psicoterapia interpessoal (IPT), imipramina com acompanhamento médico (IMI-CM), e placebo com acompanhamento médico (PLA-CM) no tratamento de pacientes deprimidos em ambulatório, não psicóticos e bipolares (Gershefski et al., 1996).

Relativamente ao primeiro estudo (Gershefski et al., 1996), as categorias definidas foram para além dos aspetos úteis, tendo em conta que as respostas dos clientes frequentemente refletiam questões mais abrangentes, tais como as mudanças ou as suas experiências no tratamento. Para o desenvolvimento do sistema foram consultados manuais de CBT e IPT, para determinar os tipos de respostas do cliente a serem codificadas como específicas de cada uma das psicoterapias. O sistema de codificação inicial engloba vinte categorias: dez categorias específicas (três para cada psicoterapia, duas de sobreposições entre CBT e IPT, e por medicação), sete categorias comuns, duas categorias de investigação, e a categoria "Nada ajudou".

No estudo relativo aos aspetos negativos (Levy et al., 1996), três tipos de categorias foram definidas: categorias específicas (cognitivas, interpessoais, medicação/biológica, combinadas, desejo de tratamento diferente), categorias comuns (técnicas do terapeuta, qualidades pessoais do terapeuta, experiências do cliente relacionadas com a terapia, avaliação global negativa do tratamento) e categorias diversas (nenhuma mudança atribuída ao tratamento, participação no projeto de investigação, nada problemático, indicação de mudança ou avaliação positiva).

2.3.6 Empowerment Events System

Proposto por Timulak e Lietaer (2001), o principal objetivo consistiu na compreensão de "bons momentos", partindo da exploração de momentos identificados pelos clientes como particularmente positivos em aconselhamento breve centrado na pessoa. O objetivo do aconselhamento centrado na pessoa é proporcionar condições

interpessoais em que o cliente pode iniciar um processo de simbolização e assimilação de uma experiência no *self* sem distorções defensivas. A ênfase é colocada no que é sentido, na experiência corporal do cliente, pelo que o foco dos investigadores incidiu nos momentos que o cliente identifica como positivos a nível experiencial, durante o aconselhamento. A intenção foi explorar estes momentos, tendo em conta as perspetivas de clientes, conselheiros e observadores independentes. A categorização final apresenta nove categorias: quatro delas voltadas para o fortalecimento da relação terapêutica, e cinco focadas no *empowerment* do cliente.

Em suma, e sabendo, portanto, que existem vários sistemas de categorização disponíveis para analisar os relatos dos clientes, a sua escolha irá depender dos objetivos de partida de cada estudo, que podem estar relacionados com o modelo terapêutico, constructos teóricos específicos ou uma intenção de comparação transteórica. Para o nosso estudo em particular, contudo, nenhum dos sistemas existentes revelou ser adequado ao estudo das experiências dos clientes, no seu sentido lato, em tratamento com PM. Mais em concreto, dentro dos seis sistemas encontrados, não existia nenhum que simultaneamente abarcasse todos os aspetos referentes às experiências dos clientes, conforme as descrevemos na primeira secção, e as especificidades do modelo psicodramático, enquanto terapia de grupo com enfoque na ação. Tornou-se, então, necessário desenvolver um sistema que tivesse a capacidade de analisar este tipo de dados (experiências dos clientes em PM), sendo esse o objetivo primordial deste estudo.

2.4 Objetivos do Estudo

O objetivo principal deste estudo consiste no desenvolvimento de um sistema de categorização das perspetivas dos clientes em PM, recolhidos através do HAT. Mais especificamente, os nossos objetivos são:

1. Criar um sistema de codificação dos aspetos úteis do PM – Sistema de Análise de Conteúdo dos Aspetos Úteis do Psicodrama Moreniano (HAMPCAS);
2. Validar, preliminarmente, o HAMPCAS num grupo naturalístico de psicodrama;
3. Desenvolver um manual de treino para o uso do HAMPCAS em investigação e na prática clínica.

2.5. Método

2.5.1. Seleção da Amostra

Este trabalho refere-se a um grupo de PM no contexto de clínica privada. A opção de estudar um grupo desta natureza baseou-se no facto de se pretender estudar o PM em formato naturalístico, sem controlar quaisquer condições à partida. Trata-se de um grupo aberto em que cada cliente se encontra numa fase diferente do processo terapêutico e com diferentes tempos de permanência. Previamente à sua integração no grupo, cada cliente passou por um momento de avaliação em consulta individual e, em alguns casos, psicoterapia individual, com a terapeuta/diretora do grupo de PM. A indicação para psicodrama prende-se essencialmente com a mais-valia do *setting* grupal e/ou pelo método de ação (não exclusivamente terapia pelo verbal). As sessões, de caráter semanal, têm a duração aproximada de duas horas e meia.

2.5.2. Participantes

Tal como podemos observar na Tabela 7, o grupo é composto por sete mulheres, com idades compreendidas entre os 30 e 60 anos. Quanto ao estado civil, quatro eram solteiras, uma divorciada, uma casada e uma viúva. Relativamente ao nível de escolaridade, duas tinham o mestrado, quatro a licenciatura e uma o nono ano. Apenas duas das clientes estavam pela primeira vez em psicoterapia e uma já tinha feito algum tempo de psicodrama com outro terapeuta. Do ponto de vista clínico, trata-se de um grupo heterogéneo, que apresenta diferentes diagnósticos: perturbação bipolar, fobia social, dor crónica, ideação suicida, depressão, luto, *mobbing*, *bullying* e problemas relacionais. Quatro dos pacientes estavam neste grupo com duplo objetivo, nomeadamente terapêutico e formação. Os nomes das clientes, referidos neste estudo, são fictícios de forma a salvaguardar a confidencialidade dos dados.

Tabela 7

Participantes

Cliente	Tempo no grupo*	1ª vez Psicodrama	1ª vez Psicoterapia	Observações
Susana	3 anos	Não	Não	Saiu em Abril de 2011, por entender que não estava a tirar proveito.
Luísa	2 anos e ½	Sim	Não	
Manuela	7 anos	Sim	Não	O tempo longo de permanência no grupo deve-se ao assumir de que o grupo foi, durante tempo prolongado, o único suporte social.
Sara	2 meses	Sim	Sim	
Teresa	1 ano	Sim	Não	Saiu em Novembro de 2011, por motivos profissionais.
Paula	3 meses	Sim	Não	
Raquel	7 anos	Sim	Sim	

* aproximadamente

2.5.3. Equipa Terapêutica e Equipa de Investigação

O grupo foi conduzido por dois terapeutas, nomeadamente um diretor (sexo feminino) e um ego-auxiliar (sexo masculino), ambos sócios didatas da SPP. O diretor⁸ é simultaneamente uma das supervisoras do presente estudo.

Este estudo, conduzido pela autora principal, contou com a colaboração de dois juízes independentes com formação em PM pela SPP, para treino, categorização e validação preliminar do HAMPCAS.

⁸ Prática de psicologia clínica desde 1988. Inicia a direção do primeiro grupo de psicodrama em 1989 e desde essa data dirige grupos de psicodrama em prática privada e com objetivos terapêuticos. Tem realizado *workshops* temáticos de psicodrama e sociodrama em Portugal, em vários países da Europa (Suécia, Roménia, Bulgária, Suíça, Noruega, Sérvia, Áustria, Holanda) e em Israel. Presidiu a SPP entre 2008-2012, a FEPTO- RC 2008-2011 e a FEPTO 2011-2013.

2.5.4. Instrumentos

No âmbito alargado do presente trabalho, uma vasta bateria de instrumentos foi utilizada. Referimo-nos aqui apenas aos instrumentos que importam para o desenvolvimento do HAMPCAS.

2.5.4.1 Helpful Aspects of Therapy (HAT)

O Helpful Aspects of Therapy (HAT; Llewelyn, 1988; Elliott, 1993; Sales et al., 2007) é uma medida de auto-relato semiestruturada e questões semi-abertas. Procura aceder às experiências dos clientes sobre questões chave no processo de mudança em terapia. Os clientes são convidados a identificar e a descrever, pelas suas próprias palavras, o evento mais útil e o mais negativo durante a sessão, e a avaliar o quão útil/negativo foi esse mesmo evento, numa escala tipo Likert. Administrado no período entre sessões, pode ser também utilizado imediatamente após cada sessão ou imediatamente antes da sessão seguinte (Anexo 5).

2.5.4.2 Helpful Aspects of Therapy - versão para o terapeuta (HAT-T)

O Helpful Aspects of Therapy - versão para o terapeuta é uma adaptação do HAT (Elliott, 1993; Sales et al, 2007) que procura explorar os ES da terapia, para os clientes, a partir da perspetiva do terapeuta. Os terapeutas são questionados sobre os eventos mais significativos (úteis e negativos) da sessão, para o protagonista, ego-auxiliares e público e porque consideram esses eventos importantes (Anexo 6).

2.5.4.3 Notas da Sessão

Um formulário para notas da sessão foi preenchido pelo ego-auxiliar, no final de cada sessão. Destina-se a registar as presenças, quem foi o protagonista e ego-auxiliares, que técnicas foram usadas, quem comentou (fase final da partilha) e a ocorrência de outros eventos como possíveis momentos importantes de espontaneidade, catarse de integração, treino de papel, ou outros que o ego-auxiliar profissional considere relevante (Anexo 7).

Estes dois últimos instrumentos foram importantes em combinação com o HAT, por um lado, como forma de aceder a informação sobre as sessões e esclarecer eventos descritos pelos clientes e, por outro, para confirmar algumas das técnicas utilizadas na sessão.

2.6. Procedimento

2.6.1. Recolha de dados

Em primeiro lugar, foi feito o convite à terapeuta, que selecionou um dos grupos sob a sua direção. Antes de entrar no estudo, todos os participantes foram previamente convidados a fornecer o consentimento informado (Anexo 8) e devidamente informados sobre os objetivos e condições do estudo. O HAT foi administrado semanalmente no período entre sessões, ou seja, após cada sessão, antes da sessão seguinte. Durante os dois primeiros meses, os instrumentos foram preenchidos pelos pacientes antes da sessão seguinte, no consultório, em formulários de papel. No entanto, devido a limitações de tempo, os dados passaram a ser recolhidos através de inquéritos *online* no período inter-sessão. Após o final de cada sessão, a investigadora enviava um *link* para um *survey* com o formulário do HAT. Os dados ficavam armazenados numa conta protegida por palavra-passe, à qual apenas a investigadora tinha acesso. Os dados foram coletados entre janeiro de 2011 e julho de 2012, quando todos os elementos do grupo de pesquisa tiveram alta clínica.

2.6.2. A unidade de análise

Escolhida a fonte de acesso à experiência dos clientes e o sistema de categorização, é importante lembrar que, para que possa ser medido, o processo terapêutico deverá ser dividido em unidades, as quais podem representar segmentos de dois minutos, sessões, fases terapêuticas e, inclusivamente, todo o processo (Elliott & James, 1989). Nesta escolha, é importante ter em conta que diferentes variáveis ocorrem em diferentes níveis de medida. Devemos, por isso, assegurar que a unidade determinada é apropriada para medir a variável pretendida, ou seja, algumas unidades poderão ser demasiado pequenas para que determinadas variáveis possam estar representadas, ou, por outro lado, demasiado grandes, surgindo a probabilidade de

confundir a variável de interesse com outras. Para o presente estudo, considerou-se como unidade de análise (UA), cada um dos ES descritos pelo cliente no HAT, pelo que assim nos referimos aos ES sujeitos a categorização, ao longo do texto.

2.6.3. Desenvolvimento do HAMPCAS

O sistema de análise de conteúdo foi desenvolvido em três fases.

2.6.3.1 Fase 1 – Estrutura do sistema

Em primeiro lugar, procedeu-se a uma análise de conteúdo do material recolhido através do HAT, ao longo do primeiro ano do grupo terapêutico, numa estratégia aberta, sem nenhum conhecimento de categorizações anteriores como linha condutora⁹. Cada resposta ao HAT foi considerada uma UA. A questão “o que é que os clientes referem como importante?” norteou esta primeira fase. Esta leitura preliminar das UA foi realizada tendo por base as notas de sessão e o HAT-T, para auxiliar na categorização. Procurou criar-se categorias que descrevessem o conteúdo da narrativa do paciente. A comparação constante das UA foi efetuada durante todo o processo de categorização, de modo a explorar semelhanças entre os dados. Surgiram aspetos relacionados com sentimentos, pensamentos e experiências que as ações e técnicas aplicadas provocavam nos clientes, bem como informações relacionadas com o contexto/área de vida (familiar, profissional, dentro ou fora da terapia) do cliente implícito na UA. Desta abordagem inicial, surgiu uma estruturação da informação em três dimensões, semelhante à proposta por Elliott (1988), sobre os tipos de informação refletidos no HAT: o que foi feito, do ponto de vista técnico (ação/técnica); que efeito teve no cliente (impacto); e em que áreas da sua vida (contexto). Estas dimensões, são também consideradas relevantes para descrever e estudar os momentos importantes da terapia do ponto de vista dos clientes. Assim, foi decidido usar a estrutura de análise de Elliott (1988), que codifica a narrativa da experiência do cliente nos três domínios referidos (a ação terapêutica, o impacto percebido e o contexto desse impacto).

⁹ A revisão sobre os sistemas de codificação de PGPM apresentada na introdução foi realizada posteriormente à primeira leitura como estratégia de análise e construção do sistema.

2.6.3.2 Fase 2 – Definição de categorias

Definida a estrutura, procurou-se novamente perceber o que emergia dos dados e que categorias poderiam existir, dentro de cada domínio, tendo agora por base as questões: o que foi feito?; que impacto teve?; em que contexto de vida do cliente? Leram-se novamente todas as UA, identificaram-se e definiram-se novas categorias, dentro de cada domínio. Estas categorias foram discutidas em conjunto pela equipa de investigação em duas reuniões, resultando uma proposta de listagem das categorias emergentes.

Uma vez que esta lista se revelou, de novo, em consonância com o enquadramento de Elliott para o HAT, as categorias de impacto e de contexto do TICAS (Elliott, 1985) e do HAETCAS (Elliott, 1988) foram comparadas com as categorias que emergiram a partir do material do PM. Esta comparação visava identificar categorias que fossem eventualmente semelhantes e novas categorias. Foi encontrada correspondência para a maioria.

Tendo em conta as diferenças no que diz respeito à terapia individual (para a qual o TICAS e o HAETCAS foram criados) e de grupo, novas categorias foram criadas principalmente relativas a fatores de grupo e aliança terapêutica. Para o domínio de ação, por terem sido identificadas técnicas e especificidades do modelo nos eventos analisados, foram usadas as técnicas identificadas e descritas no Estudo 1. Para além das técnicas, foram encontradas ainda, categorias que têm que ver com a dinâmica da sessão. Portanto, o domínio de ação é composto por técnicas, procedimentos e especificidades do modelo de PM.

Dúvidas relativas a determinadas técnicas e categorias de ação foram esclarecidas com dois peritos de psicodrama, independentes à equipa de investigação (Alfredo Soeiro e Rojas-Bermúdez). Estes peritos forneceram uma contribuição teórica ao sistema preliminar, para assegurar que as categorias estavam de acordo com os constructos da teoria do PM.

2.6.3.3 Fase 3 – Elaboração do manual

A etapa final envolveu a elaboração do manual de codificação para todas as categorias de ação, de impacto e de contexto que emergiram das primeiras fases (Anexo 9). O sistema foi designado como Helpful Aspects of Morenian Psychodrama Content Analysis System (HAMPCAS). O manual foi adaptado dos manuais do TICAS e HAETCAS e incluiu três secções: 1) uma explicação do processo de codificação; 2) a definição teórica das categorias integradas em cada um dos domínios de ação, impacto e contexto; e 3) exemplos do HAT para cada categoria. De referir que o manual é bilingue, tendo em conta que a sua validação foi realizada na língua inglesa, com os elementos constituintes do Comité de Investigação da FEPTO.

2.7. Validação preliminar do HAMPCAS

O sistema criado foi parcialmente validado por dois juízes independentes. Para os domínios de impacto e contexto, foram validadas apenas as novas categorias, tendo em conta que as correspondentes ao HAETCAS foram já validadas em estudos anteriores. Contudo, a categorização foi efetuada tendo em conta todas as categorias. Para o domínio de ação, procedeu-se à validação de todas as categorias.

A validação do HAMPCAS envolveu várias fases:

1. Preparação do Material para treino:

- Escolha dos Eventos do HAT a serem categorizados pelos juízes na fase de treino.

2. Primeira reunião com dois juízes psicodramatistas, membros da SPP:

- Contextualização e caracterização do grupo de clientes aos quais se referem os dados recolhidos;
- Explicação e fornecimento das notas de sessão;
- Treino no uso do manual;
- Codificação inicial dos exemplos, em grupo, para treino;

- Uma base de dados em excel com 30 UA foram entregues a cada um dos juízes.
3. Os juízes procederam à codificação, individualmente.
 4. Segunda reunião para discussão de discrepâncias e dificuldades:
 - Discussão de dúvidas relativamente a cada um dos domínios, separadamente;
 - Redefinição de categorias;
 - Esclarecer exemplos relacionados com dúvidas até encontrar consenso.
 5. Os juízes codificaram uma segunda parte da amostra (60 UA).
 6. O grau de confiança entre os juízes foi calculado.
 7. Terceira reunião para discussão e esclarecimento de novas dificuldades.
 8. Os juízes codificaram uma terceira parte da amostra (50 UA).
 9. O grau de confiança entre os juízes foi novamente calculado.
 10. As categorias de acção foram discutidas com a FEPTO-RC até se encontrar a versão final.
 11. Os juízes codificaram os eventos restantes (155 UA) e o grau de confiança para todos os eventos, foi calculado.

2.8. Resultados

Para a construção e validação preliminar do HAMPCAS foram consideradas as 65 sessões decorridas ao longo da recolha de dados, que correspondem a 217 HATs respondidos e 295 UA.

O HAMPCAS permite-nos fazer três tipos de categorizações:

- ação (o que foi feito?) – categorias relacionadas com as especificidades do modelo;
- impacto (que efeito na pessoa?) – categorias relacionadas com o efeito que teve na pessoa;
- contexto (objeto da experiência) – categorias relacionadas com as áreas/ contexto em que esse impacto ocorre.

2.8.1. Domínio de ação

Tendo em conta que as categorias encontradas neste domínio dizem respeito ao modelo do PM e que pouco se reviam nas categorias do HAETCAS, todas as categorias foram criadas de novo. Esta lista teve por base a revisão do estudo 1 e ambas foram apresentadas e discutidas em reunião bi-anual com o FEPTO-RC em outubro de 2012, que decorreu no Porto, na Universidade Fernando Pessoa (UFP). Este *Focus Group* teve duplo objetivo: por um lado, validar a lista de técnicas consensuais no PM e respetivas definições, do estudo 1; por outro, validar a descrição operacional de cada técnica a incluir no manual do HAMPCAS.

Passamos a descrever as questões surgidas em cada uma das categorias:

- Relativamente às categorias relacionadas com a ‘partilha’, foi questionado o porquê de as considerarmos dentro das fases da sessão (aquecimento e partilha) e não enquanto técnica. Foi consensual não se tratar de uma técnica, mas sim de uma ação decorrente do PM, que assume particular relevância pelo fenómeno de identificação entre os elementos do grupo, optando-se por clarificar dentro do manual. No que se refere à terceira categoria, a maioria das escolas não utiliza o termo ‘unidade funcional’ para se referir à equipa terapêutica (diretor e ego-auxiliar profissional). De facto, este conceito é introduzido, por Rojas-Bermúdez, em 1967 (Rojas-Bermúdez, 1997), de cuja escola a SPP se encontra mais

próxima. Optou-se por manter o conceito *unidade funcional* na versão portuguesa e alterar para *therapeutic team* na versão inglesa;

- As categorias relativas à dramatização foram uniformizadas e não suscitaram dúvidas, assim como a inversão de papéis e solilóquio;
- No que se refere à categoria ‘espelho’, embora muitas das escolas não utilizem o termo *mirror*, optou-se por manter e clarificar a definição operacional, explicando que as UAs devem ser assim categorizadas quando o ego assume o papel do protagonista e espelha (*mirroring*) os seus gestos, postura e palavras;
- Relativamente às categorias ‘duplo’ e ‘escultura’, as definições operacionais foram melhoradas;
- No que respeita à ‘interpolação de resistências’, algumas das escolas representadas desconheciam o termo. Esta técnica foi exemplificada em ação e o seu uso foi consensual, embora muitos dos psicodramatistas não lhe atribuíssem um nome. Algumas sugestões de alteração do termo foram propostas (*‘exploratory role’*, *‘paradox intervention’*, *‘alternative role proposal’*), contudo, concluiu-se pela sua manutenção, sendo que se atribui o conceito a Moreno (Cukier, 2002) e a sua operacionalização enquanto técnica a Rojas-Bermúdez (1997);
- No que se refere ao ‘átomo social’, surgiu a discussão explicitada no Estudo 1, entre ser uma técnica, ou uma representação gráfica. Foi encontrado consenso relativamente à sua inclusão no manual, por poder ser operacionalizada em ação;
- Relativamente às categorias ‘objetos intermediários’, ‘jogos dramáticos’ e ‘sociometria’, as definições operacionais foram melhoradas;
- A categoria ‘treino de papel’ tinha sido proposta enquanto *role-play* e foi consensualmente alterada, de acordo com o revisto no Estudo 1;

- Na categoria ‘outras técnicas ou ações’ foram incluídas: representação simbólica (quando há necessidade de representar uma situação real, difícil de colocar em palco, por exemplo, relação sexual); amplificação (amplificar ou exagerar uma expressão ou situação); concretização (tornar concreta e “real” uma questão abstrata) e cadeira vazia (uma cadeira vazia representa o lugar do outro significativo numa dramatização, com o qual protagonista pode inverter ou interagir). Estas técnicas foram incluídas para que se possa abrir a possibilidade do HAMPCAS servir melhor o PM na forma como é praticado por outras escolas, onde estas técnicas surgem com maior frequência.

Na Tabela 8 podemos observar a versão final do domínio de ação do HAMPCAS e a sua comparação com o HAETCAS.

Tabela 8

Tabela comparativa entre o domínio de ação do HAETCAS e do HAMPCAS

DOMINIO	HAETCAS (Elliott, 1988)	HAMPCAS
		1. Partilha do próprio
		2. Partilha de outros
		3. Partilha da unidade funcional
		4. Dramatização do próprio
	1. Client Expression	5. Dramatização de outros
	2. Client Disclosure	6. Inversão de papéis
	3. Client Discussion (Extratherapy Events)	7. Solilóquio
	4. Client Exploration	8. Espelho
AÇÃO/TÉCNICA	5. Other Client Actions	9. Duplo
	6. Basic Therapist Techniques	10. Escultura
	7. Specialized Therapist Techniques	11. Interpolação de resistências
	8. Other Therapist Techniques or Actions	12. Átomo social
		13. Objetos intermediários
		14. Jogos dramáticos
		15. Sociometria
		16. Treino de papel
		17. Outras técnicas ou ações

2.8.2. Domínio de impacto

As categorias de impacto surgidas no HAMPCAS foram comparadas com o TICAS e o HAETCAS (ver Tabela 9). A sua maior proximidade com o HAETCAS do que com o TICAS justificou a decisão de permanecer na linha de pensamento do primeiro. Foram acrescentadas quatro categorias de impacto útil ('relativização de problemas', 'fortalecimento da aliança de grupo', 'perdoar-se' e 'perdoar outros'), uma de impacto não útil (enfraquecimento das relações') e uma categoria ligeiramente modificada ('pensamentos indesejados' passou a 'experiências indesejadas'). A categoria 'relativização de problemas' e 'perdoar-se' foram incluídas, porque a frequência com que apareceram, justificava a sua criação e individualização das demais. A categoria 'perdoar os outros' foi criada de forma a seguir a lógica do HAETCAS de distinção entre impactos relacionados com 'o próprio' ou 'com outros'. As categorias 'fortalecimento da aliança de grupo' e 'enfraquecimento das relações' merecem especial destaque, por dizerem respeito exclusivamente ao formato grupal do PM. Muitos dos eventos referidos como importantes pelos clientes dizem respeito a fenómenos de grupo, pelo que se considerou importante separar do fenómeno da aliança terapêutica, nomeadamente para que esta dimensão seja considerada e devidamente estudada em posteriores estudos. A categoria 'pensamentos indesejados' do HAETCAS foi transformada para 'experiências indesejadas' no HAMPCAS, de forma a incluir a possibilidade de categorização de fenómenos para além de pensamentos, como sentimentos, atitudes e comportamentos, tendo em conta que o PM é, por definição, uma psicoterapia através da ação onde muitos dos eventos importantes estão relacionados com uma dimensão de ação e não apenas cognitiva.

Tabela 9

Tabela comparativa entre o domínio de impacto do HAETCAS e do HAMPCAS

IMPACTO	TICAS (Elliott, Reimschuessel, Sack, Cislo, & James, 1984)	HAETCAS (Elliott, 1988)	HAMPCAS
ÚTIL	1. Personal insight	1. Self Insight	1. Auto <i>insight</i>
	2. Awareness	2. Other Insight	2. Insight sobre outros
	3. Problem clarification	3. Self-Awareness	3. Auto-consciência
	4. Problem solution	4. Other Awareness	4. Consciência sobre outros
	5. Understanding	5. Positive Self	5. Otimista sobre si
	6. Reassurance	6. Positive Other	6. Otimista sobre outros
	7. Involvement	7. Self Metaperception	7. Metapercepção do <i>self</i>
	8. Personal contact	8. Other Metaperception	8. Metapercepção dos outros
		9. Problem Clarification	9. Clarificação de problemas
		10. Problem Solution	10. Solução de problemas
		11. Alliance Strengthening	11. Relativização de problemas
		12. Relief	12. Fortalecimento da aliança terapêutica
		13. Other Specific Helpful Impacts	13. Fortalecimento da aliança de grupo
NÃO ÚTIL	9. Unwanted thoughts		14. Perdoar-se
	10. Unwanted responsibility		15. Perdoar outros
	11. Misperception	14. Unwanted Thoughts	16. Alívio
	12. Negative therapist reaction	15. Therapist Omissions	17. Outros impactos úteis
	13. Misdirection	16. Digression	18. <u>Experiências indesejadas</u>
	14. Repetition	17. Poor Fit	19. Omissões do terapeuta
	15. Other (positive or negative)	18. Other Hindering Impacts	20. Divagação
			21. Desajuste
			22. Enfraquecimento das relações
			23. Outros impactos não úteis

2.8.3. Domínio de contexto

No que se refere ao domínio contexto, e tal como se pode observar na Tabela 10, comparativamente ao HAETCAS, apenas uma categoria foi criada ('intragrupo'), relativa às questões grupais, uma vez que o objeto da experiência referido como importante pelos clientes em muitos dos UAs, diz respeito ao próprio grupo.

Tabela 10

Tabela comparativa entre o domínio de contexto do HAETCAS e do HAMPCAS

DOMINIO	HAETCAS (Elliott, 1988)	HAMPCAS
Contexto	1. Self Only	1. Intrapessoal
	2. Family of Origin	2. Família de origem
	3. Marital Family	3. Família nuclear
	4. Work	4. Profissional
	5. Other Relationships	5. Outras relações
	6. Therapy	6. Terapia
	7. Other Specific Content	7. Intragrupo
	8. Outros conteúdos	

O HAMPCAS permite-nos, assim, categorizar narrativas de eventos significativos descritos pelos clientes, através de questionários como o HAT, da forma apresentada na Tabela 11.

Tabela 11

Exemplo de categorização de um ES através do HAMPCAS

	Exemplo HAT	Ação	Impacto	Contexto
Útil	Fazer a estátua da minha família. Passar pelo lugar de todos e recusar-me a fazê-lo no que diz respeito à minha mãe. Consegui passar o fim de semana seguinte com a minha mãe sem perder a razão, compreendendo os vários significados do que me diziam, e respondendo só com o que queria dizer-lhes. Fui confiante por 2 dias inteiros!	Dramatização do próprio	Solução de problemas	Contexto familiar
Não útil	A intensidade e a violência da dramatização. Toda a identificação que fiz com a protagonista. Mas isso não é um entrave, e não deveria ser negativo. Apenas foi doloroso	Estátua Inversão de papéis	Otimista sobre si	Intra-pessoal

No que se refere ao acordo inter-juízes (calculado com o Kappa de Cohen) no domínio de ação, podemos observar na Tabela 12, um bom valor (> 0.8) para todas as categorias de ação, quando considerados todos os eventos, à exceção da sociometria. É importante referir que o grau de acordo foi aumentando ao longo de cada uma das fases de treino, nomeadamente para algumas das categorias (partilha de outros, partilha da unidade funcional, jogos dramáticos e treino de papel), e à medida que a definição das categorias foi sendo melhorada. O contrário aconteceu no caso da dramatização do próprio e dramatização de outros, contudo, não comprometendo um bom valor final. Relativamente às categorias que apresentam o valor 1 (.00), salienta-se que apresentam baixa frequência nas UAs; contudo, parecem ser de fácil identificação quando presentes. Estas categorias dizem unicamente respeito a técnicas específicas do PM ('inversão de papéis', 'solilóquio', 'espelho', 'duplo', 'escultura', 'interpolação de resistências' e 'átomo social').

Tabela 12

Valores do acordo inter-juízes para cada categoria do domínio de ação

Domínio	Eventos			
	Ação	1 a 30	31 a 90	91 a 140
1. Partilha do próprio	.73 (.14)*	.84 (.11)*	.66 (0.12)	.81 (.42)*
2. Partilha de outros	.59 (.18)*	.66 (.13)*	.93 (0.07)	.84 (.40)*
3. Partilha da unidade funcional	.63 (.23)*	1 (.00)*	1 (0.00)	.95 (.032)*
4. Dramatização do próprio	.93 (.75)*	.87 (.68)*	.84 (0.07)	.92 (.027)*
5. Dramatização de outros	1 (.00)*	.72 (.96)*	.91 (.87)	.85 (.39)*
6. Inversão de papéis	a	1 (.00)*	1 (.00)	1 (.00)*
7. Solilóquio	a	a	a	1 (.00)*
8. Espelho	a	a	a	1 (.00)*
9. Duplo	a	1 (.00)*	a	1 (.00)*
10. Escultura	a	1 (.00)*	a	1 (.00)*
11. Interpolação de resistências	a	a	a	1 (.00)*
12. Átomo social	a	a	a	1 (.00)*
13. Objetos intermediários	a	a	a	a
14. Jogos dramáticos	a	.85 (.14)*	1 (.00)*	.87 (.071)*
15. Sociometria	a	a	0.48 (.36)*	-.007 (.00)*
16. Treino de papel	.47 (.36)*	.79 (.20)*	1 (.00)*	.83 (0.93)*
17. Outras técnicas ou ações	a	a	a	a

Nota. a. Não foi possível calcular o acordo porque pelo menos um dos juízes não atribuiu nenhuma vez o valor 1 (presente) para esta categoria. *. Para estas categorias o valor do acordo foi significativo ($p < 0.01$).

No que se refere às novas categorias nos domínios de impacto e contexto, podemos observar na Tabela 13, um bom acordo inter-juízes (> 0.7) para relativização de problemas, perdoar-se, experiências indesejadas e intragrupo. As categorias fortalecimento da aliança de grupo e enfraquecimento das relações apresentam, contudo, um baixo acordo (< 0.5).

Tabela 13

Valores do acordo inter-juízes para as novas categorias dos domínios de impacto e contexto

Domínio		Categoria	Todos os eventos N= 295
Impacto	Útil	Relativização de problemas	1 (0,00)*
		Fortalecimento da aliança de grupo	.45 (0.19)*
		Perdoar-se	.80 (0.20)*
		Perdoar outros	a
Não útil	Experiências indesejadas	1 (0.11)*	
	Enfraquecimento das relações	.39 (0.27)*	
Contexto	Intra-grupo	.73 (0.11)*	

Nota. a. Não foi possível calcular o acordo porque pelo menos um dos juízes não atribuiu nenhuma vez o valor 1 (presente) para esta categoria. *. Para estas categorias o valor do acordo foi significativo ($p < 0.01$).

Para algumas categorias não foi possível calcular o grau de acordo inter-juízes, porque não estavam presentes na amostra categorizada; contudo, no que se refere aos domínios de impacto e contexto, os juízes consideraram pertinente manter no sistema para ser alvo de validação posterior. No que se refere ao domínio de ação, considerou-se igualmente pertinente manter todas as categorias, tendo em conta a possibilidade da sua aplicação a variadas amostras, de várias escolas de PM, onde a predominância de técnicas utilizadas podem variar.

2.9. Discussão

Na revisão da literatura efetuada sobre a importância de estudar a perspectiva dos clientes, uma das ideias que se sustenta é que as mesmas constituem contributos privilegiados sobre o significado e valor da terapia no geral, e intervenções terapêuticas específicas (Elliott & James, 1989), podendo constituir fontes de informação importantes na estruturação de uma intervenção terapêutica. Muito embora o presente estudo seja de natureza naturalista, cujos dados não devem ser extrapolados para o PM que é praticado de forma geral, os resultados fornecem pistas importantes no que se refere ao potencial das perspectivas do cliente para a solidificação da teoria e

procedimentos do modelo. Por outro lado, permitem a distinção do PM de outros modelos psicoterapêuticos, uma vez que através das palavras do cliente, foram encontradas categorias que dizem respeito à teoria e técnica (todas as categorias criadas no domínio de ação) e que vão ao encontro da teoria descrita no Estudo 1. Surgiram ainda categorias que nos remetem para a importância do grupo, no processo psicoterapêutico (categorias de impacto – fortalecimento da aliança de grupo e enfraquecimento de relações; e de contexto – intragrupo, acrescentadas).

Refletindo sobre esta aproximação da teoria (através das palavras dos teóricos e terapeutas), à prática (através das palavras dos clientes), foi importante observar que as dificuldades encontradas na elaboração do HAMPCAS e validação pelos juízes vão ao encontro das dificuldades teóricas também encontradas ao longo do Estudo 1.

Começando pelo que foi consensual logo à partida, observamos que as primeiras cinco categorias (partilha do próprio; partilha de outros; partilha da unidade funcional; dramatização do próprio; dramatização de outros) e que dizem respeito ao *setting* e mecânica da sessão não levantaram dúvidas relevantes. Reportando-nos ao estudo 1, isto é teoricamente consensual no quadro europeu (Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Holmes, 1992; Kipper, 1997; Moreno & Moreno, 2012; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997). Estas cinco primeiras categorias encontradas através das narrativas dos clientes parecem ser também congruentes com o que Kipper e Hundal (2003) descreveram como sendo as características principais do PM, ou seja, é um método baseado na dramatização, habitualmente focado num protagonista, através de sessões com uma estrutura pré-determinada de três fases (aquecimento, dramatização e partilha). Estes autores sustentam, assim, a evidência de que a prática é consistente com o modelo teórico descrito na literatura profissional e que estes três aspetos do modelo constituem o fundamento da intervenção e contribuem para o efeito terapêutico (Kipper & Hundal, 2003).

Em primeiro lugar, não surpreende que nas descrições de ES pelos clientes, surja o facto de ser protagonista. Muito embora aguarde validação científica, a hipótese de que a concretização das realidades internas e externas sob a forma de dramatização tem vantagem terapêutica, há muito que constitui um dos fundamentos do PM clássico e tem vindo a ser alvo de vários estudos (Dayton, 2005; Kim, 2003; Kipper & Hundal, 2003).

Outra observação importante é que, através da perspectiva dos clientes, não surgem apenas relatos de ES relacionados com o facto de ser protagonista, mas também com a observação de outros enquanto protagonistas. Este aspeto é igualmente congruente com a teoria que defende a possibilidade do auditório no geral e dos egos-auxiliares em específico funcionarem como agentes terapêuticos uns dos outros, obtendo *insights* pessoais indiretos (Cukier, 2002; Kipper & Hundal, 2003).

Por outro lado, o facto de se defender o psicodrama enquanto terapia de e através das relações (Apter, 2003; Moreno & Moreno, 2011) vem ao encontro de se terem encontrado categorias de ação relacionadas com as diferentes partilhas que acontecem no *setting* grupal (do próprio cliente, por outros elementos e pela unidade funcional) e também categorias de impacto (fortalecimento da aliança de grupo e enfraquecimento das relações).

Passando assim para o domínio de impacto, e seguindo esta linha de reflexão sobre a importância assumida pelo fenómeno de identificação existente na psicoterapia de grupo em geral, através da partilha e troca de experiências, universalidade, modelagem e coesão (Yalom & Leszcz, 2005), não nos surpreende o aparecimento de categorias como relativização de problemas, perdoar-se e perdoar outros, como fenómenos decorrentes.

Por último, e relativamente à categoria surgida no domínio do contexto (intragrupal), mais uma vez vem ao encontro da literatura e ressalta um dos fundamentos da psicoterapia de grupo, descrita por Moreno (Cukier, 2002), como “as vivências comuns do ‘consciente comum’ e do ‘inconsciente comum’”. Quanto mais tempo durar um grupo constituído artificialmente, mais se começa a parecer com um grupo natural, a desenvolver e partilhar uma vida cultural e social comum e inconsciente, de onde os membros tiram suas forças, seus conhecimentos e sua segurança. (...) É o ponto culminante que completa o sentido de unidade, de identidade e o de ‘pertencer’ a um grupo” (p. 237).

Muito embora algumas das categorias criadas no domínio de ação não tenham sido encontradas nos eventos descritos, as mesmas podem vir a ser importantes para a

categorização de diferentes amostras, tendo em conta o estilo do diretor e a escola a que pertence. Por outro lado, ao ter sido validado pela FEPTO-RC, que considerou importante a inclusão de todas as técnicas e especificidades do modelo que constam deste domínio, pretende-se que o HAMPCAS possa vir a ser utilizado no âmbito internacional.

Desenvolver compreensão sobre quais os aspectos úteis percebidos pelo cliente e como eles se relacionam com os sistemas formais de classificação existentes pode ajudar a aprofundar a compreensão dos processos terapêuticos, com o objetivo final de melhorar a eficácia (Hampson, 2008).

Enquanto aspetos a melhorar, começamos por apontar que uma das questões do HAT, mereceria uma reformulação para o formato de psicoterapia de grupo. A saber, onde se lê: “De todos os acontecimentos desta sessão, qual o ajudou mais, ou foi mais importante para si? (por «acontecimento» entende-se algo que tenha acontecido durante a sessão. Poderá ser algo que disse, ou fez, ou algo que o terapeuta disse ou fez)”, deveria ler-se: “De todos os acontecimentos desta sessão, qual o ajudou mais, ou foi mais importante para si? (por «acontecimento» entende-se algo que tenha acontecido durante a sessão. Poderá ser algo que disse, ou fez, algo que o terapeuta, ego-auxiliar ou grupo, disse ou fez)”.

Por outro lado, muito embora tenha sido incluída uma metodologia de registo de sessão, esta mereceria igualmente atenção especial, na medida em que se revelou fundamental no auxílio da categorização das UAs e foi muitas vezes insuficiente. Talvez este tenha sido um dos fatores que contribuiu para o facto de não terem sido encontradas determinadas categorias/técnicas na análise efetuada, e mesmo para o baixo acordo inter-juizes em algumas das categorias. Assim sendo, em posteriores estudos será importante recolher e facultar aos juizes, de forma mais sistematizada, informação sobre as sessões (quem foi protagonista, ego-auxiliar, breve explicação da sessão, técnicas utilizadas, entre outros) e sobre o cliente (dados sociodemográficos, motivo da indicação para psicoterapia e psicoterapia de grupo, e quadro clínico).

Por último, em próximos estudos com amostras pequenas de ES, será de considerar a possibilidade de agrupamento de categorias, nomeadamente no domínio de

impacto, de forma a reduzir as dificuldades relacionadas com o número elevado de categorias e aumentar a sua representatividade.

CAPITULO III – Estudo 3 - O que aprendemos sobre o PM a partir da perspectiva do cliente: Estudo dos Eventos Significativos num grupo naturalístico de PM

Introdução

O aparecimento do Psicodrama Moreniano (PM) teve um papel fundamental no desenvolvimento das psicoterapias de grupo. O prestígio que lhe foi sendo reconhecido, e que conduziu à sua propagação, tem sido atribuído ao poderoso impacto observado na prática clínica. Contudo, foi perdendo popularidade, nomeadamente na América do Norte, alegadamente pela ausência de validação científica. Por um lado, parece ter havido pouco investimento na produção sistemática de estudos sobre a eficácia do psicodrama. Por outro, os estudos efetuados têm sido criticados pelas suas limitações metodológicas (Kipper & Ritchie, 2003; Wieser, 2007). Este trabalho pretende contribuir para a compreensão do processo de mudança em PM, partindo dos eventos significativos assinalados pelos elementos de um grupo ao longo de um ano e meio de tratamento, e relacionando-os com o progresso clínico observado durante esse período.

3.1. Panorama breve da investigação em PM

Entre 1980 e 2003 foram efetuadas quatro revisões da literatura sobre a investigação em psicodrama (D'Amato & Dean, 1988; Kipper, 1978; Rawlinson, 2000 citados por Kipper & Ritchie, 2003; Kellerman, 1987). Duas destas revisões (Kellerman, 1987; Kipper, 1978 citado por Kipper & Ritchie, 2003), focam-se em estudos experimentais controlados que testam o efeito do psicodrama. As outras duas são de âmbito mais alargado e incluem estudos experimentais do efeito do psicodrama, estudos de resultados (com avaliação pré e pós tratamento) e estudos de caso. Em geral, todas as revisões chegaram a uma conclusão semelhante, ou seja, que, embora a pesquisa empírica acerca do psicodrama revele alguns resultados encorajadores, as evidências são ainda insuficientes e existe alguma falta de rigor metodológico.

Na revisão de 23 estudos de resultados e estudos de caso, publicados entre 1952 e 1985, Kellerman (1987) concluiu que o psicodrama promove mudança comportamental nas perturbações de adaptação e anti-social, diminuição da agressividade e melhoria das atitudes e comportamentos em relação aos outros. Kipper

(1978, citado por Kipper & Ritchie, 2003) concluiu que embora a investigação aponte para uma validação empírica, é necessária mais investigação.

O primeiro estudo meta-analítico sobre a eficácia das técnicas psicodramáticas foi conduzido por Kipper e Ritchie (2003). Todos os estudos selecionados tinham em comum a definição de psicodrama enquanto método que usa a dramatização de experiências pessoais através de roleplaying em condições simuladas, e incluem pelo menos uma cena e uma técnica psicodramática. Com base nesta definição, foram identificados quatro grupos de estudos que utilizaram técnicas de psicodrama. Três dizem respeito a investigações de técnicas únicas - inversão de papéis, role-playing, e duplo. Um último grupo refere-se a estudos que utilizaram várias técnicas. Foram analisados vinte cinco estudos publicados em inglês, entre 1965 e 1999, em revistas com revisão por pares. Um dos critérios de inclusão foi serem estudos com grupo de controle e experimental, com informação estatística suficiente para o cálculo do efeito. A primeira implicação deste estudo, referida pelos autores, foi a verificação de um efeito global de 0.95, acima do ponto de corte de 0.80, o que indica um forte efeito. Este, é largamente superior aos usualmente indicados na literatura sobre a eficácia das psicoterapias de grupo no geral. A inversão de papéis e o duplo surgem como as técnicas mais eficazes. O role-playing mostra um efeito baixo. Dada a utilização generalizada do role-playing na investigação, terapia e treino profissional, eram esperados melhores resultados. Isso pode dever-se ao número baixo de estudos incluídos, relativamente aos outros três grupos. O grupo que incluía várias técnicas em simultâneo e que considera todo o procedimento psicodramático como a unidade básica da investigação, revelou igualmente um efeito baixo a moderado. Não obstante, volta a indicar a escassez de investigação como uma questão preocupante. Os vinte cinco trabalhos selecionados dizem respeito a um período de três décadas, e muito embora não constituam o universo total da literatura publicada, revela pouca produção científica. A segunda implicação deste estudo, apontada pelos autores, é o facto de demonstrar a possibilidade de realizar investigação quantitativa no psicodrama, contrariando uma ideia presente até então. Por outro lado, ao concentrar-se em técnicas individuais e não no processo abre a possibilidade da integração das técnicas, individualmente, noutras abordagens de psicoterapia e alegadamente, a uma direção mais promissora para investigação futura, do que até então.

Em 2007, Wieser procede a uma revisão dos estudos sobre a eficácia do psicodrama. Foram agrupados cinquenta e dois estudos, publicados e não publicados, de acordo com as categorias da International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision (ICD-10). Esta amostra inclui oito ensaios clínicos randomizados, quatorze estudos comparativos e trinta estudos naturalísticos, todos com pré e pós teste e alguns com follow-up. O autor concluiu que existem estudos que revelam efeitos estatisticamente significativos do psicodrama em vários distúrbios, como sejam perturbações mentais e comportamentais, esquizofrenia, perturbação esquizotípica e delirante, perturbações do humor, perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o stress e somatoformes, perturbações do comportamento e emocionais na infância e adolescência.

Apresentamos até agora, resultados de revisões de estudos que incidiram sobre os resultados do psicodrama, i.e. o efeito do psicodrama enquanto psicoterapia. Existem porém na literatura, revisões que congregam estudos sobre o processo do psicodrama, i.e., os mecanismos através dos quais o psicodrama proporciona experiências terapêuticas aos pacientes. Nomeadamente, numa revisão feita por Kipper e Hundal (2003), procurou-se elaborar uma descrição do modelo com base na análise de descrições dos estudos de caso e relatórios clínicos publicados entre 1970 e 2000. Para inclusão, os estudos deveriam ser escritos em inglês e publicados em revistas de referência e deveriam mencionar o número de participantes, protagonistas, idade e género, número de sessões, tempo da sessão, duração do tratamento, *setting* e as técnicas aplicadas. Excluíram todas as ilustrações de caso que tinham como objetivo a investigação empírica e consideraram apenas estudos narrativos. Concluíram que a prática relatada é consistente com o modelo teórico descrito na literatura e de que há uma tendência para os autores escreverem sobre sessões únicas, com foco num protagonista.

Em Portugal, o psicodrama também tem sido abordado por diversos autores, tanto em estudos sobre os resultados como sobre o processo desta psicoterapia, à semelhança do que tem acontecido no panorama internacional acima apresentado.

No que se refere aos estudos de resultados do psicodrama, há quase três décadas atrás, Marques Teixeira (1989; citado por Saraiva & Albuquerque, 1996) utilizou as

escalas de Hamilton para a depressão e ansiedade antes e após a terapia, concluindo por uma melhoria dos perfis sintomáticos após tratamento, bem como melhoria do autoconceito que, segundo os autores, poderia traduzir desenvolvimento pessoal. Mais tarde, Vieira, Carnot e Canudo (1993) procederam a uma avaliação (pré e pós tratamento, com um ano de intervalo), de um grupo de psicodrama com nove pacientes, adultos, em consulta externa num hospital psiquiátrico. Entre outros instrumentos, aplicaram o Symptom Check List (SCL-90), o Inventário de Depressão de Beck e o STAY e concluíram igualmente melhoria dos perfis sintomáticos. Contudo, é de salientar que, segundo os próprios autores, existiram dificuldades em objetivar os fatores terapêuticos que estiveram na base das mudanças clínicas.

Em 1994, Godinho realizou um estudo prospetivo dos benefícios, indicações e contra-indicações do PM. Seguiu um design quase-experimental com medidas repetidas, uma vez que na situação experimental (terapia psicodramática) os mesmos sujeitos (N=32) participam de todas as condições. Foram administrados o SCL-90, o Inventário de Resolução de Problemas, o Inventário Clínico de Auto-Conceito de Adriano Vaz Serra e o Adjective Check List (ACL) em dois momentos, com um ano de intervalo. As principais mudanças verificaram-se ao nível das características da personalidade: das 24 dimensões da personalidade que compõem o ACL, 75% obtiveram diferenças significativas. Os indivíduos melhoraram a capacidade de expressão dos afetos, apresentando menos receio de se exporem e, portanto, uma atitude menos defensiva. A redução sintomatológica (SCL-90) foi igualmente significativa em cerca de 60% das dimensões psicopatológicas (depressão, ansiedade, obsessão-compulsão, psicoticismo e somatização). Por fim, observaram-se mudanças a nível dos mecanismos de coping e do auto-conceito. Uma análise mais detalhada subdividiu a amostra em dois grupos (o que beneficiou e o que não beneficiou). Os pacientes que não beneficiaram do tratamento apresentaram um agravamento na agressividade e registou-se, inclusivamente, uma acentuação significativa a nível da sensibilidade interpessoal, depressão, assim como um agravamento na hostilidade, em alguns destes indivíduos. Com base nestes resultados, a autora avança a hipótese de que quadros psicopatológicos muito graves, não beneficiam do psicodrama, sendo por isso contra-indicados os distúrbios neuróticos crónicos, quadros psicóticos não residuais e todas as formas de esquizofrenia (excetuando esquizofrenias residuais).

Marques Teixeira et al. (2004) procuraram estudar a evolução de um grupo de psicodrama da consulta externa de um hospital psiquiátrico tendo por objetivos (1) avaliar a eficácia do psicodrama na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, (2) avaliar os fatores preditivos da evolução grupal e individual e (3) determinar as especificidades da “representação” neste tipo de grupos. Os resultados sugerem que (1) o psicodrama centrado no grupo é eficaz quer ao nível da redução dos sintomas quer ao nível do desenvolvimento pessoal, (2) que a instalação precoce da coesividade no grupo é um bom fator preditivo da evolução individual e grupal (3) que a “representação” tem um papel específico no desenvolvimento precoce da coesividade grupal e que (4) o nível de empatia do diretor é o principal fator da facilitação do desenvolvimento quer das inter-relações significativas quer da coesividade do grupo. De salientar tratar-se de um estudo de resultados em que a amostra foi composta por apenas seis pessoas.

Para além dos estudos de resultados, apresentados até ao momento em Portugal, apenas se conhece um estudo exploratório de compreensão dos fatores terapêuticos na perspectiva dos clientes. Saraiva e Albuquerque (1996) inquiriram pessoas que integraram grupos de psicodrama dirigidos pelos próprios autores, entre 1988 e 1994. Das 68 pessoas inquiridas, obtiveram 38 respostas às questões: “O que é que o fez fazer psicodrama”; “Acha que beneficiou com a terapia?”; “O que achou de mais positivo?” e “O que achou de mais negativo”. Trinta e uma pessoas referem ter beneficiado com a terapia referindo um melhor conhecimento do próprio e do outro; maior tolerância e relativização no sentido da perceção de existirem pessoas com problemas mais graves do que os seus e “um encontro entre a imagem que cada um tem de si próprio e a que os outros têm de nós”. No entanto, não é especificado o método de análise utilizado, o que constitui uma limitação importante deste estudo.

Mais recentemente, Vieira (2014) combinou, num só estudo, variáveis sobre os resultados e processo do psicodrama, utilizando um paradigma metodológico pluralista. Em concreto, Vieira (2014) estudou a eficácia do psicodrama na melhoria do funcionamento alexitimico e na redução dos comportamentos alimentares desadaptativos em mulheres com obesidade. Avaliou um programa de intervenção de 12 semanas, comparando dois grupos (experimental e controlo). Os resultados revelam redução dos comportamentos de ingestão emocional, índice de massa corporal e uma melhoria do funcionamento alexitimico, sobretudo ao nível do pensamento orientado

para o exterior. Clinicamente, 81% das participantes do grupo experimental apresentou uma remissão parcial dos critérios de diagnóstico de perturbação de ingestão compulsiva e a intervenção revelou ser eficaz no aumento do bem-estar subjectivo e espontaneidade e na diminuição de queixas e sintomas. Para estudar o processo do psicodrama, Vieira considerou os eventos significativos indicados pelas pacientes, para compreender que aspectos do processo terapêutico contribuíram para a mudança. Os resultados destacam os factores grupais, o insight e o empoderamento, como os aspetos mais úteis para o processo de mudança. Os jogos psicodramáticos surgem como centrais na avaliação das sessões pelas participantes.

Em suma, e tendo em conta o panorama descrito, podemos observar, tanto internacional como nacionalmente, uma predominância de investigação sobre os resultados do psicodrama, quer ao nível do tratamento de grupos específicos de perturbações psicológicas (Costa, António, Soares & Moreno, 2006; Dogan, 2010; Fong, 2007; Kirk & Dutton, 2006; Somov, 2008; Vieira, 2014), quer ao nível do efeito das técnicas psicodramáticas em geral. No entanto, existe uma grande escassez de estudos que se refiram ao processo pelos quais o psicodrama fomenta mudanças clínicas nos pacientes. Por outro lado, há também uma carência nas metodologias de análise específicas para o Psicodrama, enquanto terapia de grupo, bem como apenas um instrumento estandardizado (SAI-R; Kipper & Shemer, 2007). Como é que podemos contribuir para fazer avançar esta área de investigação?

3.2. Investigação do processo de mudança

Na investigação em psicoterapia em geral, e do psicodrama em particular, é desejável que a par dos estudos sobre os resultados no tratamento de diferentes quadros clínicos (investigação de resultado), e de estudos que descrevem sessões ou técnicas (investigação de processo), seja igualmente desenvolvida investigação que ajude a compreender como opera o psicodrama, como este é vivenciado pelos participantes e como essas experiências se associam aos resultados do tratamento.

Uma das alternativas metodológicas para abordar este tópico é o paradigma Change Process Research (CPR), proposto por Elliott (2012) como um enquadramento meta-teórico que estrutura um vasto domínio de investigação em psicoterapia. De acordo com Elliott (2010), o CPR consiste no “estudo dos processos através dos quais a

mudança ocorre em psicoterapia e funciona como um complemento necessário aos ensaios clínicos e outros estudos de eficácia do tratamento” (p.123).

Elliott (2012) descreve quatro formas de CPR. As três primeiras traduzem-se em designs básicos de investigação e incluem os estudos quantitativos processo-resultado, estudos qualitativos com base nos fatores úteis e estudos de processo microanalítico sequencial; o quarto, a abordagem dos eventos significativos, integra os três primeiros.

O primeiro tipo - paradigma processo-resultado - usa processos chave em terapia, tal como a aliança terapêutica, para prever o resultado pós-terapia. Esta é a forma mais popular de CPR e tem sido realizada nas várias perspetivas: clientes, terapeutas e observadores. Contudo, segundo Elliott (2010) apresentam limitações ao nível da validade interna, por considerarem apenas os inputs e os outputs, negligenciando todo o processo que os medeia.

O segundo tipo - microanálise de sequências de respostas cliente-terapeuta – investiga momento a momento, a interação cliente-terapeuta, dentro da sessão. Estes estudos examinam a influência direta e imediata da intervenção terapêutica no cliente, e também o efeito das ações do cliente no processamento e planeamento das atividades do terapeuta, assumindo um grande potencial para fundamentar a teoria sobre os processos fundamentais de influência terapêutica. Uma limitação deste tipo de estudos é que requer muito tempo, além de não nos dizer como é que a relação terapeuta-paciente se traduz em termos de resultados pós-terapia.

O terceiro - design fatores úteis – baseia-se nas experiências dos clientes relativamente aos aspetos da terapia, que ajudaram (ou constituíram um entrave) à mudança. Essencialmente, isto pode ser feito com medidas de processo geradas pelo paciente (ver estudo 2 para uma definição mais detalhada), tais como a Change Interview (CI; Elliott, Slatick, & Urman, 2001) ou o HAT (Llewelyn, 1988). Este tipo de investigação tem a vantagem de facilmente ser conduzida em contexto de prática clínica e posteriormente integrada em estudos RCT, e também de possibilitar a criação de métodos de análise de dados, específicos a determinados modelos. A principal limitação que tem vindo a ser apontada a estes estudos prende-se com a possibilidade da falta de capacidade por parte do cliente para expressar verbalmente processos subtis de

mudança (Elliott, 2010). Esta limitação pode porém ser contornada, combinando este tipo de estudo, com métodos de estudo de caso como o Hermeneutic Single-Case Efficacy Design (HSCED; Elliott, 2002), que sustenta a credibilidade do cliente através da procura sistemática de evidência pela combinação de vários tipos de medida.

A maioria dos investigadores parece restringir-se a um único tipo investigação, rejeitando os outros. Num esforço de conjugação das vantagens de cada um deles, parece uma tendência natural fazer uso de vários métodos, para aplicar à avaliação dos processos de mudança em psicoterapia. Neste sentido, um paradigma de investigação mais complexo - abordagem dos eventos significativos - emergiu da combinação de múltiplos elementos das abordagens acima descritas para fornecer estratégias mais compreensivas de como a mudança ocorre em terapia, através da recolha simultânea de dados qualitativos e quantitativos (Elliott, 2010). Este tipo de estudos tem como foco os momentos terapêuticos importantes, sejam úteis ou não úteis¹⁰, utilizando vários tipos de estratégia na sua identificação, que podem ir desde o auto-relato do cliente (e.g. HAT), a métodos observacionais das sessões (e.g. Notas de sessão do estudo 1) e entrevistas gravadas (e.g. CI), e até mesmo na combinação destas estratégias. Por último, esta abordagem integra as medidas de resultado na procura de relações entre o processo na sessão e os resultados.

Uma das vantagens destes estudos prende-se com a sua atratividade para os terapeutas, na medida em que se baseiam em transcrições e/ou narrativas de exemplos clínicos reais. São altamente flexíveis e podem ser usadas numa grande variedade de terapias e tipos de eventos. Por último, normalmente, vão para além dos modelos de um ou dois fatores do processo de mudança, encorajando modelos integrativos mais ricos e clinicamente representativos. O facto de serem pouco utilizados deve-se ao facto de serem tecnicamente exigentes e consumirem muito tempo. Elliott (2010) defende que a sua complexidade implica pouca adequação para uma investigação isolada, e os torna mais úteis para programas integrados de investigação e sugere a importância deste tipo de estudos para a construção, adaptação e desenvolvimento de modelos terapêuticos e da sua compreensão como um todo.

¹⁰ É importante referir que esta será a tradução de 'hindering' utilizada ao longo deste estudo. Por hindering entende-se algo sentido pelo cliente como negativo, ou um entrave para o processo terapêutico.

O presente estudo constitui parte de um projecto, de natureza longitudinal, que visa estudar os processos individuais de mudança psicológica num grupo naturalístico de PM. Insere-se no quarto paradigma da CPR – abordagem fatores úteis – recorrendo a métodos mistos (quantitativos e qualitativos) (Elliott, 2002). Utiliza medidas de mudança individuais (PQ, CORE e SAI-R), e a identificação dos eventos significativos na terapia (HAT), para o estabelecimento de relações sistemáticas entre eventos ocorridos nas sessões e os resultados atingidos pelo cliente (Carvalho, Faustino, Nascimento & Sales, 2008).

3.3. Perguntas de investigação

O presente estudo foi guiado pelas seguintes perguntas de investigação:

1. O que caracteriza as sessões de um grupo de psicodrama, em contexto naturalista, na perspetiva do paciente (i.e. através do HAT)?
2. O que caracteriza os eventos identificados pelos clientes no HAT ao longo de um ano e meio de participação no grupo de psicodrama?
3. Qual a relação entre os eventos significativos identificados por cada cliente e a(s) mudança(s) psicológica(s) ocorridas ao longo de um ano e meio de participação no grupo de psicodrama?

3.4. Método

3.4.1 Caracterização da amostra

Este estudo refere-se a um grupo naturalista e aberto de PM, cujas sessões decorreram semanalmente durante um período de 1,5 anos (i.e. de 7 de janeiro de 2011 a 27 de julho de 2012). Este grupo era composto por sete elementos, todos do sexo feminino, com uma idade média de 37 anos ($sd = 9.3$) (consultar o estudo 2 para uma descrição completa das características dos pacientes).

Ao longo deste ano e meio, ocorreram 65 sessões terapêuticas, das quais resultaram 217 HATs respondidos. Destes HATs extraiu-se um total de 295 eventos significativos.

3.4.2. Instrumentos de avaliação

3.4.2.1 Helpful Aspects of Therapy (HAT; Elliott, 1993; Sales et al., 2007). O HAT é uma medida qualitativa, semi-aberta, para medir o processo da terapia. Tal como se apresentou num estudo anterior, o HAT permite aos clientes identificar eventos significativos em cada sessão terapêutica, i.e., os aspetos inerentes à terapia e/ou terapeuta que tornam as sessões úteis, dolorosas ou pouco benéficas, do ponto de vista do paciente (Anexo 5).

3.4.2.2 Questionário Pessoal Simplificado (PQ; Elliott, Shapiro & Mack, 1999; versão Portuguesa de Sales et al., 2007). O PQ é uma medida para avaliar o resultado da terapia, ou mudanças psicológicas, e que é composta por itens criados pelo cliente, nas suas próprias palavras. Os itens individualizados que constam do PQ são criados numa entrevista semi-aberta, no momento pré-tratamento, em que se pede aos clientes para enunciarem os problemas que os levaram a procurar tratamento psicológico. Estes problemas são, em seguida, ordenados pelo próprio de acordo com o grau de importância que têm para si, sendo depois cotados numa escala de Likert com 7 pontos tendo em conta o grau de mal-estar que têm causado e há quanto tempo têm causado esse mesmo mal-estar (de “menos de 1 mês” até “mais de 10 anos”). Após o momento pré-tratamento, a lista dos itens PQ é mostrada ao cliente em cada sessão, ou de forma periódica ao longo do tratamento, em que já se pede apenas a cotação do mal-estar, na escala descrita acima, passado a ser, portanto, administrado de forma análoga a um instrumento de auto-relato (Anexo 10).

3.4.2.3 Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM; Evans et al., 2002; versão Portuguesa: Sales, Moleiro, Evans & Alves, 2012). O CORE-OM é uma medida de auto-relato que visa avaliar o bem-estar psicológico dos clientes. O CORE-OM inclui 34 itens que se organizam em 4 sub-escalas: 1) bem-estar subjectivo; 2) funcionamento pessoal e social; 3) sintomas; e 4) comportamentos de

risco. Todos os itens do CORE-OM são cotados pelo paciente numa escala Likert de 5 pontos que varia entre “Nunca” até “Sempre ou quase sempre” (Anexo 11).

3.4.2.4 O Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R; Kipper & Shemer, 2007) é um inventário de auto-relato que pretende medir a intensidade da espontaneidade através da questão: “Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?” Esta questão é seguida por uma lista de 18 adjetivos e frases que descrevem sentimentos e pensamentos tais como “alegre”, “livre para criar”, “com energia”. Os participantes respondem mediante uma escala tipo Likert de 5 pontos, desde 1 (muito fraco) a 5 (muito forte) (Anexo 12). O resultado final é calculado pelo somatório do valor atribuído a cada um dos 18 itens, no intervalo possível de 18 a 90. Talvez a proposta mais importante na abordagem de Moreno para a psicoterapia é a afirmação de que a espontaneidade leva à saúde psicológica (1997). O SAI-R é, até à data, o único inventário de auto-relato específico para um dos conceitos nucleares da teoria do PM, e será útil como medida quantitativa do progresso terapêutico.

3.4.2.5 Entrevista de Mudança (Elliott, 1996; Sales, Gonçalves, Silva et al., 2007) é uma entrevista semi-estruturada que tem em vista a obtenção de informação qualitativa acerca das mudanças operadas durante a terapia, do ponto de vista do cliente. Inclui perguntas sobre o que o cliente acredita que tem mudado ao longo da terapia, a que é que atribui essas mudanças e quais os aspectos que considera úteis e prejudiciais, da terapia. Originalmente foi criada para ser administrada no final da terapia. A versão portuguesa foi modificada de forma a poder ser utilizada em *follow-up* e explorar as mudanças que possam ter ocorrido após a alta (Anexo 13).

3.5. Procedimento

Para este estudo, todas as clientes que participaram no grupo de psicodrama foram avaliadas em vários momentos, com instrumentos de resultado e processo da terapia, de acordo com o protocolo apresentado na Figura 2. Na primeira avaliação, além da assinatura do consentimento informado (Anexo 8) e do preenchimento de ficha de identificação (Anexo 14), aplicou-se o CORE - OM, o PQ e o SAI-R. Esta primeira

sessão de avaliação foi realizada presencialmente pela investigadora (ASC) e individualmente, a cada cliente.

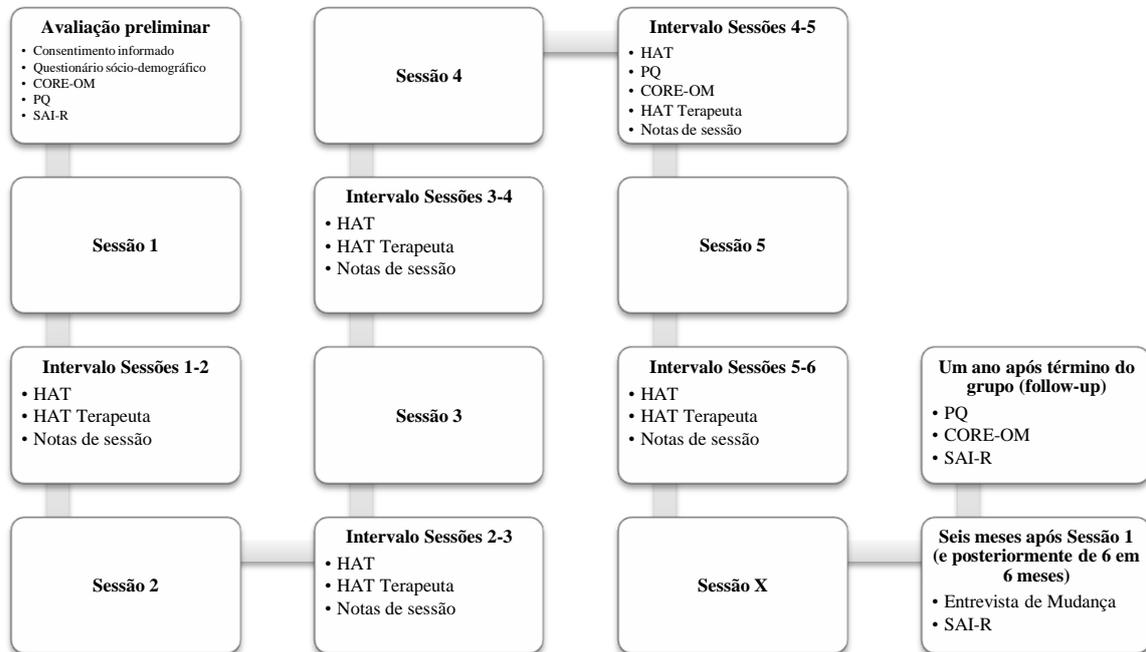


Figura 2. Protocolo de avaliação utilizado ao longo de um ano e meio de sessões.

Tal como indica a Figura 2, a partir da primeira sessão passou-se a aplicar o HAT semanalmente no período entre sessões, ou seja, após cada sessão e antes da sessão seguinte. Durante os dois primeiros meses, o protocolo foi preenchido pelos pacientes antes da próxima sessão, em formulários de papel. No entanto, devido a limitações de tempo, os dados passaram a ser recolhidos em formato eletrónico, i.e., através de um *survey online*, enviado a cada cliente após o término das sessões, no próprio dia. Em paralelo ao HAT, o PQ e o CORE-OM passaram a ser aplicados mensalmente, também em formato eletrónico. Todos os dados recolhidos através deste *survey online* foram ficando armazenados numa conta protegida por palavra-passe e à qual só a investigadora teve acesso. Importa também dizer que a gestão de todos estes dados foi feita através de um *software* de monitorização clínica em psicoterapia, o *Individualized Patient Progress System* (IPPS; Sales & Alves, 2012; Sales, Alves, Evans & Elliott, 2014).

A Entrevista de Mudança foi aplicada em dois momentos intermédios e no final da terapia, em regime individual e presencial, a cada paciente, juntamente com o SAI-R. Um dos elementos do grupo abandonou a terapia em final de abril de 2011, tendo-lhe sido efetuada uma avaliação de *follow-up* onde se administrou o PQ, CORE-OM e Entrevista de Mudança, um mês depois da sua saída do grupo. Para as restantes seis clientes, a avaliação de *follow-up* foi realizada um ano depois do término do grupo.

Após o término da recolha de dados, os eventos extraídos pelo HAT foram categorizados com base no HAMPCAS, conforme está descrito no Estudo 2. Para o presente estudo, e dado que o acordo inter-juízes foi satisfatório, utilizaram-se as categorizações feitas por um dos juízes a todos os eventos, relativas apenas ao domínio de ação. Esta escolha recai da intenção de explorar o comportamento deste novo domínio, junto da metodologia escolhida para o estudo do PM.

3.6. Resultados

Os resultados serão apresentados em três secções: em primeiro lugar, a análise das experiências das clientes, após cada sessão; depois, a análise do progresso clínico mensal das clientes, ao longo do ano e meio em que o grupo foi monitorizado; e, por fim, a exploração de relações entre os eventos significativos nas sessões e o progresso clínico.

3.6.1 O Psicodrama do ponto de vista das clientes: O que é significativo nas sessões? Ações associadas a eventos significativos e seu impacto.

3.6.1.1 Adesão ao HAT

No final de cada sessão, era solicitado a cada participante que preenchesse o HAT. Começamos por observar a adesão das clientes a este procedimento, calculando uma *taxa de adesão ao HAT*, para cada sessão (nº de HAT preenchidos a dividir pelo nº de participantes na sessão), A Figura 3 apresenta a distribuição da taxa de adesão ao longo das 65 semanas do estudo.

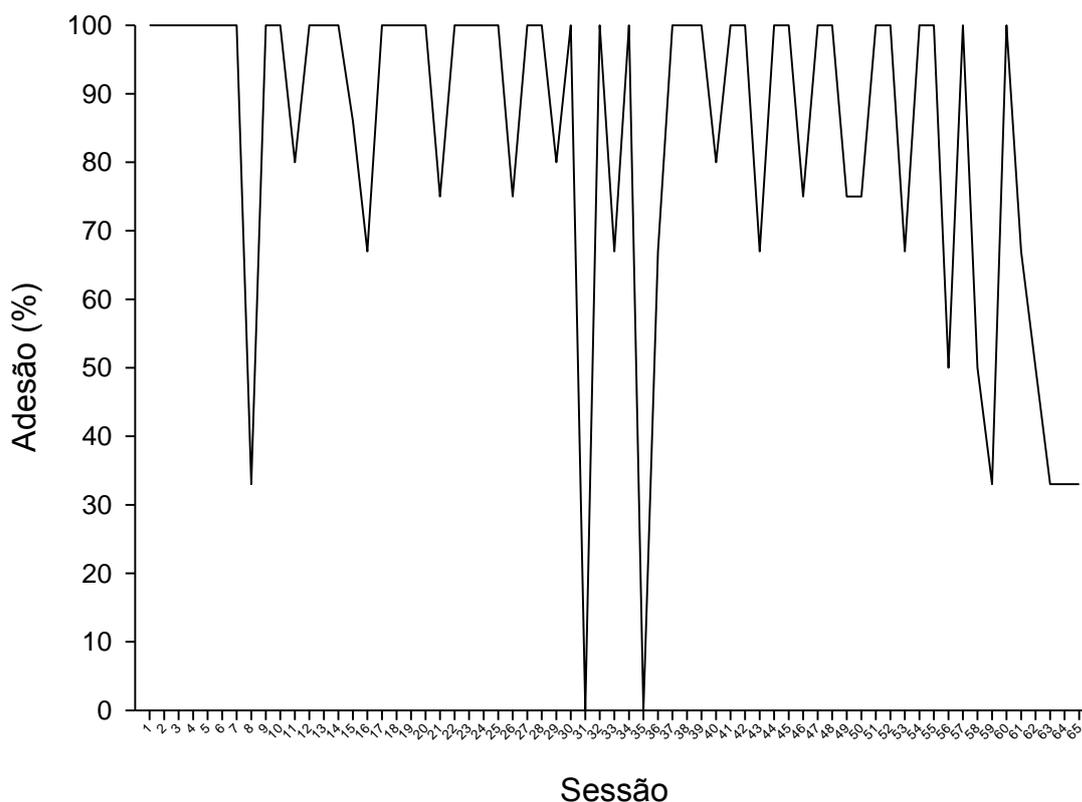


Figura 3. Adesão (percentagem de clientes que responderam ao HAT) em cada sessão.

Os níveis de adesão são, em geral, elevados: 40 sessões com taxa de adesão de 100%, nível médio de adesão de 83,3% (desvio-padrão: 25,9%). Observa-se a existência de sete sessões com adesão reduzida (abaixo dos 50%: sessões 8, 31, 35, 59, 63, 64 e 65). As sessões com adesão inferior a 100% tornam-se mais frequentes ao longo do período de observação, verificando-se uma clara diminuição das taxas de adesão nos últimos meses.

3.6.1.2 Até que ponto as sessões de psicodrama são úteis?

Com o objetivo de compreender em que medida as clientes sentiram as sessões como úteis ao longo do processo, verificou-se se nas sessões houve eventos significativos assinalados, distinguindo entre os eventos úteis e os eventos sentidos como negativos. Os resultados mostram que em 89% das sessões, houve pelo menos um evento útil; em contraste com 65% das sessões, nas quais foi relatado pelo menos um evento negativo, i.e., sentido como um entrave no tratamento.

Relativamente aos eventos úteis em cada sessão, observa-se variabilidade, oscilando até ao máximo de nove eventos. Habitualmente, o grupo assinala 3 eventos úteis por sessão (66,2% das sessões). Ocorreram seis sessões onde não há indicação de eventos úteis; correspondem a duas sessões onde nenhum dos participantes preencheu o HAT e a quatro sessões onde os participantes referiram não ter ocorrido qualquer tipo de evento relevante. Regista-se apenas uma única sessão (sessão 58) onde, tendo havido indicação de eventos negativos, nenhum evento útil foi identificado; nesta sessão houve quatro presenças, mas apenas duas clientes responderam ao HAT.

Quanto aos eventos que foram sentidos como negativos, também se verifica variabilidade, oscilando até ao máximo de quatro eventos identificados por sessão. No entanto, na maioria das sessões (53,9%), a frequência foi um ou dois eventos negativos.

A Figura 4 representa a distribuição de frequência dos dois tipos de eventos por HAT válido ao longo das 65 sessões. Habitualmente, cada participante refere mais do que um evento útil por sessão; pelo contrário, o número de eventos negativos é sempre inferior e, por vezes, inexistente, indicando que apenas alguns dos participantes referem eventos não úteis. Em sete sessões, o número de eventos negativos é igual (sessões 19, 25, 46, 54, 59) ou superior ao número de eventos úteis (sessões 33 e 58).

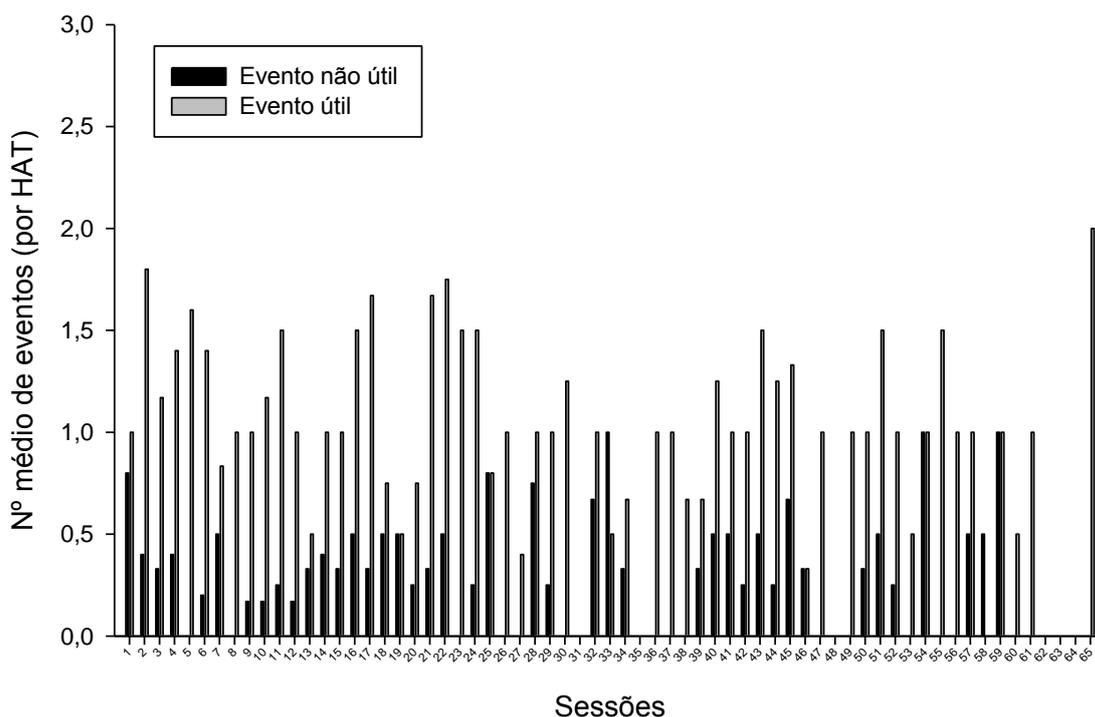


Figura 4. Eventos identificados (por HAT válido) para as diferentes sessões.

Em suma, pode-se dizer que ao longo de um ano e meio de tratamento, as clientes identificam tanto acontecimentos que ajudam a sua recuperação, como acontecimentos não úteis que de alguma maneira são sentidos como um entrave. No entanto, globalmente, as sessões são relatadas como mais úteis do que não úteis.

3.6.1.3 Intensidade das sessões de psicodrama

No HAT, cada um dos eventos descritos pelas clientes foi também classificado em intensidade. Para os eventos úteis era perguntado: ‘Em que medida é que este acontecimento o ajudou?’, sendo a resposta assinalada numa escala de cinco pontos, em que 1 corresponde a ‘não ajudou nada’ e 5 corresponde a ‘ajudou muitíssimo’. No caso dos eventos não úteis, questionava-se se ‘Durante a sessão, aconteceu alguma coisa que possa ser negativa ou um entrave, para si ou para o progresso da terapia?’, devendo o cliente responder através de uma escala de cinco níveis, em que o nível 1 corresponde a ‘nada negativo’ e o nível 5 a ‘extremamente negativo’.

A *intensidade de cada sessão* de psicodrama foi operacionalizada pela soma da intensidade atribuída pelos clientes aos eventos nessa sessão (separado para eventos úteis e eventos não úteis). Dado que as presenças nas sessões foram variando, as sessões com maior número de participantes teriam necessariamente uma intensidade total maior, por terem maior número de respostas. Assim, a soma da intensidade dos eventos registrados em cada sessão foi ponderada (dividida) pelo número de HAT preenchidos nessa sessão.

A Figura 5 representa a distribuição desta medida ao longo das 65 sessões, distinguindo a intensidade dos eventos úteis e dos eventos não úteis. De uma forma geral, a intensidade dos eventos úteis é superior à intensidade dos eventos não úteis, resultado que em parte reflete a maior frequência do relato de eventos úteis pelos participantes. Esta medida da intensidade das sessões toma valor nulo em alguns casos, tanto para eventos úteis (em cinco sessões, 7,7%) como para acontecimentos não úteis (em 21 sessões, 32,3%), evidenciando a existência de diversas sessões em que nada foi identificado como significativo. As sessões sentidas como mais intensas tiveram intensidade 9,0 (sessão 65, onde estiveram presentes três clientes mas apenas uma preencheu o HAT) e 6,0 pontos de intensidade (sessão 2, onde todas as cinco participantes preencheram o HAT).

As sessões com maior intensidade negativa obtiveram 3,3 (sessão 54, onde as três clientes presentes preencheram todos o HAT) e 3,0 pontos de intensidade (sessão 33, onde dos três clientes presentes apenas dois preencheram o HAT, e sessão 59, onde dos três clientes presentes apenas um preencheu o HAT).

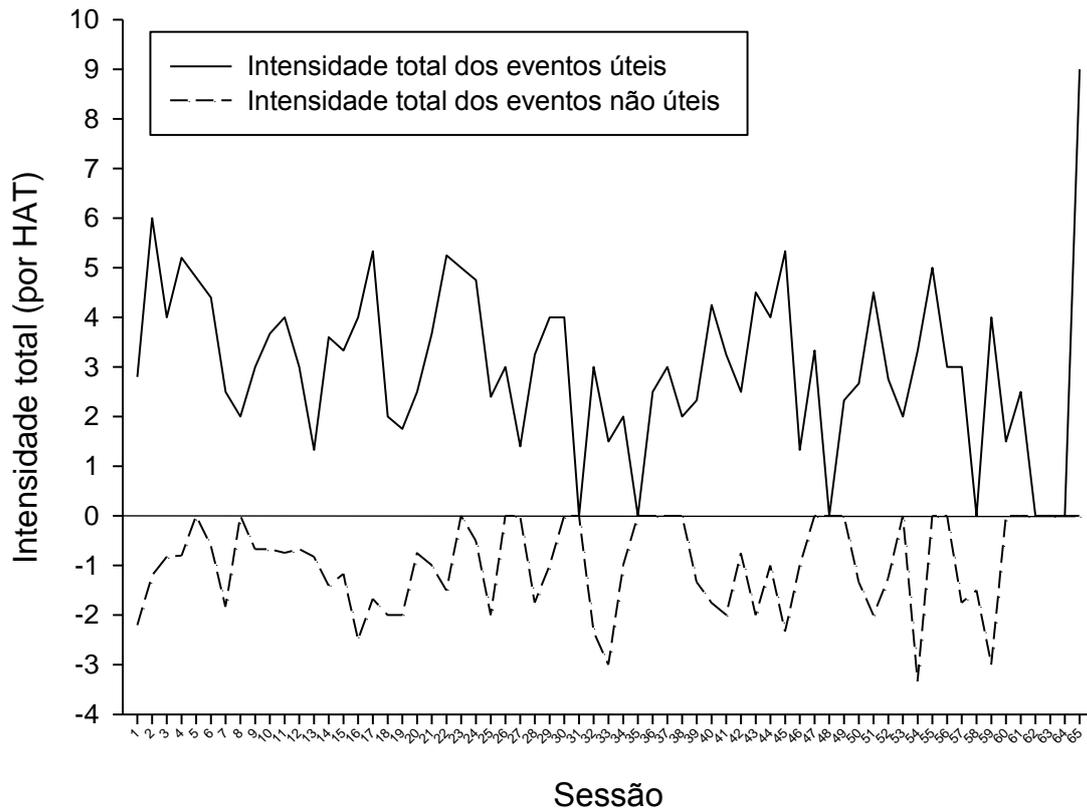


Figura 5. Intensidade total das sessões

3.6.1.4 Que técnicas do PM são mais significativas?

Cada evento significativo indicado pelas clientes foi codificado de acordo com o HAMPCAS, na dimensão ação. Na Tabela 14, representam-se as 17 técnicas utilizadas e a frequência com que surgiram associadas a eventos úteis e eventos não úteis.

Tabela 14

Número de eventos relevantes associados a diferentes ações

	Úteis	Não Úteis	Total de eventos
Dramatização do próprio	85	16	101
Dramatização por outros	49	8	57
Partilha do próprio	48	19	67
Partilha por outros	45	13	58
Partilha pela unidade funcional	23	0	23
Inversão de papéis	11	1	12
Jogos dramáticos	11	1	12
Treino de papéis	9	0	9
Escultura	6	0	6
Interpolação de resistências	4	0	4
Sociometria	3	0	3
Duplo	2	0	2
Átomo Social	2	0	2
Solilóquio	1	0	1
Espelho	0	1	1
Objetos Intermediários	0	0	0
Outras técnicas	0	0	0

Tal como podemos verificar, existe uma prevalência de categorias relacionadas com a especificidade do modelo no geral e com dinâmica da sessão em específico, ou seja, categorias relacionadas com as três fases da sessão (aquecimento, dramatização e partilha), seguidas das técnicas inversão de papéis e jogos dramáticos. Por outro lado, é interessante observar que a comunicação do grupo entre si (partilha do próprio e partilha por outros) é mais significativa para as clientes, em comparação com a comunicação radiada, isto é, com a unidade funcional. Estes resultados corroboram os já descritos por Vieira (2014) e vão também ao encontro dos dados da literatura referentes ao modelo psicodramático (Kipper & Ritchie, 2003; McVea et al., 2011). Por um lado, estes resultados são coerentes com o modelo, por outro, a pouca expressividade de técnicas nucleares como o duplo e o espelho poderá estar relacionada com a dificuldade do cliente transmiti-las por palavras.

3.6.1.5 A utilidade de ser protagonista

Para cada sessão de PM, a estrutura típica engloba um cliente que assume o papel de protagonista (podendo haver mais do que um protagonista por sessão, em alguns casos), e os restantes que constituem o auditório. Para este estudo, em cada sessão, classificou-se o papel de cada cliente (ser protagonista / auditório), de acordo com os dados extraídos das Notas de sessão preenchidas pelo ego auxiliar do grupo. Na Tabela 15 podemos ver que quando os clientes foram protagonistas, tiveram tendência a identificar mais eventos úteis e diziam menos frequentemente não ter havido eventos relevantes, em comparação com os clientes do auditório. Contudo, a frequência com que eventos não úteis foram identificados parece ter sido semelhante junto dos clientes que assumiram papel de protagonista e auditório. De salientar a ocorrência de situações em que o protagonista não identifica eventos significativos.

Tabela 15

Relação entre ser (e não ser) protagonista e a identificação de eventos significativos

	Eventos úteis	Eventos não úteis	Sem eventos relevantes	Sem resposta	Total
Ser protagonista	120	35	9	8	172
Auditório	106	34	27	24	191
Total	226	69	36	32	363

O rácio entre eventos úteis e não úteis constitui um indicador do grau como os clientes percebem a utilidade da terapia. Para a maioria das clientes esse rácio é elevado: em geral, os eventos úteis ocorrem pelo menos o quántuplo das vezes do que os eventos não úteis (ver Tabela 16); no entanto, Manuela e Paula referem apenas o dobro dos eventos úteis face aos não úteis. Assinale-se também a frequência com que Manuela refere não ter havido eventos relevantes na sessão.

Tabela 16

Frequência de eventos significativos referidos por cliente ao longo de um ano e meio

	Eventos úteis	Eventos não úteis	Sem eventos relevantes	Sem resposta	Total
Luísa	55	10	1	12	78
Manuela	42	20	14	1	77
Paula	48	29	0	2	79
Raquel	33	5	7	3	48
Sara	29	4	5	8	46
Susana	8	1	6	1	16
Teresa	11	0	3	5	19
Total	226	69	36	32	363

Se quisermos comparar os níveis de ocorrência dos eventos entre as sete clientes, é necessário atender ao facto de cada uma delas ter participado num número distinto de sessões, pelo que as frequências absolutas da Tabela 16 têm de ser ponderadas pelo número de sessões. Os valores ponderados apresentam-se na Tabela 17.

Tabela 17

Frequência média de eventos significativos referidos por cada cliente por sessão

	Eventos úteis	Eventos não úteis	Sem eventos relevantes	Sem resposta	Total
Luísa	1,08	0,20	0,02	0,24	1,53
Manuela	0,72	0,34	0,24	0,02	1,33
Paula	1,50	0,91	0,00	0,06	2,47
Raquel	0,79	0,12	0,17	0,07	1,14
Sara	0,85	0,12	0,15	0,24	1,35
Susana	0,57	0,07	0,43	0,07	1,14
Teresa	0,61	0,00	0,17	0,28	1,06

Destaca-se a Paula por o número elevado de eventos que refere (em média, 1,50 eventos úteis e 0,91 não úteis por sessão).

3.6.2 Progresso Clínico e mudança atribuída ao psicodrama

Tratando-se de um grupo aberto, em que as participantes se encontravam já em tratamento quando se iniciou a investigação, não foi possível obter medidas pré-tratamento em toda a amostra. Igualmente, o tempo em tratamento no grupo no momento da avaliação era variável. Nestas circunstâncias, as medidas de resultado

(CORE-OM e PQ) não podem ser tratadas para calcular a mudança pré-pós tratamento mas tão só o progresso clínico durante o tempo de recolha de dados. O progresso na medida de espontaneidade (SAI-R) é tratado de igual forma. Assim, optou-se por descrever a evolução destas medidas (média do *score* total respetivo) ao longo dos meses de tratamento, para cada cliente. Os conteúdos dos itens do PQ, que refletem a condição clínica de cada cliente no início da recolha de dados, são igualmente indicados, por fornecerem informação relevante para a compreensão de cada caso e da sua severidade.

As mudanças que cada participante indicou sentir, desde o início da sua participação no grupo até ao final da recolha de dados (entrevista de mudança), são também apresentadas, servindo como indicadores de mudança terapêutica.

3.6.2.1 Progresso da condição clínica e da espontaneidade

A Figura 6 e a Figura 7 representam, respetivamente, o progresso no resultado médio no CORE-OM e no PQ, para cada paciente.

Relativamente ao CORE-OM, salvaguardamos que a adaptação para a população portuguesa ainda não foi concluída (Projeto “Desenvolvimento de um sistema de avaliação individualizado do progresso dos pacientes”, financiado pela FCT, nº PTDC/PSI-PCL/098952/2008), pelo que nos reportamos aos valores do ponto de corte para a população inglesa (sexo feminino) que se situa em 1,5; acima deste valor, a pessoa é considerada dentro da população clínica. Luísa, Sara e Teresa mantêm-se abaixo do ponto de corte em todas as avaliações, enquanto Manuela, Paula e Raquel oscilam em torno desse valor (embora Paula apresente variações muito mais marcadas ao longo dos 19 momentos de avaliação). Se tivermos em linha de conta a primeira e última avaliação (*follow-up*), a tendência parece ser uma ligeira melhoria em termos da sintomatologia geral, embora não se evidenciem diferenças significativas; apenas Susana se parece manter dentro de valores para a população clínica, sendo de notar que nos referimos à pessoa que esteve menos tempo no grupo.

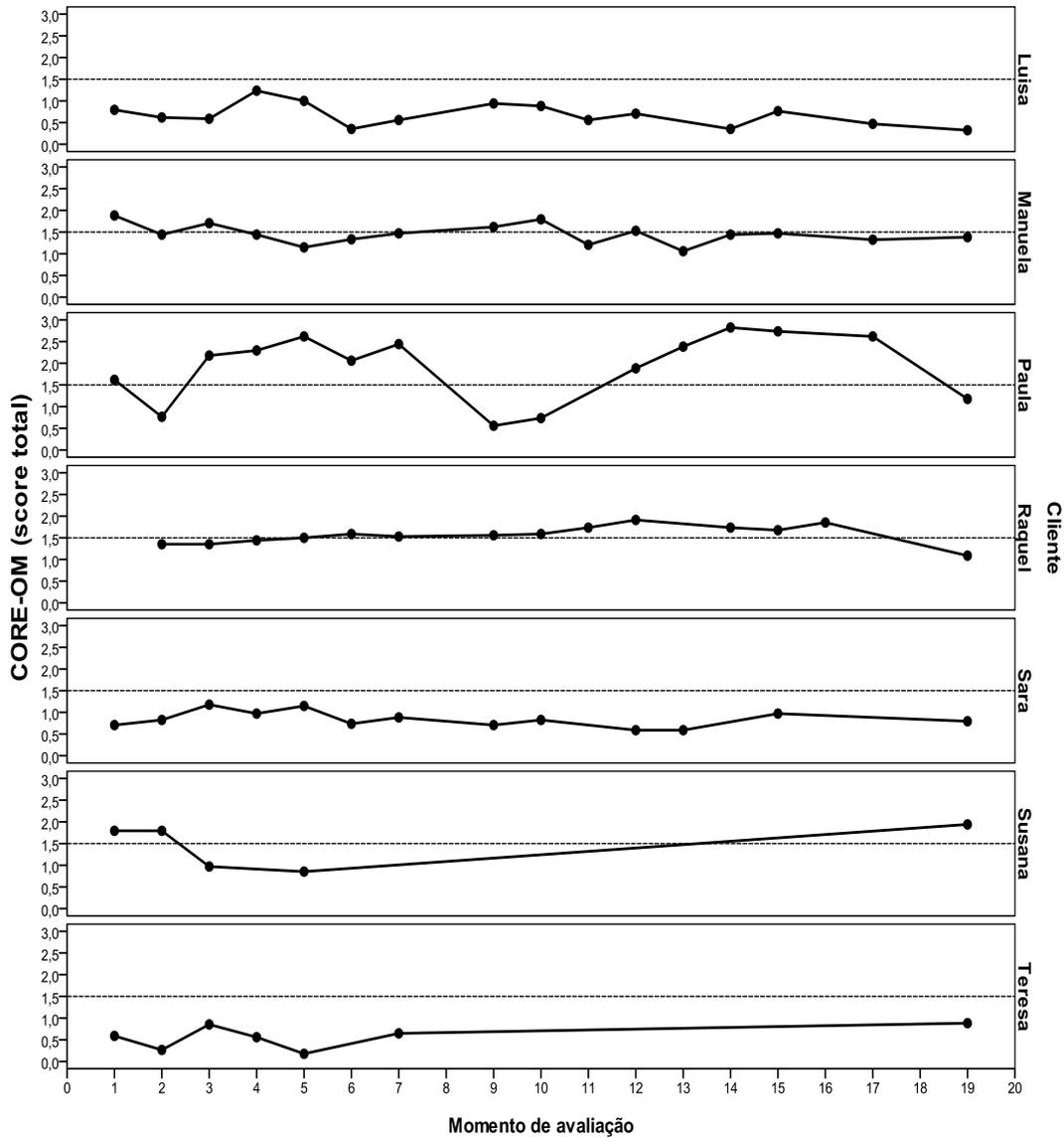


Figura 6. Evolução na pontuação total do CORE-OM para cada cliente.

No que se refere ao PQ, parece seguir a mesma tendência do CORE-OM, à exceção da Paula, para quem o grau de mal-estar sentido parece ser mais elevado à data da última avaliação, comparativamente à avaliação inicial.

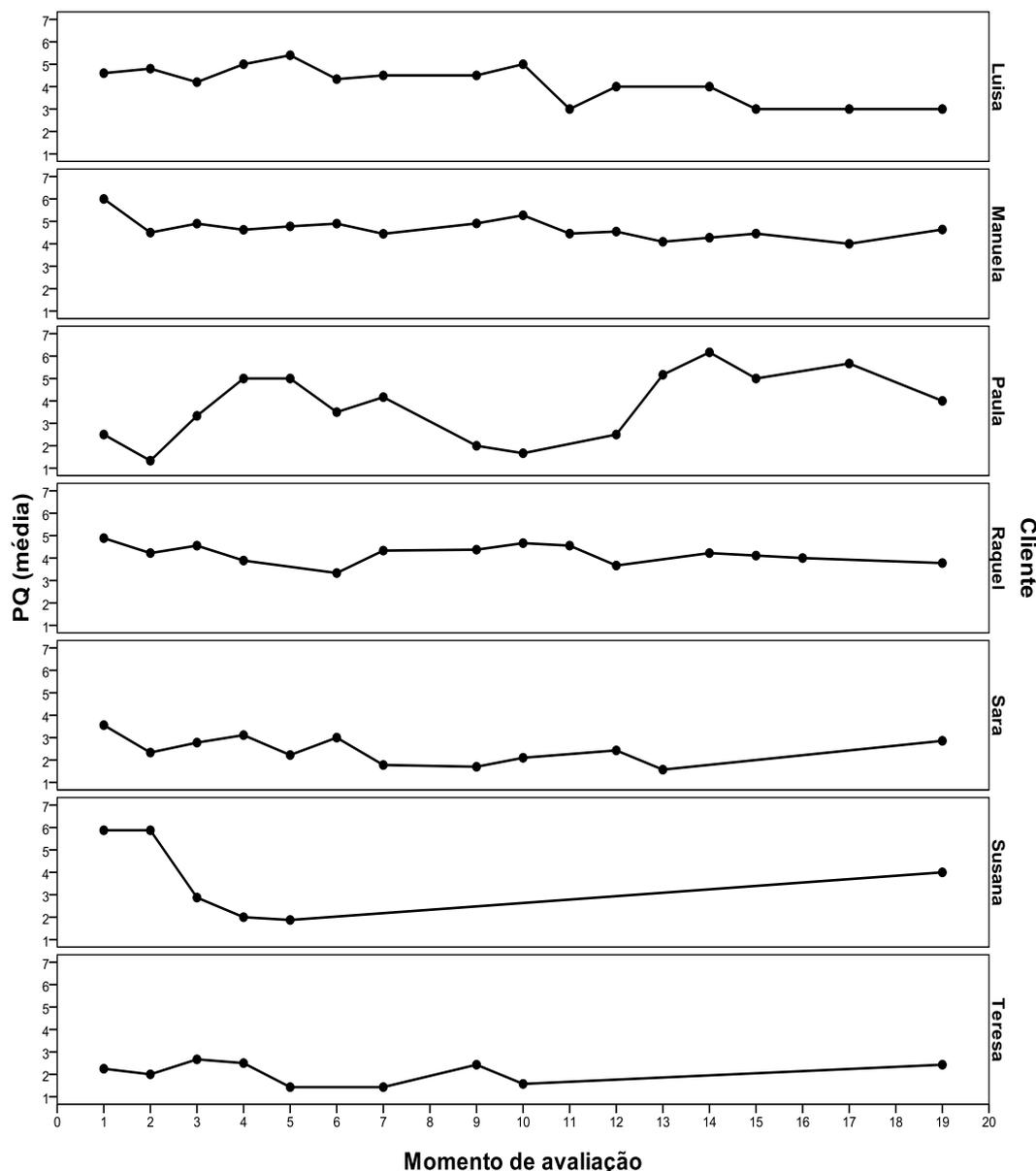


Figura 7. Evolução na pontuação média do PQ para cada cliente

Conforme se pode observar na Figura 8, a análise conjunta do CORE-OM e do PQ evidencia algum paralelismo nas duas formas de avaliação para as setes clientes. Este paralelismo é confirmado pelo valor do coeficiente de correlação de Spearman calculado para as duas séries de cada cliente: Luísa, $r = +0,69$ ($n = 15$, $p = 0,004$); Manuela, $r = +0,58$ ($n = 16$, $p = 0,018$); Paula, $r = +0,89$ ($n = 15$, $p \leq 0,001$); Raquel, $r = -0,12$ ($n = 13$, $p = 0,705$); Sara, $r = +0,15$ ($n = 12$, $p = 0,647$); Susana, $r = +0,68$ ($n = 5$, $p = 0,203$); Teresa, $r = +0,51$ ($n = 7$, $p = 0,248$). De facto, apenas para Raquel e Sara as correlações são negligenciáveis, sendo nos restantes casos sempre superiores a 0,5. Relativamente à Sara, refira-se que esta cliente expressamente não gostava deste

instrumento, pelo que as ausências de resposta se poderão a isso dever. Estes resultados indiciam uma convergência significativa das duas medidas de resultado.

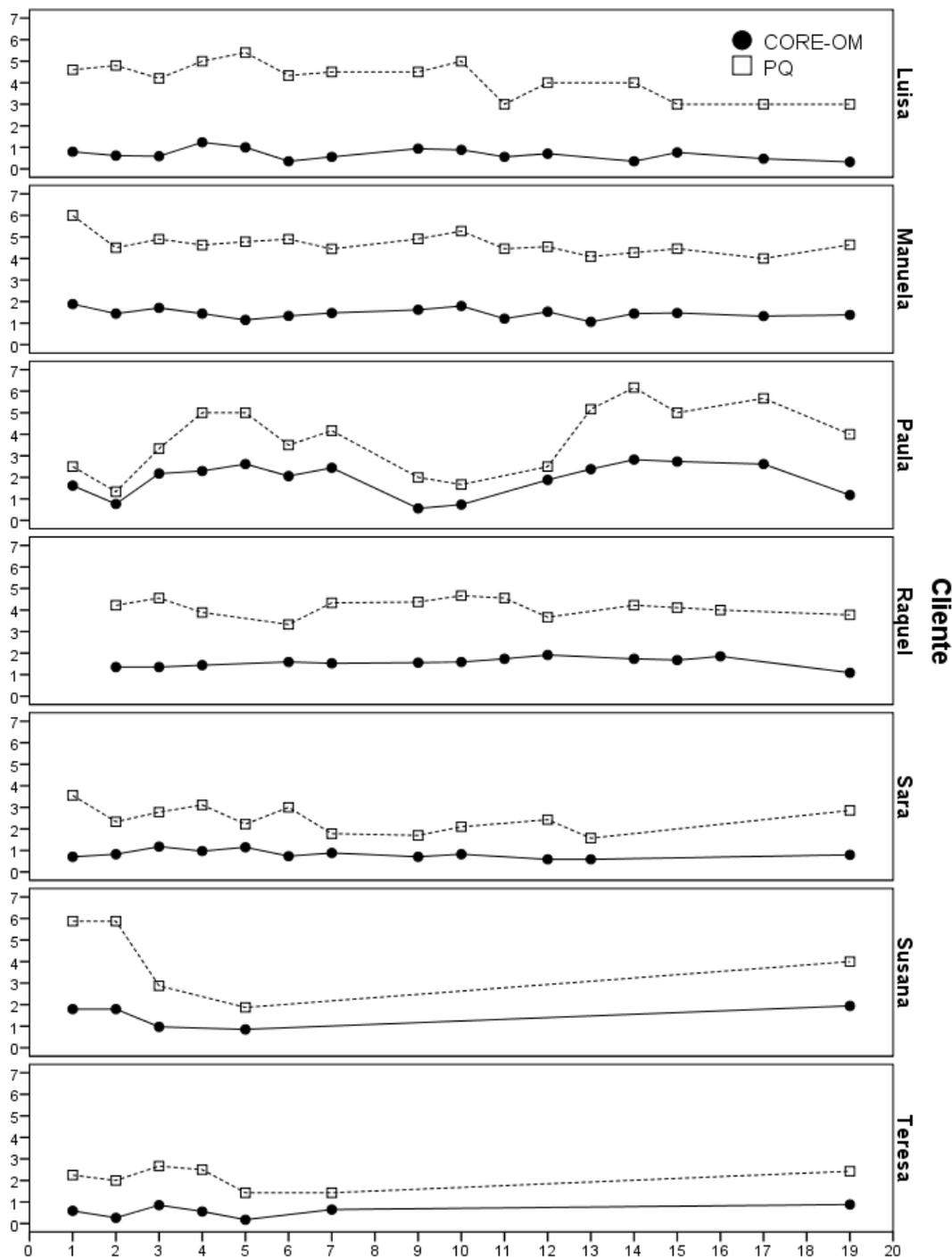


Figura 8. Evolução conjunta das pontuações do CORE-OM e do PQ para cada cliente

A Figura 9 representa, o progresso no resultado médio no SAI-R, para cada paciente. Tal como para os resultados do CORE-OM e do PQ, também no SAI-R não parecem existir alterações significativas, à exceção da Paula, para quem se observa um

aumento considerável da espontaneidade e, da Susana, com uma tendência oposta. O resultado final do SAI-R é calculado pelo somatório do valor atribuído a cada um dos 18 itens, no intervalo possível de 18 a 90). Assim sendo, verificamos que a Sara e a Teresa já apresentam valores de espontaneidade acima da média, no início deste estudo, e um aumento da espontaneidade na Luísa.

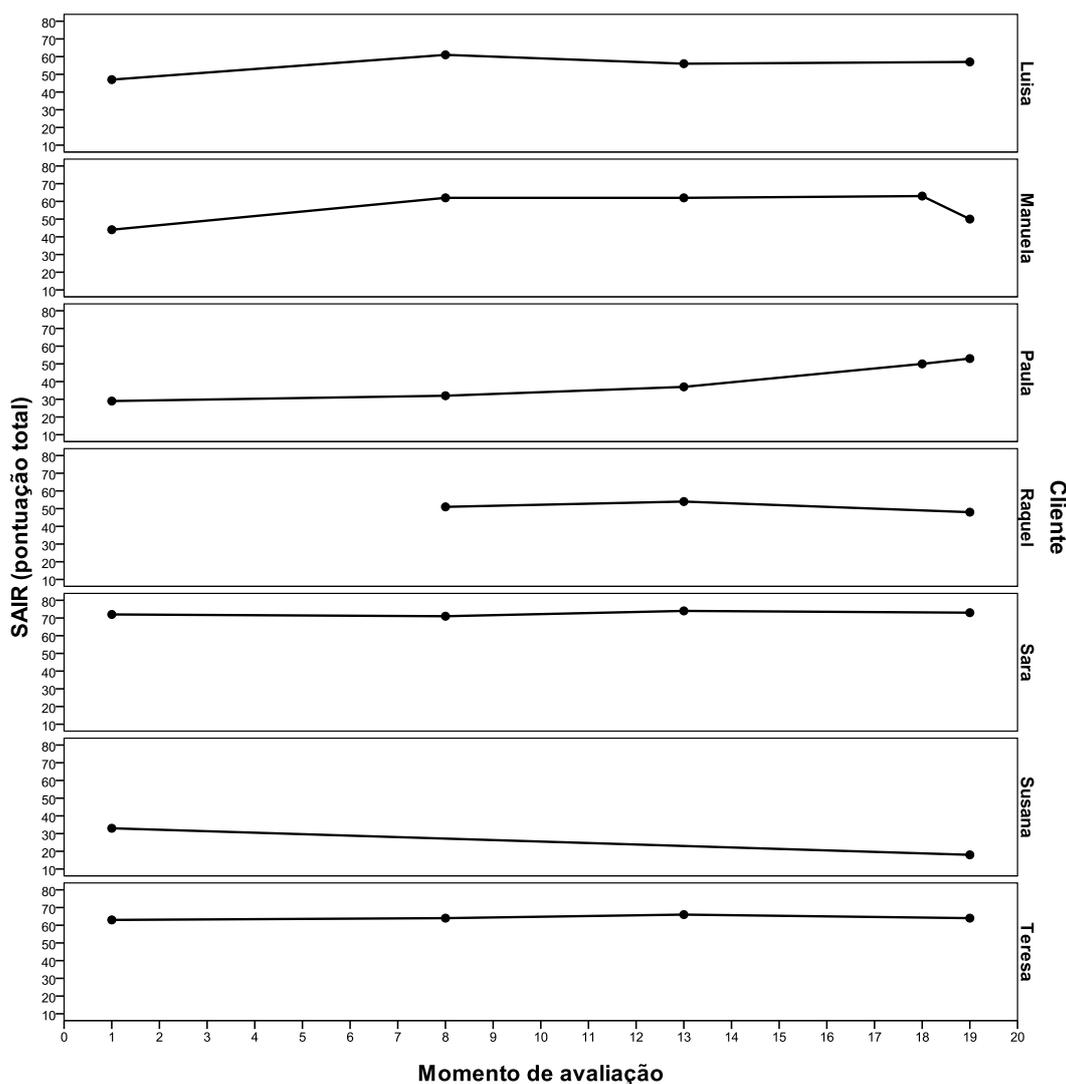


Figura 9. Evolução da pontuação total do SAI-R para cada cliente

Em suma, podemos dizer que os instrumentos de *outcome* não traduziram mudanças significativas, quando comparados os momentos inicial e de *follow-up*. Devemos contudo salientar que a avaliação inicial não corresponde a uma medida pré-tratamento, tendo em conta tratar-se de um grupo aberto que a maioria dos clientes já integrava há mais de uma ano.

3.6.2.2 Condição clínica e mudança terapêutica vistas pelo próprio

Passamos à apresentação caso a caso, dos principais problemas ou dificuldades identificados pelas clientes (através do PQ), bem como as mudanças (através da entrevista de mudança) referidas pelas mesmas, no início, final da investigação e na avaliação de follow-up (um ano depois).

Relativamente ao PQ e, tal como descrito acima, os problemas são identificados e ordenados pelo cliente de acordo com o grau de importância que têm para si, sendo depois cotados numa escala de Likert com 7 pontos de acordo com o grau de mal-estar que têm causado (1- nenhum mal-estar; 2- muito pouco; 3- pouco; 4- mal-estar moderado; 5- grande; 6- muito grande; 7- mal-estar total) e há quanto tempo têm causado esse mesmo mal-estar (de “menos de 1 mês” até “mais de 10 anos”). Relativamente à componente quantificável da entrevista de mudança, depois de identificadas as mudanças ocorridas, são avaliadas através de três parâmetros: grau de expectativa relativamente à ocorrência da mudança (a mudança foi: 1 – totalmente esperada; 2 – algo esperada; 3 - nem esperada, nem surpresa; 4 – algo surpresa; 5 – totalmente surpresa); grau de probabilidade de ocorrência (sem terapia, a mudança: 1 – de certeza não acontecia; 2- provavelmente não acontecia; 3 - não sei; 4 – provavelmente acontecia; 5 – de certeza acontecia) e grau de importância (a mudança foi: 1 - nada importante; 2 - pouco importante; 3 - moderadamente importante; 4 - muito importante; 5- extremamente importante).

Luísa

Aquando do início deste estudo, a Luísa encontrava-se no grupo há aproximadamente dois anos e meio e tinha já uma experiência em psicoterapia. Relativamente ao quadro clínico, destacamos uma fobia social com agorafobia e bullying na adolescência/início de fase adulta, na terra onde nasceu, motivado por uma relação homossexual.

Como podemos observar através da tabela 18, o grau de mal-estar sentido relativamente aos problemas identificados pela Luísa, variam entre moderado a muito grande, com uma predominância de aproximadamente dez anos. Deste modo, remete-

nos para a possibilidade de alguns dos itens formulados dizerem respeito a questões estruturais.

Tabela 18

Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Luisa

Problema identificado	Grau de intensidade	Duração do problema (anos)
<i>1. Por vezes sinto angústia por não saber que sentido dar à minha vida</i>	4	1 a 2
<i>2. A questão profissional ainda é uma questão complicada. Não sei muito bem por onde ir.</i>	6	6 a 10
<i>3. Por vezes sou uma pessoa pouco espontânea</i>	5	> 10
<i>4. Sou completamente inábil na terra onde nasci</i>	4	> 10
<i>5. No trabalho, quando não suporto alguém, fecho a porta</i>	4	1 a 2

Contudo, sensivelmente seis meses após o início deste estudo (o que coincide com aproximadamente três anos de terapia da Luísa), faz uma alteração significativa ao PQ, reduzindo de cinco para dois itens, tal como registado na tabela 19. Note-se ainda que os itens mantidos, correspondem a problemas identificados na tabela 18, como mais prolongados no tempo.

Tabela 19

Alterações ao PQ e avaliação de follow-up

Data	Problema identificado	Grau de intensidade
14/06/2011	<i>1. Desde que decidi sair do teatro, parece que a vida profissional se tornou dicotómica - invisto na psicologia e esqueço as artes. Angustia-me que a minha vida seja só a psicologia e muitas vezes sinto-me indecisa em que investir</i>	5
	<i>2. Por vezes, tenho dificuldade em aceitar-me como sou depois da 'terra onde nasci'</i>	3
11/11/2011	<i>1. Sinto-me indecisa em que investir, e que rumo seguir na vida profissional</i>	5
	<i>Por vezes, tenho dificuldade em aceitar-me como sou depois da 'terra onde nasci'</i>	3
19/01/2012	<i>1. O problema da dispersão, não me deixa seguir nenhum caminho. Vou para todo o lado, e para lado nenhum</i>	5
	<i>2. Por vezes, tenho dificuldade em aceitar-me como sou depois da 'terra onde nasci'</i>	3
28/06/2013	<i>1. O problema da dispersão, não me deixa seguir nenhum caminho. Vou para todo o lado, e para lado nenhum</i>	4
	<i>2. Por vezes, tenho dificuldade em aceitar-me como sou depois da 'terra onde nasci'</i>	2

No que respeita às mudanças identificadas através da entrevista de mudança (tabela 20), metade correspondem a mudanças que a cliente não estava à espera que acontecessem e reconhece que provavelmente não aconteceriam sem a terapia. Apenas umas das mudanças identificadas é considerada pela própria como pouco importante (*fiquei mais rezingona*), sendo que todas as demais variam entre muito a extremamente importantes. Saliente-se a resolução do quadro de fobia social e agorafobia.

Tabela 20

Lista de Mudanças identificadas (CI)

Data	Mudanças Ocorridas	Grau de expectativa	Grau de probabilidade	Grau de importância
8/2011	<i>Saí do lugar de cuidadora</i>	4	2	4
	<i>Sinto que já consigo estabelecer relações (confio mais nas pessoas, consigo dar-me. Consigo reconhecer as pessoas com quem me sinto bem e sei estabelecer os limites que me incomodam)</i>	4	3	5
	<i>Tornei-me mais sociável</i>	3	2	5
	<i>Estou mais tranquila comigo própria. Aceito melhor aquilo que sou</i>	3	2	3
	<i>Assumi-me como psicóloga (já não existe dicotomia psicologia/teatro)</i>	4	2	5
	<i>Estou mais tranquila com a questão profissional. Estou mais alerta ao meu desgaste. Já não bato a porta tão facilmente</i>	2	2	5
	<i>Já consigo ir ao shopping. Já não estou tão hipervigilante</i>	4	2	5
2/2012	<i>Mais à vontade em grupo (estar com pessoas)</i>	4	4	4
	<i>Sinto-me mais livre em relação à terra onde nasci</i>	5	2	5
	<i>Libertação (relativamente a uma pessoa do meu passado)</i>	4	2	4
	<i>Fiquei mais rezingona</i>	4	4	2
9/2012	<i>Mais segurança e confiança no geral</i>	4	3	4
	<i>Já saio de casa quando vou à minha terra. Resolução de uma “fobia”</i>	3	2	4
	<i>Mais capacidade de arriscar no trabalho no sentido de ter adquirido confiança</i>	2	4	5
	<i>Mais aberta afetivamente, mais desprendida. Não tão focada na relação</i>	2	3	4
	<i>A questão do grupo. Maior capacidade de exposição e partilha</i>	2	2	4
	<i>Aquisição de capacidade de impor limites</i>	4	3	4

Manuela

A Manuela encontrava-se neste grupo há sete anos. O tempo longo de permanência no grupo deve-se ao assumir de que o grupo foi, durante algum tempo, o único suporte social, deixando de ter objetivos terapêuticos. Quando entrou para o grupo, já com diagnóstico de bipolaridade, enfrentava um problema oncológico

associado a uma depressão severa e dificuldades no relacionamento com os filhos. Associado ao problema oncológico existiam questões corporais e sexuais. Um ano antes de iniciar este estudo, dá-se o falecimento do marido.

Relativamente aos problemas identificados pela Manuela no PQ, e tal como podemos observar através da tabela 21, à primeira avaliação, o grau de mal-estar sentido variava entre moderado a total, com uma predominância relevante de problemas que persistem há aproximadamente dez anos.

Tabela 21

Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Manuela

Problema identificado	Grau de intensidade	Duração do problema (anos)
1. <i>Sinto-me culpada por não ter dado ao meu marido, tanto como ele me deu a mim</i>	7	> 10
2. <i>Sinto desgosto com o quebrar da união que existia na minha família</i>	7	6 a 10
3. <i>Sinto que tenho muito azar. As doenças na família são um exemplo</i>	7	> 10
4. <i>Custa-me muito pensar que estou há 11 anos sem o meu filho. Sinto que foi um tempo perdido que não vou conseguir recuperar</i>	6	6 a 10
5. <i>Sinto que sou preocupada demais com os meus filhos</i>	5	> 10
6. <i>Sou muito pessimista. Olho o mundo à minha volta e não vejo a luz ao fundo do túnel</i>	7	> 10
7. <i>Sinto-me irritada por ver o meu filho a ser explorado</i>	6	3 a 5
8. <i>Não gosto de mim, do meu corpo. Não tenho auto-estima</i>	6	> 10
9. <i>Às vezes parece que queria desaparecer para não assistir a tantas injustiças no mundo</i>	5	6 a 10
10. <i>Não tenho cuidado muito bem de mim, mesmo na alimentação. Não tenho vontade de ir ao ginásio.</i>	4	1 a 2

Ao longo do ano e meio deste estudo, a Manuela não procedeu a alterações do PQ e acrescentou apenas um item (ver Tabela 22). Embora se denote uma melhoria, na avaliação de follow-up, o grau de intensidade do mal-estar provocado pelos problemas identificados, continua a ser significativo. De referir, contudo, que juntamente com o PQ, a Manuela envia a seguinte nota: “*O meu mal-estar, em geral, está mais apaziguado, porque dado o momento que atravessamos (crise) eu pessoalmente, ainda não sinto na pele muitos desses efeitos, talvez porque já não tenha expectativas de um futuro longínquo, dada a minha idade, e os meus filhos de momento estão empregados, o que me deixa mais tranquila, como é óbvio. Claro, que não é por isso que não me preocupa, o que se passa à minha volta, mas sinto que não carrego tanto os males do mundo, como o fazia há tempos atrás*”.

Tabela 22

Alterações ao PQ e avaliação de follow-up

Data	Problema identificado	Grau de intensidade
18/07/2011	<i>11. Ando a sentir-me muito insensível, e isso preocupa-me.</i>	5
17/06/2013	<i>1. Sinto-me culpada por não ter dado ao meu marido, tanto como ele me deu a mim</i>	5
	<i>2. Sinto desgosto com o quebrar da união que existia na minha família</i>	4
	<i>3. Sinto que tenho muito azar. As doenças na família são um exemplo</i>	5
	<i>4. Custa-me muito pensar que estou há 11 anos sem o meu filho. Sinto que foi um tempo perdido que não vou conseguir recuperar</i>	6
	<i>5. Sinto que sou preocupada demais com os meus filhos</i>	5
	<i>6. Sou muito pessimista. Olho o mundo à minha volta e não vejo a luz ao fundo do túnel</i>	5
	<i>7. Sinto-me irritada por ver o meu filho a ser explorado</i>	4
	<i>8. Não gosto de mim, do meu corpo. Não tenho auto-estima</i>	2
	<i>9. Às vezes parece que queria desaparecer para não assistir a tantas injustiças no mundo</i>	4
	<i>10. Não tenho cuidado muito bem de mim, mesmo na alimentação. Não tenho vontade de ir ao ginásio.</i>	6
	<i>11. Ando a sentir-me muito insensível, e isso preocupa-me.</i>	5

No que se refere às mudanças identificadas na entrevista de mudança (Tabela 23), todas elas foram surpreendentes, provavelmente não aconteceriam sem a terapia e são consideradas muito e extremamente importantes. Note-se o paralelismo dos problemas identificados no PQ e as mudanças ocorridas, nomeadamente, o otimismo perante a vida em geral, e a resolução do difícil relacionamento com os filhos.

Tabela 23

Lista de Mudanças identificadas (CI)

Data	Mudanças Ocorridas	Grau de expectativa	Grau de probabilidade	Grau de importância
8/2011	<i>Menos obcecada com os problemas</i>	4	2	4
	<i>Mais descontraída, mais relaxada</i>	4	2	5
	<i>Saio mais, desde que estou no grupo</i>	4	2	4
	<i>Ao longo dos anos tenho vindo a 'serenar' (principalmente no último ano)</i>	5	2	5
	<i>Sou mais frontal</i>	5	2	4
2/2012	<i>Lido melhor com o sofrimento dos outros. Não fico tão obcecada</i>	4	2	4
	<i>Agora sinto-me em paz na minha casa</i>	5	2	5
	<i>A minha relação com o meu filho, melhorou</i>	4	2	5
	<i>Deixei de ser obcecada pelas coisas. Já não levo ao extremo. Sinto-me bem por estar assim. Valorizo menos, ou já não dou tanta importância aos problemas</i>	4	2	4
	<i>Sinto que ganhei à vontade para falar sobre coisas que não era capaz. Sinto-me mais à vontade na relação com as pessoas</i>	5	2	4
8/2012	<i>Passei a ser capaz de identificar os estados de alma e a aceitá-los melhor</i>	4	2	5
	<i>Passei a ver os outros de forma diferente. A colocar-me no lugar deles. Sou mais tolerante</i>	4	2	4
	<i>Passei a viver a vida de forma mais leve, a desvalorizar certos problemas relativamente aos quais não posso fazer nada</i>	5	1	5
	<i>Sou mais resolvida, mais assertiva, mais objetiva</i>	5	1	5
	<i>Estou mais apaziguada relativamente à culpa que sentia quanto ao meu marido</i>	4	2	4
	<i>Deixei de sentir culpa relativamente à minha mãe</i>	4	2	4
	<i>Já não sou tão preocupada com os meus filhos</i>	4	2	4
	<i>Já não sou tão pessimista</i>	4	2	4

Paula

A Paula é uma das clientes com menos tempo no grupo, sensivelmente três meses e já tinha estado em psicoterapia. Do quadro clínico, salientamos uma infância marcada por bullying que se perpetuou ao longo da vida, inclusivamente na esfera profissional (mobbing), do qual resultaram questões fóbicas. Anorexia na adolescência e tentativas de suicídio.

No que se refere aos problemas identificados pela Paula no PQ (Tabela 24), à data da primeira avaliação, o grau de mal-estar sentido variava entre nenhum a grande, com uma predominância para muito pouco mal-estar. Um dos itens corresponde a um problema recente (item 2 – 6 a 11 meses) e três deles persistem há aproximadamente dez anos. O facto destes problemas mais prolongados no tempo, não causarem grande mal-estar poderá estar relacionado com uma certa ‘aceitação’ dos mesmos, denotada inclusivamente no item seis, quando indica que ‘já não há solução’, ou ainda com alguma deseabilidade social para com a investigadora.

Tabela 24

Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Paula

Problema identificado	Grau de intensidade	Duração do problema (anos)
<i>1. Todos os dias penso no suicídio e por vezes faço planos</i>	2	1 a 2
<i>2. Sinto que “pequenos nada” podem desencadear situações de angústia/pânico</i>	2	6 a 11 m
<i>3. Às vezes sou de uma grande agressividade verbal para com a minha mãe</i>	1	3 a 5
<i>4. Em momentos de angústia eu insulto-me, enxovalho-me</i>	2	6 a 10
<i>5. Tenho dificuldades em confiar e em me dar aos outros</i>	5	> 10
<i>6. Sinto que os medicamentos não chegam, já não funcionam. Significa que já não há solução</i>	3	> 10

Essencialmente, a Paula foi invertendo a ordem dos itens construídos na primeira aplicação, indicando assim uma ordem diferente de importância dos mesmos (Tabela 25). Note-se que um ano após o início desta investigação (que corresponde a um ano e três meses de terapia para a cliente), o facto de pensar todos os dias no suicídio passa de 1º, para 5º lugar e o item três desaparece. Na avaliação de follow-up, o grau de mal-estar sentido, diminui ligeiramente.

Tabela 25

Alterações ao PQ e avaliação de follow-up

Data	Problema identificado	Grau de intensidade
19/2/2012	1. Tenho dificuldades em confiar e em me dar aos outros	7
	2. Tenho dificuldade em concretizar atividades extralaborais	7
	3. Sinto que os medicamentos não chegam, já não funcionam. Significa que já não há solução	6
	4. Em momentos de angústia eu insulto-me, enxovalho-me	4
	5. Todos os dias penso no suicídio e por vezes faço planos	3
	6. Sinto que "pequenos nada" podem desencadear situações de angústia/pânico	4
20/06/2013	1. Tenho dificuldades em confiar e em me dar aos outros	6
	2. Tenho dificuldade em concretizar atividades extralaborais	6
	3. Sinto que os medicamentos não chegam, já não funcionam. Significa que já não há solução	4
	4. Em momentos de angústia eu insulto-me, enxovalho-me	3
	5. Todos os dias penso no suicídio e por vezes faço planos	2
	6. Sinto que "pequenos nada" podem desencadear situações de angústia/pânico	3

No que se refere às mudanças identificadas na entrevista de mudança (Tabela 26), nove (em treze) foram inesperadas, a maioria não aconteceriam sem a terapia, e todas elas são consideradas muito e extremamente importantes. É ainda de salientar que à medida que o processo terapêutico foi avançando, as mudanças sentidas são mais valorizadas, no que se refere à expectativa de ocorrerem, o que de certa forma se explica tendo em conta que esta cliente em particular tinha já historial de acompanhamento psiquiátrico e psicoterapêutico, sem sucesso. Salientem-se as mudanças relacionadas com o quadro clínico, nomeadamente resolução de fobias específicas e uma melhoria do humor em geral e também ao nível do relacionamento com os outros.

Tabela 26

Lista de Mudanças identificadas (CI)

Data	Mudanças Ocorridas	Grau de expectativa	Grau de probabilidade	Grau de importância
8/2011	<i>Perdi alguns medos específicos</i>	4	1	4
	<i>Entendo melhor os outros e a mim própria</i>	3	2	4
	<i>Conseguo comunicar bastante melhor com a minha família</i>	5	3	4
2/2012	<i>Estou mais vezes tranquila, do que antes (interior)</i>	2	3	4
	<i>Estou mais segura, mais racional (ações)</i>	3	2	4
	<i>Ando na rua e no metro, sem medo</i>	2	1	5
	<i>Conseguo expor melhor as situações, conversar com a minha mãe, por exemplo</i>	4	2	5
9/2012	<i>Uma mudança de atitude. Acho que não estou condenada</i>	5	1	4
	<i>O relacionamento com a minha família</i>	5	3	5
	<i>Fui capaz de recusar uma situação que era muito incômoda para mim (de trabalho)</i>	4	3	5
	<i>Perdi a culpa relativamente à minha mãe</i>	4	4	4
	<i>Estou mais confiante</i>	5	2	5
	<i>Melhoria no humor – mais equilíbrio</i>	5	1	5

Raquel

A Raquel está no grupo há seis anos. Quadro depressivo com perturbação do sono. No momento deste estudo, recortava-se uma situação relacional amorosa em impasse. Relativamente aos problemas identificados pela Raquel no PQ (tabela 27), à data da primeira avaliação, o grau de mal-estar variava entre moderado a grande e, todos eles eram sentidos há aproximadamente dez anos ou mais. Ao longo de todo o processo não fez nenhuma alteração ao PQ. Note-se uma ligeira melhoria entre a primeira e a última avaliação (follow-up).

Tabela 27

Descrição, primeira avaliação, duração dos problemas identificados (PQ) e avaliação de follow-up- caso Raquel

Problema identificado	Grau de intensidade	Duração do problema (anos)	Grau de intensidade 29/06/2013
1. Quando sinto que estou a provocar sofrimento a alguém, sinto-me culpada	6	> 10	3
2. Não lido bem com o sofrimento dos outros	6	> 10	4
3. Por vezes sinto-me sozinha. As pessoas à minha volta não sabem muito sobre mim e portanto não tenho com quem partilhar	6	> 10	4
4. Não gosto de obrigações	5	> 10	5
5. Acho sempre que os outros me julgam “por baixo”	5	> 10	4
6. Sinto que me desvalorizo perante os outros	4	> 10	3
7. Quando me interessar por alguém não ajo	4	> 10	3
8. Apaixono-me por pessoas que me escolhem primeiro porque tendo a pensar que as pessoas por quem me interessar não vão reparar em mim	4	6 a 10	4
9. Sinto que sempre tive tendências depressivas	4	> 10	4

No que se refere às mudanças identificadas nas entrevistas realizadas (Tabela 28), todas elas (com uma exceção) foram surpreendentes e consideradas importantes, embora a cliente não consiga identificar a probabilidade de ocorrência de metade delas, sem terapia. Mais uma vez, observam-se mudanças congruentes com o quadro clínico apresentado, nomeadamente, uma postura mais otimista perante a vida.

Tabela 28

Lista de Mudanças identificadas (CI)

Data	Mudanças Ocorridas	Grau de expectativa	Grau de probabilidade	Grau de importância
8/2011	<i>Já não desespero</i>	5	3	4
	<i>Tento não me responsabilizar tanto pelo fato de não estar a progredir</i>	5	2	4
	<i>Tento não me focar tanto nos meus problemas</i>	4	3	3
	<i>Falo com mais facilidade sobre as coisas, sobre os meus sentimentos</i>	5	2	5
	<i>Aprendi a aceitar as pessoas como elas são</i>	5	3	4
	<i>Sinto que o meu trabalho é menos pesado. Sinto-me melhor</i>	4	3	3
	<i>Adapto-me com mais facilidade, às mudanças</i>	5	2	4
2/2012	<i>Percebi que a relação com a minha namorada, já não vai evoluir</i>	3	4	5
	<i>Aceitar as diferenças nos outros sem entrar em conflito. Não julgar</i>	4	2	4
	<i>Descobri aqui que muito do meu mal-estar estava relacionado com o medo de provocar mal-estar nas outras pessoas</i>	4	3	4

Sara

A Sara está no grupo há apenas dois meses, essencialmente com o objetivo de formação. As questões que apresenta para trabalhar têm que ver essencialmente com relações interpessoais. Como podemos observar através da Tabela 29, o grau de mal-estar sentido relativamente aos problemas identificados pela Sara, variam entre muito pouco a moderado, assim como existe grande variação relativamente ao tempo de duração dos mesmos.

Tabela 29

Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Sara

Problema identificado	Grau de intensidade	Duração do problema (anos)
1. Sinto dificuldade em aceitar ajuda	3	> 10
2. Sinto dificuldade em definir prioridades e aceitá-las. Sou capaz de as aceitar momentaneamente mas constitui sempre um conflito.	4	1 a 2
3. Por vezes sinto-me responsável por “poupar” o meu marido e assumir a maioria das responsabilidades, embora às vezes o culpe	4	3 a 5
4. Sinto-me cansada e sem alternativa. Sem possibilidade de descansar.	3	1 a 5 m
5. Sinto que tenho que ser uma mãe presente e não consigo ser menos do que isso. Acho que ninguém me pode substituir.	3	1 a 5 m
6. Sinto que os outros (o meu marido e os meus pais) têm expectativas demasiado elevadas em relação a mim.	4	> 10
7. Sinto que tenho dificuldade em aceitar a minha sogra como ela é.	5	3 a 5
8. Tenho tendência para relações de amizade desequilibradas. Sou sempre a pessoa que cuida e tenho dificuldade em me colocar no outro papel.	2	6 a 10
9. Escolho mal as minhas amigas. Tenho tendência a escolher pessoas que precisam de mim.	4	6 a 10

Sensivelmente sete meses após a primeira avaliação, acrescenta um item relativo a uma situação pontual da sua vida (término de uma tese de doutoramento), mas premente e, a Janeiro do ano seguinte retira quatro (itens 3, 4, 5 e 10) que estariam diretamente relacionados com essa mesma situação e acrescenta um novo (Tabela 30).

Tabela 30

Alterações ao PQ e avaliação de follow-up

Data	Problema identificado	Grau de intensidade
20/07/2011	<i>10.Tenho muita dificuldade em lidar com a forma de trabalhar da minha orientadora.</i>	6
27/01/2012	<i>1. Sinto dificuldade em aceitar ajuda</i>	2
	<i>2. Sinto dificuldade em definir prioridades e aceitá-las. Sou capaz de as aceitar momentaneamente mas constitui sempre um conflito.</i>	3
	<i>3. Sinto que os outros (o meu marido e os meus pais) têm expectativas demasiado elevadas em relação a mim.</i>	2
	<i>4. Sinto que tenho dificuldade em aceitar a minha sogra como ela é.</i>	3
	<i>5.Tenho tendência para relações de amizade desequilibradas. Sou sempre a pessoa que cuida e tenho dificuldade em me colocar no outro papel.</i>	1
	<i>6.Escolho mal as minhas amizades. Tenho tendência a escolher pessoas que precisam de mim.</i>	2
	<i>7. Sinto que me preocupo demais com os outros</i>	4
18/06/2013	<i>1. Sinto dificuldade em aceitar ajuda</i>	2
	<i>2. Sinto dificuldade em definir prioridades e aceitá-las. Sou capaz de as aceitar momentaneamente mas constitui sempre um conflito.</i>	2
	<i>3. Sinto que os outros (o meu marido e os meus pais) têm expectativas demasiado elevadas em relação a mim.</i>	2
	<i>4. Sinto que tenho dificuldade em aceitar a minha sogra como ela é.</i>	3
	<i>5.Tenho tendência para relações de amizade desequilibradas. Sou sempre a pessoa que cuida e tenho dificuldade em me colocar no outro papel.</i>	4
	<i>6.Escolho mal as minhas amizades. Tenho tendência a escolher pessoas que precisam de mim.</i>	4
	<i>7. Sinto que me preocupo demais com os outros</i>	3

No que respeita às mudanças identificadas na entrevista de mudança (Tabela 31), a maioria eram já esperadas pela cliente e muitas delas provavelmente aconteceriam sem terapia.

Tabela 31

Lista de Mudanças identificadas (CI)

Data	Mudanças Ocorridas	Grau de expectativa	Grau de probabilidade	Grau de importância
8/2011	<i>Permitiu lidar com as circunstâncias/ término do doutoramento</i>	4	3	4
	<i>Permitiu experimentar outras formas de lidar com a orientadora</i>	2	4	3
	<i>Legitimou a minha ansiedade</i>	1	1	5
	<i>A terapia colocou a 'nú' um lado que me parecia mais pacificado</i>	5	2	3
	<i>Consegui estabelecer prioridades</i>	2	4	4
2/2012	<i>Deixei de dar tanta importância aos conflitos com a minha sogra</i>	4	2	3
	<i>Deixei de viver este sentimento para com a minha sogra, com tanta culpa</i>	2	2	4
	<i>Maior consciência de algumas coisas a mudar na relação com a minha sogra</i>	2	5	4

Susana

A Susana integra o grupo há três anos e a indicação para psicoterapia grupal está intimamente relacionada com um quadro clínico de fobia social, da qual decorre depressão. Foi a pessoa que permaneceu menos tempo no grupo, tendo desistido sensivelmente 6 meses após iniciar esta investigação, o que corresponde a três anos e meio, aproximadamente, de tempo de permanência em grupo terapêutico. No que se refere aos problemas identificados no PQ (Tabela 32), à data da primeira avaliação, o grau de mal-estar sentido variava entre moderado a total, com uma predominância para muito grande e aproximadamente dez anos. Não fez nenhuma alteração ao PQ e denota-se uma melhoria ao nível do mal-estar sentido.

Tabela 32

Descrição, primeira avaliação, duração dos problemas identificados (PQ) e avaliação de follow-up – caso Susana

Problema identificado	Grau de intensidade	Duração do problema (anos)	Grau de intensidade 17/06/2013
1. <i>Sinto que não sei viver. A minha vida não é má, contudo não consigo vivê-la de acordo.</i>	7	6 a 10	7
2. <i>Ando sempre em tensão e esforço porque cismo demasiado e tenho medo do confronto.</i>	7	> 10	4
3. <i>Sinto receio de ser rejeitada ou mal interpretada.</i>	6	> 10	3
4. <i>Tenho fases em que me apetece “hibernar” e me afastar de todas as pessoas e me isolo</i>	5	6 a 10	3
5. <i>Sinto que não sou capaz de dar tempo/oportunidade a mim própria para “remexer” nas coisas que me trouxeram à terapia</i>	4	3 a 5	2
6. <i>Quando não sou capaz de dizer aquilo que sinto, tenho dificuldade em ultrapassar e fico a remoer</i>	6	> 10	2
7. <i>Por vezes não sou capaz de assumir perante os outros o que sinto, por receio de que mais tarde, isso possa ser usado contra mim.</i>	6	3 a 5	4
8. <i>Vivo em pânico constante por estar desempregada</i>	6	1 a 5m	7

Foi efetuada uma entrevista sensivelmente um mês após abandonar a terapia. No que se refere às mudanças identificadas (Tabela 33), apenas uma foi surpreendente mas todas importantes e que na maioria, não aconteceriam sem terapia.

Tabela 33

Lista de Mudanças identificadas (CI)

Data	Mudanças Ocorridas	Grau de expectativa	Grau de probabilidade	Grau de importância
6/2011	<i>Tenho mais consciência de que algumas das minhas preocupações são pensamentos e não factos</i>	3	2	5
	<i>Re-adquiri algum controlo da minha vida</i>	2	3	4
	<i>Aprendi a colocar as coisas no seu lugar. Não lhes dar tanta importância</i>	3	4	4
	<i>Mais capacidade para lidar com alguns problemas</i>	2	2	3
	<i>Já não tenho receio de ser rejeitada ou mal interpretada</i>	4	2	5

Teresa

A Teresa está no grupo há um ano e apresenta um quadro dentro da psicossomática, com dor crónica. No passado foi vítima de violência. Como podemos observar através da Tabela 34, a Teresa é a cliente que identifica o menor número de problemas, sendo que o grau de mal-estar relatado, é também baixo. Apenas um não está relacionado com o contexto familiar.

Tabela 34

Descrição, primeira avaliação e duração dos problemas identificados (PQ)- caso Teresa

Problema identificado	Grau de intensidade	Duração do problema (anos)
1. Não me relaciono com o meu irmão	3	1 a 2
2. Não me relaciono com o meu sobrinho	2	1 a 2
3. Não me relaciono com a minha cunhada	2	1 a 2
4. Sinto que me afasto do que gosto (área da Psicologia)	4	<1 m

Dois meses após a primeira administração, acrescenta dois itens também eles de conteúdo familiar (Tabela 35). Um mês depois acrescenta mais um e em Novembro abandona a terapia por motivos profissionais. No momento de avaliação de follow-up, podemos observar que a maioria dos problemas, já não provoca qualquer tipo de mal-estar.

Tabela 35

Alterações ao PQ e avaliação de follow-up

Data	Problema identificado	Grau de intensidade
12/3/2011	5. Sinto necessidade de me afastar da minha família	5
	6. Incomoda-me a mentira e o clima de desconfiança	5
15/04/2011	7. Sinto que sou uma marioneta do meu pai e para deixar de ser terei que entrar em ruptura total	5
16/06/2013	1. Não me relaciono com o meu irmão	1
	2. Não me relaciono com o meu sobrinho	1
	3. Não me relaciono com a minha cunhada	1
	4. Sinto que me afasto do que gosto (área da Psicologia)	1
	5. Sinto necessidade de me afastar da minha família	1
	6. Incomoda-me a mentira e o clima de desconfiança	7
	7. Sinto que sou uma marioneta do meu pai e para deixar de ser terei que entrar em ruptura total	5

No que respeita às mudanças identificadas nas duas entrevistas efetuadas (Tabela 36), a maioria foi surpreendente, não aconteceriam sem terapia e todas elas são consideradas muito e extremamente importantes. Salientamos essencialmente a mudança relacionada com a dor crónica.

Tabela 36

Lista de Mudanças identificadas (CI)

Data	Mudanças Ocorridas	Grau de expectativa	Grau de probabilidade	Grau de importância
8/2011	<i>Sinto que estou com uma linha de pensamento mais clara, mais coerente</i>	4	2	5
	<i>Consegui compreender que o meu pai é a pessoa com quem me dou melhor</i>	5	1	5
	<i>Mudei de atitude com a minha família. Afastei-me</i>	2	4	5
	<i>Tenho menos dores</i>	2	4	5
2/2012	<i>O fato de não trabalhar na Psicologia já não é uma preocupação</i>	4	2	4
	<i>Relativamente à frontalidade, estou 'pior'. Já dizia o que quero. Agora digo mais. O que eu considero, melhor.</i>	4	1	4
	<i>Tenho mais consciência das coisas, de mim, dos outros</i>	2	1	4
	<i>Procuro novas formas de responder ou resolver as situações antes de chegar à rutura</i>	5	1	5

Em suma, podemos dizer que dada a oportunidade às clientes de relatarem de forma qualitativa, as mudanças sentidas durante a terapia, a informação que se obtém é mais expressiva quando comparada aos resultados das medidas de outcome, nomeadamente, se tomarmos em linha de conta a severidade dos quadros clínicos e a duração dos problemas apresentados. Todas elas referem mudanças importantes, surpreendentes e não esperadas sem a terapia.

3.6.3 Relação entre os eventos significativos do psicodrama e o progresso clínico

Tendo em conta a inexistência de medidas pré-pós tratamento, e a conseqüente impossibilidade de relacionar resultados e processo, a análise a que iremos proceder será ao nível das relações entre eventos significativos por mês e a condição psicológica relatada no final desse mesmo mês, através do CORE e do PQ. A Tabela 37 apresenta as correlações de Spearman entre as avaliações de *outcomes* obtidas em cada mês e a ocorrência de eventos significativos durante esse mês.

Tabela 37

Correlação entre medidas de outcome e ocorrência de eventos significativos durante a terapia

	Medida	Ser protagonista	Eventos úteis	Eventos não úteis
Luísa	CORE-OM	0.14	0.11	0.21
	PQ	0.58*	0.60*	0.53
Manuela	CORE-OM	-0.07	0.12	0.51*
	PQ	0.32	0.23	0.34
Paula	CORE-OM	-0.14	-0.64*	0.21
	PQ	0.18	-0.36	0.39
Raquel	CORE-OM	-0.40	-0.08	-0.28
	PQ	-0.18	-0.30	0.15
Sara	CORE-OM	0.18	0.11	0.18
	PQ	0.46	0.39	0.68*
Susana	CORE-OM	0.00	0.89	0.50
	PQ	0.05	0.95*	0.54
Teresa	CORE-OM	0.82	0.80	--
	PQ	0.44	0.10	--

A relação entre as duas medidas de *outcome* (CORE-OM e PQ) e o facto de ser protagonista (número de vezes que foi protagonista durante o mês) é em geral não significativa (à exceção do caso da Luísa com o PQ). As correlações superiores a 0.4 são em geral positivas, indicando que os meses em que as clientes foram mais vezes protagonistas parecem resultar em pontuações mais elevadas no CORE e no PQ (maior agravamento na percepção da situação clínica). Para a Luísa, Manuela e Sara, o PQ está fortemente relacionado com o ‘ser protagonista’, ou seja, quando é mais vezes protagonista, ocorre um agravamento da classificação do PQ, para esse mês. O mesmo já não acontece no caso do CORE. O conteúdo dramatizado enquanto protagonista, pode estar relacionado com o conteúdo do item do PQ. Isto remete para a necessidade de uma análise mais fina através do HSCED (Elliott, 2002). Um dos passos deste tipo de estudo de caso é precisamente procurar a existência de relações entre a diferença de outcome, sessão a sessão, e conteúdos de ES das sessões.

No que respeita à intensidade dos eventos úteis, verifica-se uma tendência para essa intensidade correlacionar positivamente com as pontuações do CORE e do PQ, sugerindo um agravamento nas avaliações da condição psicológica nos meses em que

ocorrem maior quantidade de eventos úteis com intensidade forte. Paula e Raquel apresentam um padrão de resultados inverso, embora as correlações só sejam relevantes no caso da primeira cliente.

Relativamente aos eventos não úteis, predominam as correlações positivas, indicando um agravamento da condição psicológica nos meses em que os eventos não úteis ocorrem com intensidade.

3.7. Discussão

Fundamentalmente, procurou-se com este estudo, uma aprendizagem em termos de como se deverá conduzir uma investigação naturalística com grupos abertos, dentro do paradigma CPR em geral, abordagem fatores úteis, em particular. Este é o primeiro estudo conhecido desta natureza e, como tal, procurou-se essencialmente proceder a uma exploração da sua adequação ao modelo do PM. Assim sendo, passamos a proceder a recomendações, em jeito de *guide-lines* para a prática da investigação.

Em primeiro lugar, é importante referir que o estudo apresentado consiste numa monitorização do progresso dos clientes, ou seja, faz-se uma avaliação transversal em que a primeira medida não corresponde a uma medida pré-tratamento, tendo em conta tratar-se de um grupo aberto, em que cada um dos elementos se encontra em fases diferentes do tratamento. Como tal, os diferentes padrões de mudança verificados em cada um dos elementos do grupo, podem estar relacionados com a especificidade de cada caso, ou com a fase de tratamento em que cada um se encontra, que não se constitui objetivo para este estudo. Em estudos posteriores com grupos naturais abertos, esta variável – tempo de tratamento – deve ser conhecida e controlada. Ainda assim, quando esta avaliação pré-tratamento, não se afigure possível, pode-se recorrer à entrevista de mudança, como forma de obter informação retrospectiva, questionando o cliente sobre o processo terapêutico até ao momento do início da investigação. Não obstante, tratar-se de uma medida qualitativa, sensível à desejabilidade social.

Por outro lado, se tivermos em linha de conta os quadros clínicos das pacientes, os resultados qualitativos do PQ e da Entrevista de Mudança, percebemos que ao nível

dos quadros severos, poderá ser mais útil uma metodologia na linha do estudo de caso, de que é exemplo o HSCED (Elliott, 2002).

No que se refere à adesão ao protocolo de investigação, podemos observar uma diminuição ao final de aproximadamente um ano, principalmente no que se refere ao PQ e ao HAT. Não é claro o que significa o seu não-preenchimento. Poderá refletir falta de interesse, não haver nada significativo a assinalar, ou ainda, ser indicador de um efeito de cansaço nas clientes. Assim sendo, um ano, parece ser um bom período dentro do qual se consegue manter uma taxa de adesão de quase cem por cento. Já no que diz respeito às medidas de outcome, a tendência parece ser diferente, mantendo-se uma maior taxa de adesão, talvez por a sua aplicação ser mais afastada no tempo.

A tradução dos resultados em significados para a terapia, parece carecer do cruzamento com o tipo de impacto e em que áreas da vida da pessoa (dois domínios do HAMPCAS não contemplados para este estudo). Assim, poder-se-iam encontrar variações inter-individuais, ou seja, cada pessoa poderá ser mais sensível não apenas à técnica, mas também ao impacto que esta produz.

Relativamente ao PQ, pela informação qualitativa que fornece, torna-se uma medida interessante para cruzar com o domínio de contexto do HAMPCAS. Ou seja, até que ponto os problemas identificados nos itens do PQ pelos pacientes, coincidem com os contextos dos ES. Note-se também que isto poderá ser feito a dois níveis: ao nível do grupo, se agruparmos todos os itens por tipos de problemas, ou ao nível do caso e aqui abrindo a possibilidade para cruzar com o quadro clínico. Assim sendo, as medidas ideográficas podem constituir uma boa fonte de informação para o PM. Ainda relativamente ao PQ, o facto de ter apresentado uma correlação significativa com o CORE-OM, corrobora anteriores resultados de evidência da qualidade psicométrica do PQ (Elliott et al, submetido) enquanto medida de outcome.

Os baixos valores de significância encontrados nas análises correlacionais são explicados pelo pequeno tamanho da amostra.

Para algumas das correlações negativas, nomeadamente no que diz respeito ao PQ e CORE, quando relacionados com os ES úteis, avança-se a hipótese de que a

mudança em ação, pode preceder a mudança cognitiva, ou seja, as pessoas identificam eventos úteis relatados no HAT mas a condição psicológica não acompanha esta tendência. Isto pode também significar que a pessoa identifica como positivo trabalhar determinadas questões nas sessões, que provocam mau estar sintomatológico.

Por último é importante referir que o PM é sentido com alguma frequência, como algo difícil, se tivermos em linha de conta os eventos negativos descritos. Quando vamos ver se determinadas técnicas estão mais associadas a este tipo de eventos, vemos contudo que não há diferenças. Salvaguarde-se relativamente aos eventos não úteis, que por vezes as próprias clientes referiram que o caráter doloroso de algumas experiências, identificadas como negativas, não o são necessariamente. Ou seja, conseguem perceber a mais-valia para além da dificuldade sentida. Estudos posteriores mais aprofundados sobre eventos *hindering* no PM, poderiam ajudar a uma melhor compreensão.

CONCLUSÃO

Com o presente trabalho, pretendeu-se integrar os diferentes olhares dos intervenientes no palco do PM: teóricos, terapeutas e clientes.

Sistematizar e operacionalizar os seus componentes, perceber o que se faz, como se faz, e em que medida esta prática deriva do modelo originalmente proposto por Moreno constituiu o primeiro objetivo. Através da sistematização realizada no primeiro estudo, conseguiu-se chegar a uma descrição consensualmente aceite pela comunidade clínica e científica da FEPTO-RC e consequentemente, a uma ponte, entre Moreno e o PM contemporâneo.

A partir desta definição da forma como os terapeutas descrevem a prática do PM, passou-se para o segundo estudo, que procurou estudar a forma como este modelo de intervenção é visto e sentido pelos clientes, tornando possível avançar para a proposta de um sistema metodológico de análise das perspetivas do cliente sobre o PM. Verificou-se que quando os clientes identificam acontecimentos significativos na sessão, referem e descrevem especificidades e técnicas do modelo, congruentes com o identificado pela comunidade clínica e científica. A perspetiva do cliente tem vindo a ser amplamente considerada no quadro da investigação atual (Elliott & James, 1989), pelo que ao colmatar esta lacuna ao nível de recursos metodológicos para a análise desses relatos dentro do PM, acredita-se contribuir para o impulsionamento da investigação.

No terceiro estudo, e testando o sistema criado no estudo dois, lançaram-se bases para uma nova metodologia de investigação em Psicodrama, dentro do paradigma da CPR (Elliott, 2002), dando um novo passo para responder à escassez de estudos que se refiram ao processo pelos quais o psicodrama fomenta mudanças clínicas nos clientes. Assumimos de maior relevância, as aprendizagens retiradas em termos do ponto de vista metodológico, do que propriamente do ponto de vista clínico, tendo em conta as limitações apontadas.

Em suma, com este trabalho, procurou-se contribuir com uma estratégia metodológica inovadora para investigar, de forma naturalista, as perspetivas dos

clientes sobre o que acontece durante sessões de psicodrama. Futuramente, espera-se que os resultados obtidos nestes três estudos façam emergir outros, mais complexos e diversificados, para que este campo de investigação continue a evoluir favoravelmente. A saber, seria importante que os estudos vindouros se centrassem em variáveis que não foram passíveis de controlar neste trabalho (p.e. avaliação pré-tratamento, tempo de tratamento), que se recrutassem amostras de maiores dimensões e em contextos distintos (p.e. diferentes tipos de populações e serviços, diferentes equipas terapêuticas) e que se aprofundasse mais o conhecimento sobre a relação entre as diferentes técnicas psicodramáticas e o resultado do próprio PM. Talvez encontrar a resposta à pergunta “o que é que faz com que o PM (ou a psicoterapia em geral) mude os indivíduos” seja uma utopia; mas acredita-se que, a cada pequeno passo dado nessa direcção, tal como este trabalho o faz, estamos mais perto de encontrar uma resposta para esta dúvida que persiste há tantas décadas na investigação em psicoterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apter, N. (2003). The human being: J.L. Moreno's vision in Psychodrama. *International Journal of Psychotherapy*, 8(1), 31-36.

Ashworth, M., Shepherd, M., Christey, J., Matthews, V., Wright, K., Parmentier, H., Robinson, S., & Godfrey, E. (2004). A client-centred psychometric instrument: the development of PSYCHLOPS. *Counselling and Psychotherapy Research*, 4, 27-33.

Barkham, M., & Margison, F. (2007). Practice-based evidence as a complement to evidence-based practice: From dichotomy to chiasmus. In C. Freeman, & M. Power (Eds.), *Handbook of evidence-based psychotherapies: A guide for research and practice* (443–476). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Blatner, A. (1996). *Acting-In: Practical Applications of Psychodramatic Methods*. (3rd ed.) New York: Springer Publishing Company.

Blatner, A. (1997). Psychodrama: the state of the art. *The Arts in Psychotherapy*, 24(1), 23-30.

Blatner, A. (2007). Morenean approaches: recognizing psychodrama's many facets. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 59(4), 159-170.

Blatner, A., & Blatner, A. (1988). *Uma Visão Global do Psicodrama: Fundamentos históricos, teóricos e práticos*. Ágora: São Paulo.

Boies, K. G. (1972). Role playing as a behavior change technique: Review of the empirical literature. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 9 (2), 185-192.

Boria, G. (2005). *Psicoterapia Psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti*. Milano: FrancoAngeli.

Booth, H., Cushway D., & Newnes C. (1997). Counselling in general practice: Clients' perceptions of significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 10(2), 175-187.

Bustos, D. (1999). *Novas cenas para o Psicodrama. O teste da Mirada e outros temas*. São Paulo: Ágora.

Calvente, C. (1998). Interpolação de resistências. In R. Monteiro (Org.), *Técnicas Fundamentais do Psicodrama* (97-104). 2ª ed. São Paulo: Ágora.

Carvalho, M. J., Faustino, I., Nascimento, A., & Sales, C. M. D. (2008). Understanding Pamina's recovery: An application of the hermeneutic single-case efficacy design. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(3), 166-173.

Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M., Hemmelstein, N., Jackson, J., Morford, M., Ragusea, S., Roper, J., Spayd, C., Weisz, T., Borkovec, T., & Holtforth, M. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 327-344.

Castonguay, L., & Hill, C. (Eds.) (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective Experiences across cognitive behavioral, humanistic and psychodynamic approaches*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

Christoforou, A., & Kipper, D. (2006). The Spontaneity Assessment Inventory (SAI), Anxiety, Obsessive-Compulsive Tendency, and Temporal Orientation, *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 59, 23-34.

Costa, E. M. S., Antonio, R., Soares, M. B., Moreno, R. A. (2006). Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(1), 40-43.

Couto, M. (2004). *Quando o Corpo Toma a Palavra: a expressão corporal em contexto psicodramático*. Tese de Mestrado em Toxicod dependência e Patologias Psicossociais. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

Crawford, R. J. (1989). Follow up of alcohol and other drug dependents treated with psychodrama. *New Zealand Medical Journal*, 102(866), 199.

Cukier, R. (2002). *Palavras de Jacob Levy Moreno*. Ágora: São Paulo.

Dayton, T. (2005). The use of psychodrama in dealing with grief and addiction-related loss and trauma. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 58(1), 15-34.

Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adults' attachment styles. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 112–119.

Elliott, R. (1985). Helpful events in brief counseling interviews: an empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 307-322.

Elliott, R. (1988). *Helpful aspects of experiential therapy content analysis system (HAETCAS): Rating manual*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of Toledo.

Elliott, R. (1993). *Helpful Aspects of Therapy Form* [Measurement instrument]. Retirado de <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.html>

Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1-20.

Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 18(3). 239-242.

Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.

Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: an analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 443-467.

Elliott, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., & Sack, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy*, 22(3), 620-630.

Elliott, R. Mack, C., & Shapiro, D. A. (1999). *Simplified Personal Questionnaire procedure manual*. Toledo: University of Toledo, Department of Psychology.

Elliott, R., Partyka, R., Alperin, R., Dobrenski, R., Wagner, J., Messer, S. B., & Castonguay, L. (2009). An adjudicated hermeneutic single-case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research*, 19, 543-557.

Elliott, R., Reimschuessel, C., Sack, N., Cislo, D., & James, E. (1984). *Therapeutic impacts content analysis system: Rating manual*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of Toledo.

Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1988). Brief Structured Recall: A more efficient method for studying significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 141-153.

Elliott, R., Mack, C. & Shapiro, D. A. (1999). *Simplified Personal Questionnaire procedure manual*. Toledo: University of Toledo, Department of Psychology.

Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J., Jones, D. R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 2, 1-86.

Fong, J. (2006). Psychodrama as a Preventive Measure: Teenage Girls Confronting Violence. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 59(3), 99-108.

Fox, J. (2002). *O Essencial de Moreno: Textos sobre Psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade*. Ágora: São Paulo.

Friedlander, M., Haetherington L., Constantino M., Messer S., Kortz, L., & Shaffer, K. (2011, June 1). *What's therapy got to do with it? Clients' explanations of corrective change*. Paper presented at the 42nd Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Bern, Switzerland.

Gershefski, J., Arnkoff, D., Glass, C., Elkin, I. (1996). Clients' Perceptions of Treatment for Depression: I. Helpful Aspects. *Psychotherapy Research*, 6, 233-247.

Godinho, H. (1994) Psicodrama Moreniano. Estudo Prospetivo dos Benefícios, Indicações e Contra-indicações. Coimbra. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada na Universidade de Coimbra.

Godinho, H. & Vieira, F. (1999). Resultados da abordagem Psicodramática em clusters de sintomas psicopatológicos. In (Des)dramatizar na doença Mental. Psicodrama e Psicopatologia. Lisboa: Edições Sílabo, 199-206

Gonçalves, C. (1998). Técnicas básicas: duplo, espelho e inversão de papéis. In R. Monteiro (Org.), *Técnicas Fundamentais do Psicodrama* (17-26). 2ª ed. São Paulo: Ágora.

Gonçalves, C. S., Wolff, J., & Castello de Almeida, W. (1988). *Lições de Psicodrama: Introdução ao Pensamento de J. L. Moreno*. Ágora: São Paulo.

Greenberg, L. S. (1986). Change process research. In R. Elliott. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.

Greenberg, L. S., James, P. S., Conry, R.F. (1988). Perceived change processes in emotionally focused couples therapy. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 5-23.

Hamamci, Z. (2002). The effect of integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy on reducing cognitive distortions in interpersonal relationships. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 55(1), 3-14.

Hamamci, Z. (2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 199–207.

Hampson, N. (2008). *Helpful Aspects of Therapy: An evaluation of Dewsbury Adult Psychology Service and a Comparison of Three Classification Systems* [PhD thesis]. Leeds, United Kingdom: University of Leeds.

Holmes, P. (1992). Psicodrama Clássico: uma revisão. In P. Holmes, & M. Karp, *Psicodrama: Inspiração e Técnica*. Ágora: São Paulo.

Hudgins, M. K., Drucker, K., & Metcalf, K. (2000). The ‘containing double’: a clinically effective psychodrama intervention for PTSD. *British Journal of Psychodrama and Sociometry*, 15, 58-77.

Hug, E. (1997). Current trends in psychodrama: eclectic and analytic dimensions. *The Arts in Psychotherapy*, 24(1), 31-35.

Jones, E. E., Wynne, M. F., & Watson, D. D. (1986). Client perception of treatment in crisis intervention and longer-term psychotherapies. *Psychotherapy*, 23, 120-132.

Kagan, N. (1975). *Interpersonal process recall: A method of influencing human interaction*. Houston, Texas: University of Houston-University Park.

Kaufman, A. (1998). Role-playing. In R. Monteiro (Org.), *Técnicas Fundamentais do Psicodrama* (151-162) (2ª ed.). São Paulo: Ágora.

Kellerman, P. (1987). Outcome research in classical psychodrama. *Small Group Behavior*, 18(4), 459-469.

Kellerman, P. (1994). Role Reversal in Psychodrama. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson (Eds.), *Psychodrama since Moreno*. London: Routledge.

Kim, K. W. (2003). The Effects of Being the Protagonist in Psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 55(4), 115-127.

Kipper, D. A. (1982). Behavior simulation: A model for the study of the simulation aspect of psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 35, 1-17.

Kipper, D. A. (1986). *Psychotherapy through clinical role playing*. New York: Brunner/Mazel.

Kipper, D. (1997). Classical and contemporary psychodrama: A multifaceted, action oriented psychotherapy. *International Journal of Action Methods*, 50(3), 99-107.

Kipper, D. A. (2000). Spontaneity: Does the Experience Match the Theory? The International. *Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training and Role Playing*, 53(1), 33-47.

Kipper, D. A., & Hundal, J. (2003). A Survey of Clinical Reports on the Application of Psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 55, 141-157.

Kipper, D. A. & Hundal, J. (2005). The Spontaneity Assessment Inventory: the relationship between spontaneity and non-spontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 58, 119-129.

Kipper, D. A., & Ritchie, T. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7(1), 13-25.

Kipper, D. A., & Shemer, H. (2006). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): Spontaneity, Well-Being, and Stress. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 59, 127-136.

Kirk, K., & Dutton, C. (2006). Nobody Nowhere to Somebody Somewhere: Researching the effectiveness of psychodrama with young people with Asperger's syndrome. *British Journal of Psychodrama and Sociodrama*, 21(2), 31-53.

Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324.

Levy, J., Glass, C., Arnkoff, D., Gershefski, J., & Elkin I. (1996). Clients' Perceptions of Treatment for Depression: II. Problematic or Hindering Aspects. *Psychotherapy Research*, 6(4), 249-262.

Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology* 27: 223-238.

Llewelyn, S. P., Elliot, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., & Hardy, G. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 105-114.

López, L. (2005). Técnicas Psicodramáticas. In L. Fábregas (Org.). *Más allá del Monigote. Lecciones de Psicodrama* (148-164). Las Palmas de Gran Canarias: Hamalgama Editorial.

Mahrer, A., & Nadler, W. (1986). Good Moments in Psychotherapy: a preliminary review, a list, and some promising research avenues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 10-15.

Marques Teixeira, J., Moreira, A.; Almeida, D.; Viegas, E.; Silva, I.; Torres, L. & Carvalho, M. (2004). Evolução de um grupo de Psicodrama num Hospital Psiquiátrico. *O Médico: Semanário de Assuntos Médicos e Paramédicos*. 1990; 123 (2004): 536-550. Separata nº 169 Uniarte Gráfica, lda. Porto

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(6): e1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097

McVea, C. S., Gow, K. & Low, R. (2011). Corrective interpersonal experience in psychodrama group therapy: A comprehensive process analysis of significant therapeutic events. *Psychotherapy Research*, 21(4), 416-429

Monteiro, R. (Org.) (1998a). *Técnicas Fundamentais do Psicodrama* (2ª ed). São Paulo: Ágora.

Monteiro, R. (1998b). O jogo no psicodrama. In R. Monteiro (Org.), *Técnicas Fundamentais do Psicodrama* (163-171) (2ª ed). São Paulo: Ágora.

Moreno, J. J. (1999). Ancient sources and modern applications: the creative arts in psychodrama. *The Arts in Psychotherapy*, 26(2), 95-101.

Moreno, J. L. (1953). *Who Shall Survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. (3rd ed). Beacon, New York: Beacon House.

Moreno, J. L. (1997). *Psicodrama* (edição original publicada em 1946). São Paulo: Cultrix.

Moreno, J. L. & Moreno, Z. T. (2011) *Psychodrama. Second volume. Foundations of Psychotherapy*. U.K: The North-West Psychodrama Association.

Moreno, J. L. & Moreno, Z. T. (2012) *Psychodrama. Third volume. Action Therapy and Principles of Practice*. U.K: The North-West Psychodrama Association.

Moyano, G (2012). Utilización de la imagen en sicoterapias. In *Actualizaciones en Sicodrama: Imagen y Acción en la Teoría y La Práctica* (p. 59-88). Coruna: Spiralia Ensayo.

Parrish, M. (1959). The effect of short-term psychodrama on chronic schizophrenic patients, *Group Psychotherapy*, 12(1), 15-26.

Pinheiro, M. (2004). *Contributos para a compreensão do toxicodependente: o psicodrama, um desafio terapêutico*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pio de Abreu, J. (1992). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Coimbra: Edições de Psiquiatria Clínica.

Rice, L., & Greenberg, L. (Eds.) (1984). *Patterns of Change*. New York: The Guilford Press.

Ricketts, T., & Kirshbaum, M. N. (1994). Helpfulness of mental health day care: client and staff views. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 297-306.

Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría e Técnica Psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.

Rojas-Bermúdez, J. (1985). *Titeres y Sicodrama/Puppets and Psychodrama* (2ª ed.). Buenos Aires: Editorial Celcius.

Rojas-Bermúdez, J. (2012). Y las cosas se hicieron instrumentos, objeto intermediario e intraintermediario en sicodrama. In *Actualizaciones en Sicodrama: Imagen y Acción en la Teoría y La Práctica* (Vol. 6, pp.89-111). Coruna: Spiralia Ensayo.

Rojas-Bermúdez, J.; Corts, J. M.; Rivera, C. D.; Fàbregas, L. E. F.; Cuesta, M. C. G.; Larios, M. C., & Pousada, R. R. (2012). In *Actualizaciones en Sicodrama: Imagen y Acción en la Teoría y La Práctica* (Vol. 6). Coruna: Spiralia Ensayo.

Rojas-Bermúdez, J, & Moyano, G. (2012). Teoría y técnica de las imágenes sicodramáticas. In *Actualizaciones en Sicodrama: Imagen y Acción en la Teoría y La Práctica* (Vol. 6, pp.15-57). Coruna: Spiralia Ensayo.

Sales, C. M. D., & Alves, P. C. G. (2012). Individualized Patient-Progress Systems: Why We Need to Move Towards a Personalized Evaluation of Psychological Treatments. *Canadian Psychology*, 53(2), 115-121.

Sales, C. M. D., & Alves, P. C. G. (*submetido*). Psychotherapy through the eyes of patients: a review of tools.

Sales C. M. D., Alves P. C. G., Evans C., & Elliott R. (2014). The Individualised Patient-Progress System: A decade of international collaborative networking. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(3), 181–191.

Sales, C., Goncalves, S., Fragoeiro, A., Noronha, S., & Elliott, R. (2007). Psychotherapists Openness to Routine Naturalistic Idiographic Research. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 4(2), 145-161.

Sales, C. M. D., Gonçalves, S., Silva, I.F., Duarte, J., Sousa, D., Fernandes, E., Sousa, Z., & Elliott, R. (2007, March). *Portuguese adaptation of qualitative change process instruments*. Paper presented at the European Chapter Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Funchal, Portugal.

Sales, C. M. D., Gonçalves, S., Silva, I.F., Duarte, J., Sousa, D., Fernandes, E., Sousa, Z., & Elliott, R. (2007). *Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT)*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa, Departamento de Psicologia.

Sales, C. M. D., Gonçalves, S., Silva, I.F., Duarte, J., Sousa, D., Fernandes, E., Sousa, Z., & Elliott, R. (2007). *Procedimento do Questionário Pessoal Simplificado (PQ)*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa, Departamento de Psicologia.

Sales, C. M. D., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39, 54-59.

Santos, A. (1998). Auto-apresentação, apresentação do átomo social, solilóquio, concretização e confronto. In R. Monteiro (Org.), *Técnicas Fundamentais do Psicodrama* (105-125) (2ª ed). São Paulo: Ágora.

Saraiva, C. e Albuquerque, E. (1996). O Psicodrama visto pelos doentes. *Revista da Sociedade Portuguesa de Psicodrama*, 4, 67-76.

Soeiro, A. (1995). *Psicodrama e Psicoterapia*. Ágora: São Paulo.

Somov, P. G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 151-161.

Sousa, S. (2012). *Auto-estigma na doença mental grave: Desenvolvimento de um programa de intervenção com recurso ao sociodrama e ao e-learning*. Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Timulák, L., & Lietaer, G. (2001). Moments of empowerment: A qualitative analysis of positively experienced episodes in brief person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(1), 62-73.

Timulák, L. (2003). Empowerment Events in Process-Experiential Psychotherapy of Depression: An Exploratory Qualitative Analysis. *Psychotherapy Research*, 13(4), 443-460.

Treadwell, T., Kumar, V., Stein, S., & Prosnick, K. (1998). Sociometry: tools for research and practice. *International Journal of Action Methods*, 51(1), 23.

Vieira, F., Carnot, M., & Canudo, N. (1993). Psicodrama no Hospital Júlio de Matos - uma tentativa de avaliação de resultados. *Psiquiatria Clínica*, 14(3), 181-186.

Vieira, F. M. (2014). *Da ação à emoção: o psicodrama no tratamento da obesidade. Estudo da eficácia e do processo terapêutico*. Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Vieira, F. M., Torres, S., & Moita, G. (2013). Psicodrama e obesidade: desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de intervenção focado nas emoções. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(2), 141-149.

Wieser, M. (2007). Studies on Treatment effects of psychodrama psychotherapy. In C. Baim, J. Burmeister, & M. Maciel (Eds.), *Psychodrama. Advances in Theory and Practice* (271-292). London: Routledge/Taylor & Francis Group.

Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

ANEXOS

Anexo 1: Checklist qualidade da fonte de proveniência (autoria)

Avaliação pelo autor principal				
ARTIGO / TEXTO	Publicação periódica		Livros / literatura cinzenta (pe teses)	
	Com peer- review (1)	Sem peer- review (0)	Escrita por experts / psicodramatistas com formação adequada (1)	Autor desconhecido / sem formação (0)
13 Kipper & Ritchie (2003)	1			
16 Monteiro et al (1998)				1
39 Blatner (1997)	1			
41 Joseph Moreno (1999)	1			
42 Hug (1997)	1			
45 Blatner & Blatner (1988)				1
46 Treadwell et al (1998)		0		
48 Rojas- Bermúdez (1997)				1
49 Cukier (2002)				1
50 Pio de Abreu (1992)				1
51 Moreno (1997)				1
52 Blatner (1996)				1
53 Kellerman (1994)				1
54 Holmes (1992)				1
55 Rojas- Bermudez et al (2012)				1
56 Fábregas (2005)				1
58 Boies (1972)	1			
72 Fox (2002)				1
73 Soeiro (1995)				1
74 Gonçalves et al (1988)				1
75 Bustos (1999)				1

Avaliação por juiz independente				
ARTIGO / TEXTO	Publicação periódica		Livros / literatura cinzenta (pe- teses)	
	Com peer- review? (1)	Sem peer- review? (0)	Escrita por experts / psicodramatista s com formação adequada? (1)	Autor desconhecido / sem formação (0)
13 Kipper & Ritchie	1			
39 Patner (1997)	1			
42 Hug (1997)	1			
46 Treadwell (1998)		0		
49 Cukier (2002)				1
51 Moreno (1997)				1
53 Kellerman (1994)				1
55 Rojas- Bermudez (2012)				1
58 Bales (1972)	1			
73 Soeiro (1995).				1
75 Bustos (1999)				1

Anexo 2: Técnicas elegíveis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	13 Kipper & Richie (2003)	16 Monteiro et al (1998)	19 Blatner (1997)	41 Joseph Moreno (1999)	42 Hug (1997)	45 Blatner & Blatner (1988)	48 Rojas-Bermúdez (1997)	49 Culler (2002)	50 Pio de Abreu (1992)	51 Moreno (2005)	52 Blatner (1996)	53 Kellerman (1994)	54 Holmes (1992)	55 Rojas-Bermúdez et al (2012)	56 Fábregas (2005)	58 Boles (1972)	72 Fox (2002)	73 Soeiro (1995)	74 Gonçalves et al (1988)	75 Bustos (1999)	Total
1 Inversão de Papéis	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X			X	X	15
2 Soliloquio	X	X				X	X	X	X	X	X				X				X	X	10
3 Espelho	X	X	X			X	X	X	X	X		X			X				X	X	11
4 Duplo	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X		X				X	X	14
5 Estrutura/Imagem					X		X	X	X	X	X			X	X				X	X	8
6 Interpolação		X					X	X	X	X									X	X	7
7 Resistências		X	X			X		X	X	X	X								X	X	9
8 Atomo Social							X		X					X							6
9 Objectos			X				X		X					X							6
10 Intra/intermediários							X							X							5
11 Jogos Dramáticos		X	X			X	X	X	X	X								X	X	X	8
12 Sociometria	X	X	X	X		X	X	X	X	X					X						12
13 Treino de papel/Role-Playing		X				X		X	X	X											5
14 Realização/representação simbólica						X					X										3
15 Amplificação						X		X			X										5
16 Cadeira Vazia ou Two chair		X		X		X	X	X		X	X										4
17 Realidade Suplementar		X				X		X		X			X						X		6
18 Autoapresentação		X				X		X	X	X									X		7
19 Atrás das costas						X		X		X											2
20 Bonecas, Máscaras						X		X		X				X							5
21 Psicodança						X		X		X							X				3
22 Técnicas corporais						X		X		X				X			X				6
23 Psicomúsica		X				X		X	X	X											3
24 Hipnodrama						X		X		X											2
25 Loja Mágica				X		X		X	X	X	X									X	5
26 Onitrodrama		X				X		X	X	X											5
27 Técnica de Improvisação Espontânea								X		X											2
28 Videopsicodrama		X				X				X											3
29 Projectão para o futuro		X		X		X				X											4
30 Realidade Suplementar		X				X		X		X		X							X		4
31 Teste de espontaneidade		X						X		X											3

Anexo 4: Checklist qualidade e clareza das definições

Avaliação pelo autor:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		13 Kipper & Ritchie (2003)	16 Monteiro et al	39 Blatner (1997)	41 Joseph Moreno (1999)	42 Hug (1997)	45 Blatner & Blatner (1988)	48 Rojas-Bermúdez (1997)	49 Cukier (2002)	50 Pio de Abreu (1992)	51 Moreno (2005)	52 Blatner (1996)	53 Kellerman (1994)	54 Holmes (1992)	55 Rojas-Bermúdez et al	56 Boles Fábregas (2005)	72 Fox (2002)	73 Soeiro (1995)	74 Gonçalves et al	75 Bustos (1999)	
1	Inversão de Papéis	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
2	Soliloquio	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Espelho	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Duplo	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	Estatua/ Imagem	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
5	Interpolação resistências	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Atomo Social	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	Objectos Intermediários e Intraintermediários	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
7	Jogos Dramáticos	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Sociometria	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Treinamento de Papel/ Role-playing	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
	Realização ou representação simbólica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Amplificação	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Concretização	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cadeira Vazia ou auxiliary-chair	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Avaliação pelo juiz independente:

Avaliação pelo juiz independente:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		13 Kipper & Ritchie (2003)	16 Monteiro et al	39 Blatner (1997)	41 Joseph Moreno (1999)	42 Hug (1997)	45 Blatner & Blatner (1988)	48 Rojas-Bermúdez (1997)	49 Cukier (2002)	50 Pio de Abreu (1992)	51 Moreno (2005)	52 Blatner (1996)	53 Kellerman (1994)	54 Holmes (1992)	55 Rojas-Bermúdez et al	56 Boles Fábregas (2005)	72 Fox (2002)	73 Soeiro (1995)	74 Gonçalves et al	75 Bustos (1999)	
1	Inversão de Papéis	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
	Espelho	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Interpolação resistências	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jogos Dramáticos	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Treinamento de Papel/ Role-playing	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
	Amplificação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Concretização	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cadeira Vazia ou auxiliary-chair	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Com definição clara e completa (1); Definição pouco clara/incompleta (0)

Anexo 5: Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT)

Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT).

Robert Elliott © 1993

University of Toledo

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

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

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

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

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



4. Em que altura da sessão ocorreu este acontecimento?

5. Quanto tempo, aproximadamente, durou este acontecimento?

6. Aconteceu mais alguma coisa durante a sessão que o tenha **ajudado** especialmente?

SIM NÃO

a. Se sim, assinale em que medida é que esse acontecimento o ajudou:

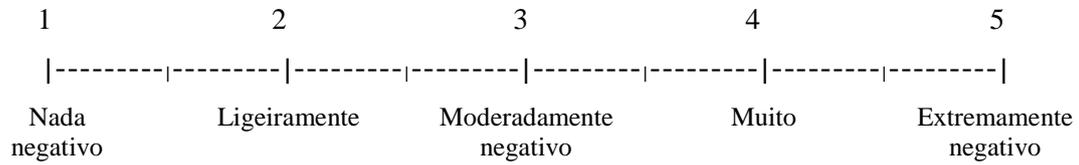
1	2	3	4	5
----- ----- ----- ----- -----				
Não ajudou nada	Ajudou pouco	Ajudou moderadamente nada	Ajudou muito	Ajudou muitíssimo

b. Por favor, descreva sucintamente o que aconteceu:

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

SIM NÃO

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



b. Por favor, descreva sucintamente o que aconteceu:

Anexo 6: Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT) - para o terapeuta

Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT) - PARA O TERAPEUTA

Robert Elliott © 1993
University of Toledo

Adaptado por Ana Cruz e Gabriela Moita (2010).

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

1. De todos os acontecimentos da sessão, qual considera ter sido mais importante:

– para o protagonista

– para o ego(s) auxiliar(es)

– para o auditório

2. Poderia descrever de que forma é que este acontecimento foi importante

– para o protagonista

– para o ego(s) auxiliar(es)

– para o auditório

7. Durante o encontro, aconteceu alguma coisa que considere negativa ou um entrave, para o grupo ou algum elemento em particular?

SIM NÃO

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

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

b. Por favor, descreva sucintamente o que aconteceu:

Anexo 7: Registo de Sessão (a ser preenchido pelo ego-auxiliar profissional)

REGISTO DE SESSÃO

(a ser preenchido pelo ego-auxiliar profissional)

Data: ___/___/___

Nº sessão:

Presenças:

NOME	Sim/ Não

c. Fase de Dramatização

Protagonista: _____

Ego(s) Auxiliar(es): _____

Técnicas utilizadas (assinale com uma cruz):

Inversão de papéis	
Solilóquio	
Interpolação de resistências	
Espelho	
Duplo	
Estátua	
Jogos	
Átomo Social	
Jogos sociométricos	
Outra(s)	

Se foram utilizadas outras técnicas, por favor diga quais: _____

d. Fase dos comentários

Quem comentou: _____

Outras observações que considere importantes:

Solicitamos especial atenção para ocorrência ou não de momento de espontaneidade (resposta nova a um velho problema); momento de catarse de integração; à tele (nomeadamente através de identificação nos comentários); ocorrência de treino/desenvolvimento de papel.

Anexo 8: Declaração de Consentimento de participação em Estudo de Investigação no domínio da Eficácia do Psicodrama

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO de participação em Estudo de Investigação no domínio da Eficácia do Psicodrama

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964; Tóquio, 1975; Veneza, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset West, 1996 e Edimburgo, 2000)

Eu, abaixo-assinado (nome completo do/a cliente) _____

_____,
compreendi a explicação que me foi dada acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído/a. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que achei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Foram-me prestadas informações sobre os objectivos e os métodos do presente estudo e fui ainda informado/a de que tenho o direito de recusar, em qualquer momento, a minha participação no estudo, sem que isso possa acarretar qualquer prejuízo pessoal.

Fui também informado/a de que será sempre respeitada a minha confidencialidade e, por isso, consinto que me seja aplicado o método de avaliação e de intervenção propostos pelo investigador.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do cliente: _____

O investigador responsável

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo 9: Helpful Aspects of Morenian Psychodrama Content Analysis System – Hampcas - Manual De Treino Bilingue/Training Manual Bilingual

Adaptado de **HAETCAS** (Elliott, 1988) por Ana Sofia Cruz, Célia Sales, Gabriela Moita, Paula Alves & Robert Elliott, 2012.

Instruções: A tarefa consiste em avaliar as descrições dos clientes sobre os eventos significativos, recolhidos através do *Helpful Aspects of Therapy* (HAT). Em cada definição, as palavras "O cliente descreve..." devem ser tidas como implícitas. Não tente adivinhar o que realmente aconteceu; às vezes, porém, pode ter que deduzir o que o cliente queria dizer, usando o seu conhecimento sobre o tratamento e outros eventos descritos pelo mesmo cliente. Uma estratégia útil é quebrar as descrições dos eventos (que por vezes são bastante complexas) em elementos, frases ou ideias que contêm marcadores para diferentes categorias. Considere cuidadosamente cada evento em cada escala, utilizando as classificações abaixo.

Escala de avaliação:

1 - presente

0 - ausente

As variáveis de análise de conteúdo estão divididas em três domínios:

- **Ação/Técnica** (o que foi feito?): o que o cliente, terapeutas ou grupo fizeram no evento (e que deu origem ao impacto).
- **Impacto** (que efeito na pessoa?): o efeito que o evento teve no cliente. Este domínio está dividido em impactos úteis e não úteis.
- **Contexto** (objecto da experiência): em que contexto da sua vida/ tema do evento.

Exemplo:

Evento	Ação	Impacto	Contexto
Jogo, de dar coisas que achávamos que as outras pessoas poderiam precisar. Um antigo elemento do grupo deu-me autoestima. Comecei a apanhar do chão coisas que os outros recusavam (apanhei 2 homens...). Depois, larguei a autoestima e os homens. E tive que arranjar uma autoestima sozinha. Bem, o que senti foi o reforço de algo que já venho a sentir por parte do grupo. Estou a integrar-me como em todos os grupos ao longo da minha vida: de forma insuficiente. Não é exagero: na escola primária, era a única anotação negativa da minha folha de notas!	Dramatização do próprio Jogos dramáticos	Auto-consciência Enfraquecimento das relações	Intrapessoal Intragrupo

**HELPFUL ASPECTS OF MORENIAN PSYCHODRAMA CONTENT ANALYSIS SYSTEM -
HAMPCAS**

Adaptado do HAETCAS (Elliott, 1988) por Ana Sofia Cruz, Célia Sales, Gabriela Moita, Paula Alves & Robert Elliott, 2012

AÇÃO/ TÉCNICA

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO (S)
Partilha		
Esta categoria refere-se à primeira e à última fase de uma sessão de psicodrama: aquecimento e partilha/comentários		
1. Partilha do próprio	<p>Cliente descreve uma partilha que fez. Neste contexto, partilha refere-se à expressão (no grupo) sobre algum evento, pensamento, sentimento ou experiência pessoal, assim como falar sobre alguma coisa que aconteceu durante a sessão:</p> <p>a) no aquecimento; b) na partilha.</p>	<p>a) <u>Trazer a minha preocupação durante o aquecimento. Falar sobre E e sobre como ele está nos meus pensamentos ultimamente.</u></p> <p>b) <u>Eu não gostei do que falei nem de como me senti enquanto falei. As palavras que eu usei foram um pouco duras.</u></p>
2. Partilha por outros	<p>Cliente descreve algo que lhe foi dito ou que ouviu de outro elemento do grupo. Neste contexto, a partilha refere-se a comentários ou à expressão de algum acontecimento, pensamento, sentimento ou experiência pessoal:</p> <p>a) no aquecimento; b) na partilha.</p>	<p>a) <u>Ouvir a história da S. O discurso dela em relação à sua relação é parecido com o meu sentir acerca da minha. Às vezes é bom ouvir noutra sítio o que (para mim) é difícil falar.</u></p> <p>b) <u>Quando após a dramatização um elemento do grupo me disse ter ficado surpreendido com a posição que atribui para mim no grupo, através da escolha de uma peça de automóvel para representar o meu papel.</u></p>
3. Partilha da unidade funcional (algo dito pela unidade funcional)	<p>O evento referido como mais importante está relacionado com algo que o diretor ou o ego-auxiliar profissional disseram.</p>	<p><u>Foi o comentário do Dr. J, na partilha, de que a pessoa de quem me estou a separar tem muito poder sobre mim.</u></p> <p><u>Quando alguns membros do grupo e também a directora salientaram que eu baixei as resistências em relação ao grupo.</u></p>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO (S)
Dramatização		
4. Dramatização do próprio	O evento referido como mais importante está relacionado com o facto de a pessoa ter dramatizado, nomeadamente subir ao palco e ter um papel ativo na segunda fase da sessão. Este papel pode ser enquanto: a) protagonista; b) ego-auxiliar.	a) <u>Ter tomado o lugar de sábio que fala para mim e ter-me apercebido que talvez seja difícil abdicar das expectativas elevadas dos outros pois também são esses que me têm permitido superar-me ainda que por vezes me esgotem.</u> b) <u>Durante a dramatização, e em substituição da protagonista, reconheci a sensação de sufoco que ela estava a sentir.</u>
5. Dramatização de outros	O evento referido como o mais importante está relacionado com o facto de o cliente ter sido espectador da dramatização de outro ou outros elementos do grupo.	<u>Foi o facto de reparar que me reconhecia na protagonista, mas há uns anos atrás, e que o pormenor em questão já tinha mudado em mim.</u>
Técnicas puras		
O evento é classificado pela presença da técnica, independentemente do papel a partir do qual ela surgiu: protagonista, ego-auxiliar ou auditório.		
6. Inversão de papéis	O cliente descreve um evento onde o protagonista inverte de lugar com outros papéis, para que assim o protagonista “calce os sapatos do outro”.	<u>Estar na pele de quem estou a magoar. Para verificar que me é fácil entrar nesse papel, já que me identifico com ele em relação a outra pessoa.</u> <u>Foi quando um elemento de grupo ocupou o meu papel a falar com a minha orientadora e eu pude ver como eu me expressava.</u>
7. Solilóquio	O cliente descreve um evento no qual o diretor pede para “pensar alto” e expressar os seus sentimentos, pensamentos ou intenções.	<u>Quando, durante a dramatização, o diretor me pediu para dar voz aos meus pensamentos. Ajudou-me a esclarecer as minhas dúvidas sobre a situação e a tomar uma decisão.</u>
8. Espelho	O cliente descreve um momento em que o ego-auxiliar assume o seu papel ou o papel do protagonista, reproduzindo em espelho, as suas posturas, gestos e palavras tal como apareceram na dramatização. Esta técnica também pode ser aplicada por meio de um “espelho tecnológico”: utilizando materiais como fotos, filmes, gravações de vídeo e áudio-gravações.	<u>Foi na parte dinâmica - no psicodrama. Pude-me avaliar e perceber, a partir do exterior, alguns dos aspetos que eu não via, porque eu era parte integrante deles.</u>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO (S)
9. Duplo	O cliente refere-se a um momento na dramatização em que alguém representa um papel ou um aspeto do papel do protagonista, colocando-se ao seu lado ou por trás dele; expressando de forma empática, pensamentos e sentimentos não ditos do protagonista. O duplo também serve como veículo para dar sugestões e interpretações mais eficazes ao protagonista.	<u>A dramatização da L. em que todos fomos partes dela. Eu fui a capacidade para demonstrar segurança. Gosto de pensar que também tenho isso em mim.</u> <u>Ter alguém a sussurrar-me algo que eu já pensei, mas que eu não era capaz de dizer em voz alta.</u>
Outras técnicas ou especificidades do modelo PM		
10. Escultura	O cliente refere um evento em que o diretor pede ao protagonista que coloque elementos do grupo numa representação simbólica sobre a maneira como vê determinada aspeto da sua vida	<u>A <i>estátua dos pontos de situação</i> (actual, intermédia, desejada) numa relação que eu quero que venha a ser uma ligação afetiva.</u> <u>Para reforçar o que eu já sabia... Sempre que vejo algo em <i>estátua</i> faz-me tudo muito mais sentido.</u>
11. Interpolação de resistências	O diretor pede aos egos auxiliares que atuem de um modo completamente diferente daquele que o protagonista indicou ou espera. O objetivo é apanhar o protagonista desprevenido e testar a sua espontaneidade de forma a encontrar respostas para uma situação que lhe é desfavorável (e.g., um personagem autoritário pode tornar-se humilde e submisso).	<u>Quando o ego-auxiliar, no papel da <i>minha mãe</i>, começou a agir de uma forma completamente diferente do que eu esperava. Fez-me perceber que é da minha responsabilidade mudar a nossa relação.</u>
12. Átomo Social	O cliente refere um evento no qual o protagonista fez uma representação ou configuração de todas as relações importantes da sua vida. Pode ser representado em diagramas ou graficamente, sobre pessoas ou temas individuais, no passado ou presente, intensidade ou distância.	<u>Foi importante, para mim, <i>ver como me coloco em relação a todos os elementos da minha família e que incluí também o meu pai, já falecido.</i></u>
13. Objetos Intermediários	O cliente refere um evento no qual o diretor introduz o uso de objetos na sessão, para facilitar a comunicação com o protagonista (e.g., um boneco, fantoche, tecidos, uma pedra).	<u>Foi muito importante, para mim, <i>quando o diretor disse-me para usar um fantoche para representar a minha mãe e falar com ela.</i></u>

(continua)

Perspectivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano
Os teóricos, os terapeutas e os clientes

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO (S)
14. Jogos dramáticos	O cliente refere um evento no qual o diretor pede a todos os elementos do grupo para entrarem para o palco e jogarem um jogo com objetivos específicos e regras específicas.	<i>Jogo em que éramos partes de um carro: 1º a que somos no grupo, 2º a que fomos no grupo, 3º a que acham que somos no grupo, 4º a que queremos ser no grupo.</i>
15. Sociometria	O cliente refere um evento em que é medido de que forma os elementos do grupo se posicionam em relação uns aos outros, relativamente a um dado critério.	<i>A dinâmica permitiu-me ver onde as pessoas se colocam em relação ao grupo, principalmente a S e a P. Eu própria pude ver que perante os olhos de outros me coloco num sítio pior do que o que acho que estou.</i>
16. Treino de papel	O cliente refere a oportunidade de treinar um papel, simular uma situação, experimentar várias respostas, alternativas ou comportamentos.	<i>A minha incapacidade para lutar pelos meus direitos. Para treinar, treinar, treinar. Pensar também a minha pouca assertividade face a pessoas ambivalentes.</i> <i>O treino das possibilidades de resposta, a multiplicidade de recursos que posso ter para não me sentir desprotegida.</i>
17. Outras técnicas ou ações	O cliente refere o uso de outras ações, intervenções do terapeuta ou outras especificidades do modelo, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - Representação simbólica: quando há necessidade de representar uma situação real, difícil de colocar em palco (e.g., relação sexual), pode ser utilizada uma representação simbólica (jogo); - Amplificação: amplificar ou exagerar uma expressão ou situação; - Concretização: tornar concreta e “real” uma questão abstracta; - Cadeira vazia: uma cadeira vazia representa o lugar do outro significativo numa dramatização, com o qual protagonista pode inverter ou interagir. 	

Notas: A categorização deverá ter em conta informação contida noutros eventos sobre a mesma sessão e outros eventos da mesma pessoa; contudo, não deverá tentar adivinhar o que se passou na sessão; nenhuma categoria é mutuamente exclusiva.

**HELPFUL ASPECTS OF MORENIAN PSYCHODRAMA CONTENT ANALYSIS SYSTEM -
HAMPCAS**

Adaptado do HAETCAS (Elliott, 1988) por Ana Sofia Cruz, Célia Sales, Gabriela Moita, Paula Alves & Robert Elliott, 2012

IMPACTO

A. IMPACTOS ÚTEIS		
CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
Insight		
1. Auto <i>insight</i>	O cliente compreende melhor o <i>self</i> (sentimentos, comportamentos), por ver as razões, causas, relações ou motivos paralelos envolvidos em determinados sentimentos ou comportamentos (nota: tal como é aqui usado, <i>insight</i> refere-se especificamente à mudança de esquemas na qual o cliente chega a um novo entendimento dos motivos, incluindo relações de causalidade, assim como os “motivos para” aspetos do <i>self</i> , sentimentos ou comportamentos). Cliente atribui novos significados (“resignifica”) às situações.	<p><i>Quando se falou no facto de por vezes não se cumprirem as expectativas que os outros têm ou tiveram em relação a nós. De como isso custa a ambas as partes e, por vezes, gera o silêncio numa delas (normalmente naquela que falhou). Na atual fase da minha vida, <u>permitiu-me perceber melhor o silêncio que eu própria estabeleci em relação a algumas pessoas que sinto/receio ter deixado ficar mal.</u></i></p> <p><i>Foi importante posicionar-me no palco relativamente ao "fazer as coisas em função dos outros" e "fazer por mim" e dialogar com os colegas sobre isso e ser chamada de "cuidadora" pelo ego. <u>Foi importante perceber que faço muita coisa em função dos outros, apesar também de ser capaz de fazer as coisas em função de mim. Ainda assim, apercebi-me do risco de fazer as coisas em função dos outros, sem o fazer por opção.</u></i></p>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
2. <i>Insight</i> sobre outros	O cliente compreende melhor outra pessoa, por ver as relações, causas ou razões para os seus comportamentos ou experiências.	<i>A dramatização do protagonista sobre a intenção de ajudar a irmã, quando esta não pede ajuda ou não a quer. <u>Relembrou a relação da minha mãe com a minha tia. E o perceber que a ajuda pode causar interferências e mal-estar quando não é desejada. E também o constante pedido para eu fazer alguma coisa pela minha mãe quando eu não sentia isso.</u> Na fase de comentários após a dramatização, quando a protagonista reagiu de forma mais 'emocional' a um comentário que eu fiz. <u>Consegui compreender a reação dela sem me sentir culpada por de alguma forma lhe ter dado origem.</u></i>
Consciência 3. Auto-consciência	Cliente dá-se conta de alguma coisa, fica mais consciente ou esclarecido sobre a presença ou natureza dos seus sentimentos, ambivalências, comportamentos, estados físicos ou percepções do <i>self</i> . Inclui lembrar sentimentos (ente outros); diferenciar sentimentos (entre outros) uns dos outros; ou parar ou diminuir o evitamento de sentimentos específicos. Pode envolver novas experiências, desde que não sejam relações de causalidade; não inclui tarefas ou problemas a mudar. Não categorize como “auto-consciência” um evento que contenha apenas marcadores de otimismo. Não incluir experiências de <i>self-awareness</i> relacionadas com a unidade funcional, outros elementos do grupo ou outros significativos (nota: aqui, consciência refere-se a uma reorganização de esquemas em que determinados elementos se tornam mais evidentes ou acessíveis do que anteriormente).	<i><u>A M ter questionado o meu percurso profissional. De alguma forma, o olhar dela é o olhar que tenho sobre mim: de alguma instabilidade.</u></i> <i><u>Constatar que ando aborrecida, deprimida, triste, sem vontade de fazer seja o que for. Passam-se os dias e eu não faço absolutamente nada, nem por mim, nem por ninguém!</u></i>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
4. Consciência sobre outros	O cliente fica mais consciente dos sentimentos e comportamentos dos outros (nota: "Outros" não inclui unidade funcional ou outros elementos do grupo. Se o cliente descreve maior consciência das percepções dos outros, categoriza-se como metapercepção dos outros).	<p><i>Falei sobre o J, o meu filho, a nossa relação no dia a dia e em algumas coisas que me incomodam. Ajudou-me a entender que o problema está em mim, que o trato como a um bebé e <u>ele, consciente ou inconsciente disso, naturalmente aproveita-se.</u> Eu acho que depois da morte do Ricardo, ele deveria perguntar se era preciso contribuir para as despesas da casa, não era necessário ser eu a falar sobre o assunto.</i></p> <p><i>Foi a dramatização em que todos conversamos acerca das nossas relações no lugar do nosso parceiro/a. <u>Serviu para vivenciar a forma como o meu marido também sente tristeza e sofre com algum do meu distanciamento.</u></i></p>
Imagem Positiva = Avaliação Positiva		
5. Otimista sobre si	Cliente passa a sentir ou pensar de forma mais positiva e/ou menos negativa sobre si mesmo; cliente refere-se ao futuro de forma positiva, revela expectativas positivas e maior capacidade de lidar com futuras circunstâncias. Incluiu sensação de ter feito progressos ou esperança de mudanças positivas no <i>self</i> (nota: mudança envolve aumento de auto-avaliação positiva).	<p><i>Chegar à conclusão que <u>encontro qualidades em mim que me fazem ser quem e como sou, me fizeram chegar até aqui e que, com certeza, me conduzirão a algum lado. Alimentou-me o ego.</u></i></p> <p><i>Foi importante relembrar o passado, como se estivesse a ler um diário, e <u>sentir que me podia projetar para o futuro, com ajuda das novas tecnologias, novos amigos, etc. Ficou para pensar e acreditar que posso ainda fazer alguma coisa que me ajude a viver o resto dos meus dias com mais entusiasmo.</u></i></p>
6. Otimista sobre outros	Cliente passa a sentir ou pensar de forma mais positiva e/ou menos negativa sobre outros específicos ou em geral. Inclui esperança ou expectativa de mudança positiva nos outros (nota: "Outros" não inclui unidade funcional ou elementos do grupo).	<p><i>Quando no final me apercebi que <u>apesar de ter consciência que a minha mãe contribuiu para a falta de auto-estima corporal que tive durante anos, ao estar tão centrada nos defeitos do meu corpo, hoje não a colocaria no banco dos réus.</u></i></p> <p><i><u>Passsei a aceitar melhor os outros, que dão o seu melhor, mesmo que por vezes não correspondam às minhas expectativas.</u></i></p>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
Esquemas de Mudança		
7. Metapercepção do self	Cliente vê-se a ele próprio a partir de uma nova perspetiva, e/ou a partir da perspetiva de outra pessoa (não inclui relações ou avaliação positiva); cliente passa a ter noção de como os outros elementos do grupo o vêem, contrastando a percepção de si mesmo com a perspetiva dos outros sobre si (nota: este impacto está relacionado com o conceito de terceira posição que está associado às técnicas de inversão de papéis, átomo social e espelho).	<i>O facto de ter sido protagonista e ter oportunidade de ver as minhas emoções e sentimentos de fora ajudou-me a dar-lhes alguma arrumação e sentido.</i> <i>Quando após a dramatização um elemento do grupo me disse ter ficado surpreendido com a posição que atribui para mim no grupo, através da escolha de uma peça de automóvel para representar o meu papel. <u>Percebi que apesar de achar muitas vezes que sou alguém que aceito facilmente ser comandada pelos outros, a ideia que passo de mim, ou que me define é que sou alguém "não comandável".</u></i>
8. Metapercepção dos outros	Cliente apercebe-se de que forma uma pessoa vê os outros, as coisas e/ou a si próprio.	<i>A dinâmica permitiu-me ver onde as pessoas se colocam em relação ao grupo, principalmente a S e a P.</i> <i>A conversa entre a M e a irmã (a M não gosta do cunhado). Para reforçar o que eu já sabia, ou seja, é possível respeitar a opinião do outro e não impo. Podia não me dar com a minha cunhada, mas dar-me com o meu irmão e sobrinho.</i>
Relacionado com problemas		
9. Clarificação de problemas	O cliente apercebe-se ou atinge melhor entendimento sobre quais são os seus problemas ou o que pretende mudar, incluindo objetivos para a terapia ou em geral. O cliente define objetivos a trabalhar intencionalmente. O cliente descreve (apercebe-se ou descobre) um problema que precisa de ser resolvido. Um conflito doloroso, situações ou aspetos do self (e.g., fazer demasiado ou pouco qualquer coisa).	<i>Foi importante posicionar-me no palco relativamente ao "fazer as coisas em função dos outros" e "fazer por mim" e dialogar com os colegas sobre isso e ser chamada de "cuidadora" pelo ego. Foi importante perceber que faço muita coisa em função dos outros, apesar também de ser capaz de fazer as coisas em função de mim. Ainda assim, apercebi-me do risco de fazer as coisas em função dos outros, sem o fazer por opção.</i> <i>O comentário do terapeuta: referindo que as minhas ações denunciavam alguma ação que nunca se chegava a concretizar. Foi importante pensar que é uma forma recorrente de eu agir face a projetos pessoais. Há algum impulso para as coisas acontecerem mas parece que ficam suspensas. É como se toda a ação fosse um "quase"... nunca se concretizando ou revelando em nada.</i>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
10. Solução de problemas	<p>Cliente descobre (apercebe-se ou aproxima-se) como resolver um problema específico ou como atingir um objetivo específico. Cliente decide fazer algo diferente fora da terapia. Cliente deve descrever a ação (meios) para atingir determinado objetivo (finalidade) — embora o objetivo possa apenas estar implícito. Cliente visiona uma potencial solução ou treina a resolução de um problema, comportamento ou papel. Cliente efetivamente chega a uma solução, na vida real e/ou em palco.</p>	<p><i>Fazer a estátua da minha família. Passar pelo lugar de todos e recusar-me a fazê-lo no que diz respeito à minha mãe.</i> <u>Conseguir passar o fim de semana seguinte com a minha mãe sem perder a razão, compreendendo os vários significados do que me diziam, e respondendo só com o que queria dizer-lhes. Fui confiante por 2 dias inteiros!</u></p> <p><i>O limite do desespero da S, quando a S disse que estava a ficar no limiar de qualquer coisa, a enlouquecer... Lembrou-me o centro de estudos e como me sentia... a impossibilidade, o desespero, o ter de ver e estar perto de uma pessoa que me mexia com o mais pequeno e único nervo que tinha! A sensação de estar a subir paredes, e ter de disfarçar, o ser polida, o não mostrar fraqueza... a zanga contida. <u>Como falo muito dos problemas no limite ou na exaustão, acho que me ajudaria neste tipo de situações ir ventilando ou falando sobre as coisas.</u></i></p>
11. Relativização de problemas	<p>Cliente reavalia o seu problema em relação aos problemas dos outros. Cliente relativiza a severidade do seu problema por comparação aos outros.</p>	<p><i>Os problemas que oiço e que parecem não ter resolução, em que as pessoas se sentem incapazes de dar um rumo à sua vida, ou demoram demasiado tempo a fazê-lo, fazem-me sentir o que abaixo descrevo. <u>Senti, com certo agrado, que atualmente não dou tanta importância a certos problemas ou confusões que se me deparavam no dia a dia, sinto que as resolvo mais facilmente, ou sem deixar passar tanto tempo a incomodarem-me.</u></i></p> <p><i>A dramatização do protagonista, a dificuldade da aceitação de si próprio, e do impedimento de ser quem é serviu para ver a minha evolução. Para mim, definirem-me foi como se me rotulassem, e passasse a ser o rótulo, quando eu era muito mais do que o rótulo. <u>Agia com muitas reservas em relação à gestão do espaço íntimo, com pouca confiança. Hoje está ultrapassado. Consigo ter na minha vida as pessoas que quero e de que gosto, e sabem de mim aquilo que eu quero que saibam.</u></i></p>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
Relacionado com aliança		
12. Fortalecimento da aliança terapêutica	<p>a) Cliente sente-se compreendido (pelo terapeuta);</p> <p>b) Cliente sente-se apoiado, encorajado (pelo terapeuta);</p> <p>c) Cliente sente-se mais envolvido ou investido na terapia ou nas tarefas; sente-se mais disponível ou liberto para entrar na relação terapêutica;</p> <p>d) Cliente sente-se mais próximo dos terapeutas – começa a desenvolver uma relação de confiança com a unidade funcional; experiencia a unidade funcional como cuidadora ou competente; experiencia a unidade funcional como pessoas, seres humanos.</p>	<p>a) <i>A descrição do que faz sentir o ato de bullying, feita pela protagonista durante a dramatização, e o julgamento efetuado a todos os culpados do ato. Identifiquei-me com esse sentimento e <u>senti-me bem, quando a terapeuta, na conclusão, referiu que nenhuma vítima de bullying tem qualquer tipo de culpa no facto de o ser.</u></i></p> <p>b) <i>O comentário do Dr. J, para terminar a sessão. Eu estava a afundar-me, a arrepende-me de ter aberto a boca, e a pensar fugir, quando, de forma muito direta, rápida e com muito humor, fui comparada a um caça-fantasmas eficaz em arranjar soluções.</i></p> <p>c) <i>O facto do diretor me ter demonstrado que eu tinha evoluído. Fez-me refletir sobre o assunto e sobre a forma a que eu teria chegado lá.</i></p> <p>d) <i>O comentário da terapeuta. Conseguiu dar alguma forma à dispersão. E embora sinta que não tenha identidade profissional (ou não tenha nenhuma de algum tipo!). Permitiu-me pensar que, em termos profissionais, o multifacetismo permite-me ir à luta, e, em tempos mais difíceis, sei que posso contar comigo.</i></p>
13. Fortalecimento da aliança de grupo	<p>a) Cliente sente a empatia do grupo pelas suas questões;</p> <p>b) Cliente sente-se reforçado positivamente por um evento decorrido na sessão, por algo que outro elemento do grupo lhe disse ou algo que aconteceu após o final da sessão;</p> <p>c) Cliente expressa bem-estar relacionado com o facto de estar no grupo e/ou a dramatização provoca sentimentos de pertença ao grupo;</p> <p>d) Cliente refere aspetos positivos que reforçam a aliança com o grupo;</p> <p>e) Cliente sente-se feliz por testemunhar a evolução de outro elemento do grupo.</p>	<p>a) <i>Ter sentido a empatia do grupo pela minha situação.</i></p> <p>b e c) <i>O facto de que todos os elementos do grupo tinham algo para me oferecer, incluindo um colinho. Fez-me sentir importante e querida por todos, permitiu uma onda de solidariedade.</i></p> <p>d) <i>O facto de que o grupo tem características minhas, porque faço parte dele. Senti que a minha presença e personalidade deixam uma marca no grupo e contribuem para o ambiente do qual faço parte.</i></p> <p>e) <i>Sentir a evolução da protagonista fez-me sentir bem. É sempre bom ouvir alguém de quem gostamos pôr as coisas cá fora e falar sobre os problemas que a perturbam, porque até recentemente não era capaz de o fazer.</i></p>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
Perdão		
14. Perdoar-se	Cliente perdoa a si próprio por algo que antes o fazia sentir-se culpado.	<p><i>Viver um sonho. No meu caso, esperar pelo Bus 186 numa tarde de chuva, depois do trabalho. <u>Entendi qual a minha perspetiva perante este sonho, fiz as pazes com o facto de ter que ficar à espera e, eventualmente, não o vir a vivenciar por escolha minha.</u></i></p> <p><i>Vi a protagonista como vítima. Nitidamente encurralada por alguém que a conhece bem e sabe manipular os seus sentimentos. Sabe trabalhar-lhe a culpa e o corpo e a alma e faz-la duvidar de si, impedindo-a de avançar. <u>Acho que me perdoei e me desculpo.</u> Ao ver-me na protagonista, ao vê-lo(s) no ego auxiliar, verifiquei que o poder estava do lado da coação passiva.</i></p>
15. Perdoar outros	Cliente perdoa outros por algo que considerava que eram culpados.	<p><i><u>Fui capaz de perdoar o meu pai pelo mal que me causou.</u></i></p> <p><i><u>Percebi que eu podia ter feito alguma coisa e que a culpa não é sempre do outro.</u></i></p>
16. Alívio	Cliente sente-se menos negativo: aliviado, relaxado, menos deprimido ou magoado; ou mais positivo: relaxado, seguro, confiante ou esperançado. Se o alívio é apenas acerca da relação, ou por estar na terapia, então categorize como fortalecimento da aliança terapêutica ou fortalecimento da aliança de grupo. Cliente refere bem-estar por partilhar as suas experiências (nota: estes são sentimentos gerais; se existe um objeto específico para estes sentimentos, então categorize como otimista sobre si ou sobre outros).	<p><i>Tive oportunidade de falar de mim e da minha situação atual, que é um pouco frágil tendo em conta os problemas de saúde que estão a afetar elementos da minha família de quem gosto muito. Embora estes problemas já não me afetem tanto quanto no passado, ainda me preocupam. <u>Foi importante partilhar, ser ouvida, senti-me mais aliviada.</u></i></p> <p><i><u>Ficou para pensar e acreditar que posso ainda fazer alguma coisa que me ajude a viver o resto dos meus dias com mais entusiasmo.</u></i></p>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
17. Outros impactos úteis	Impactos não descritos acima; descrição não pode ter sido categorizada em nenhuma outra categoria (e.g., como resultado do evento, o cliente é capaz de ter outro comportamento na sessão)	<u>Pela primeira vez tentei expressar os meus sentimentos sem me preocupar como ia soar.*</u> <u>Consegui obter uma boa quantidade de informações.*</u>
<i>B. IMPACTOS NÃO ÚTEIS</i>		
CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
18. Experiências indesejadas	Cliente sente desconforto ou dor como resultado de se sentir forçado ou estimulado a confrontar experiências desagradáveis. Cliente quer afastar sentimentos ou outras experiências desagradáveis. Cliente refere-se a pensamentos e/ou sentimentos de desconforto ou desprazer. Cliente é incapaz de fazer alguma coisa ou recordar/evocar sentimentos, pensamentos, padrões de comportamento ou atitudes.	<u>No aquecimento, tentei dizer algo de que não queria falar. Meti os pés pelas mãos. "Também falas assim com os teus doentes?" [...assim não entendem nada.] Senti-me uma completa anormal, idiota e incompetente.</u> <u>Não gostei do que falei, nem de como falei, nem do que senti ao falar. Nem sei se fui muito sincera. Queria ir-me embora. E as palavras que usei foram provavelmente bruscas e susceptíveis de serem mal entendidas. usei a palavra inveja, e claramente não invejo o sofrimento da L. Mas... gostava que gostassem de mim como na dramatização dela era patente que gostavam dela.</u>
19. Omissões do Terapeuta	Cliente descreve que o terapeuta falha na capacidade de lhe dar a estrutura que precisa ou apoio emocional suficiente. Cliente experimenta ausência de alguma ação desejada pelo terapeuta.	<u>Nem sempre acontece, ou raramente acontece, mas esta sessão não me disse quase nada, o que também me deixa frustrada, porque não aproveitei o espaço.</u> <u>Eu fiquei à espera de um sinal em como a terapeuta estava a perceber o que eu queria dizer.*</u>
20. Divagação	Cliente descreve afastamento ou ser desviado dos tópicos ou questões importantes.	<u>Parecia que andávamos em círculos... não chegando a lado nenhum. Eu queria muito falar de como me tenho sentido só desde que os meus filhos saíram de casa, mas ninguém pareceu importado com isso.*</u> <u>Estar pouco à vontade e em desconforto na dramatização e não ter feito nada para que fosse diferente.</u>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
21. Desajuste	<p>Cliente descreve qualquer experiência do terapeuta que não se ajusta à experiência do cliente, que não funciona, ou com a qual o cliente não se sente ainda preparado para lidar. Cliente refere sentimentos de descrença no processo terapêutico. Cliente expressa desejo ou considera desistir da terapia.</p>	<p><i><u>Por várias vezes pensei em levantar-me e sair, pois não acredito em nada daquilo. E embora necessite de ajuda, não está ali, e certamente não quero fazer formação em algo em que não acredito.</u></i></p> <p><i><u>O exercício das duas cadeiras não funciona para mim. Não fui capaz de fazer.*</u></i></p>
22. Enfraquecimento das relações	<p>a) Cliente refere desconforto e/ ou desprazer quando outro elemento do grupo deixa a terapia;</p> <p>b) Cliente refere desconforto com a presença de novos elementos no grupo ou com a presença de elementos que já não pertencem ao grupo. Cliente refere desconforto com a falta de assiduidade de outros;</p> <p>c) Cliente sente-se desconfortável quando confrontado por outro elemento do grupo;</p> <p>d) Cliente sente-se desacreditado ou descredibilizado por outros elementos do grupo;</p> <p>e) Cliente sente que não pertence ao grupo.</p>	<p>a) <i><u>Um elemento do grupo anunciou a sua saída. Os elementos do grupo aceitaram com imensa pacatez a sua despedida. Fiquei com a sensação que talvez não seja um ambiente mais protegido que "a vida lá fora".</u></i></p> <p>b) <i><u>A entrada de novos elementos no grupo cria-me sempre alguma instabilidade. As grandes flutuações nos membros do grupo (e incluo a minha própria falta de assiduidade, que também me perturba quando regresso).</u></i></p> <p>c) <i><u>O acontecimento mais marcante foram os comentários do R, acerca do que eu disse e desdisse nas duas últimas sessões. Eu disse algo acerca dos tempos de cada um - e falei referindo-me a mim mesma como alguém que está a encontrar o seu tempo. Ele foi agressivo como se eu o tivesse contrariado dizendo algo direcionado a ele e pejorativo. Face ao confronto, a primeira reação foi: "Disto aqui dentro? Não tenho que aturar isto aqui!".</u></i></p> <p>d) <i><u>Na abertura/aquecimento, a manifestação francamente depreciativa face a uma pequena opinião que eu manifestei. Acho que foi desmesurada e senti um ataque completamente despropositado.</u></i></p> <p>e) <i><u>O aquecimento (longo, ou jogo, a "ronda") era um processo muito querido aos membros do grupo. Senti que não conhecia as regras do grupo, nem a sua história, senti que os membros do grupo são verdadeiramente amigos uns dos outros e que sou uma outsider.</u></i></p>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO(S)
23. Outros impactos não úteis	Impactos não úteis que não encaixam nas categorias acima descritas. Especialmente reações físicas desagradáveis tal como tremer, suar, dor ou desconforto com o espaço físico.	<i>E estava um ambiente muito abafado.</i> <i>Antes da sessão começar, o ambiente "sala de espera" tinha levado mais uma vez a conversa para a incúria e desleixo médico, generalizado e específico. Estava ansiosa pelo início da sessão para que estas generalizações desconfortáveis cessassem.</i>

* Retirado do HAETCAS (Elliott, 1988).

**HELPFUL ASPECTS OF MORENIAN PSYCHODRAMA CONTENT ANALYSIS SYSTEM -
HAMPCAS**

Adaptado do **HAETCAS** (Elliott, 1988) por Ana Sofia Cruz, Célia Sales, Gabriela Moita, Paula Alves & Robert Elliott, 2012.

CONTEXTO

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO (S)
1. Intrapessoal	O Evento envolve exclusivamente sentimentos, desejos, pensamentos ou ações do cliente, descritos como um objeto da experiência.	<u>Não conseguir expressar-me de forma adequada.</u> <u>Ter descrito como estava neste momento, face à terra onde nasci. Ponderar e avaliar o impacto do problema, face à entrada no grupo.</u>
2. Família de Origem	O Evento envolve os pais ou irmãos do cliente, no passado ou presente, também na infância.	<u>Conseguir falar da minha mãe e falar com ela.</u> <u>Fazer o papel do pai da protagonista. De alguma forma, isto levou-me a pensar (e acho que pela primeira vez), que em termos de afeto, sou filha de um pai alcoólico. Ou seja, acho que o afeto pai-filha veio do e através do álcool.</u>
3. Família Nuclear	O Evento envolve cônjuge ou ex-cônjuge do cliente, atual companheiro ou filhos/enteados.	<u>Falei sobre o J., o meu filho, a nossa relação no dia a dia e em algumas coisas que me incomodam.</u> <u>Foi a dramatização em que todos conversámos acerca das nossas relações no lugar do nosso parceiro/a. Serviu para vivenciar a forma como o meu marido também sente tristeza e sofre com algum do meu distanciamento.</u>
4. Profissional	O evento envolve o emprego ou situação profissional do cliente, incluindo carreira, escola e relações associadas.	<u>Percebi que podem existir várias opções profissionais e não apenas uma. De que posso alargar os meus horizontes profissionais ou fazer serviço voluntário.</u> <u>Ver a insegurança da S perante figuras "hierárquicas". Tenho uma enorme falta de assertividade nas relações "hierárquicas" profissionais.</u>

(continua)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO (S)
5. Outras Relações	Evento envolve outras relações (e.g., amigos sem ser da esfera profissional, amantes) ou tópicos relativos a questões interpessoais no geral.	<i><u>Serviu para reforçar o que eu já sabia. Que eu gosto de me relacionar com os outros, interagir e sobretudo, viver.</u></i> <i><u>Pensar a minha pouca assertividade face a pessoas ambivalentes.</u></i>
6. Terapia	A Terapia, o processo terapêutico, as técnicas utilizadas ou a relação terapêutica são descritos como centrais para o evento.	<i><u>Falar em grupo na dramatização.</u></i> <i><u>A sessão deste dia foi um bocado atípica, porque estávamos poucos e não houve dramatização. Eu gosto de, de vez em quando, ter este tipo de sessão, porque dá para falar de certos assuntos, que em grupo não são tão convencionais.</u></i>
7. Intragrupal	Evento envolve sentimentos ou pensamentos sobre o grupo ou experiências ocorridas dentro do próprio grupo, como centrais.	<i><u>O facto de verificar que todos os presentes no grupo tinham uma prenda que gostariam de me dar, inclusive um colinho. Fez-me sentir querida e importante para todos, capaz de originar uma onda de solidariedade.</u></i> <i><u>O ter rido quando o grupo estava na dramatização. Sentia-me muito tensa, a semana não tinha corrido muito bem.</u></i>
8. Outros conteúdos	Evento envolve tipos de conteúdos não descritos acima (inclui conteúdos não humanos, p.e. Deus, animais).	<i><u>Como o meu cavalo é importante na minha vida.*</u></i> <i><u>Falar sobre a ajuda que tenho tido, através das minhas orações.*</u></i>

*Retirado do HAETCAS (Elliott, 1988).

HELPFUL ASPECTS OF MORENIAN PSYCHODRAMA CONTENT ANALYSIS SYSTEM (HAMPCAS)

Training Manual

Adapted from **HAETCAS** (Elliott, 1988) by Ana Sofia Cruz, Célia Sales, Gabriela Moita, Paula Alves & Robert Elliott, 2012.

Instructions: The task is to rate the clients' descriptions of the events on the Helpful Aspects of Therapy (HAT) questionnaire. In each definition, the words "Client describes..." should be read as implied. Do not try to guess what really happened; sometimes, however, you may have to infer what the client meant, using your knowledge of the treatment and other events described by the same client. A useful strategy is to break descriptions of events (which are often quite complex) into elements, phrases or ideas containing markers for different categories. Carefully consider each event on each scale, using the ratings below.

Rating Scale:

1 - present

0 - absent

The content analysis variables are divided into three domains:

- **Action/Technique:** what the client, therapists or group did in the event (and which gave rise to its impact).
- **Impact:** the effect the event had on the client (adapted from the Therapeutic Impacts Content Analysis System, Elliott et al., 1985). Impact is divided into Helpful and Hindering Impacts.
- **Content:** what the event was about for the client.

Example:

Event	Action	Impact	Content
A game about giving things that we thought other people might need. A former member of the group gave me self-esteem. I started to get off the ground things that others refused (I picked up 2 men...). Then I left the self-esteem and the men. And I had to find self-esteem by myself. Well, what I felt was the reinforcement of something that I had already been feeling in the group. I am integrating myself as in all groups throughout my life: insufficiently. It is not an exaggeration: in elementary school, it was the only negative thing in my evaluation report!	Self-dramatization	Self-awareness	Self-only
	Games	Relational weakening	Intragroup

**HELPFUL ASPECTS OF MORENIAN PSYCHODRAMA CONTENT ANALYSIS SYSTEM –
HAMPCAS**

Adapted from **HAETCAS** (Elliott, 1988) by Ana Sofia Cruz, Célia Sales, Gabriela Moita, Paula Alves & Robert Elliott, 2012.

ACTION

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
<p>Sharing This category refers to the first and last stages of a Psychodrama session: the warm-up and the sharing.</p>		
1. Self-sharing	<p>Client describes sharing. In this context, sharing refers to expressing (in the group) some event, thought, feeling or personal experience, as well as talking about something that occurred during the session:</p> <p>a) in the warm-up; b) in the sharing.</p>	<p><i>a) To bring my concern up during the warm-up. To speak about E and how he has been in my thoughts lately.</i> <i>b) I didn't like what I talked about nor how I felt and what I felt as I spoke. The words I used were a bit harsh.</i></p>
2. Others' sharing	<p>Client describes receiving or listening to something that other group member shared. In this context, sharing refers to others' comments or expressing some event, thought, feeling or personal experience. This sharing can be about the client or another member's dramatization:</p> <p>a) in the warm-up; b) in the sharing .</p>	<p><i>a) To listen to S's speech regarding her relationship, sometimes it's good to listen to others about things I find hard talking about.</i> <i>b) When, after the dramatization, one of the group members told me that he was surprised about the position I chose for myself in the group.</i></p>
3. Therapeutic team sharing	<p>The event referred to something that the psychodrama director or the professional auxiliary ego said.</p>	<p><i>It was the comment of Dr. X, during the sharing, that the person I'm getting divorced from has a lot of power over me.</i></p> <p><i>When some members of the group and also the Director noticed that I lowered my resistances towards the group.</i></p>

(continued)

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
Dramatization		
4. Self-dramatization	The event referred by the client is related to the client's own dramatization, namely, going to the stage and having an active role in the second part of the session, which can be as: a) protagonist; b) auxiliary-ego.	a) <i>To have been the wise man who speaks to me and have realized that it might be hard to let go of others' high expectations.</i> b) <i>During the dramatization, and as I replaced the protagonist, I realized how breathless she was feeling.</i>
5. Others dramatization	The event referred by the client, is related to the client being a spectator of others' dramatizations.	<i>The fact that I recognised myself in the protagonist, as I was back then, but that I'm no longer there.</i>
Pure Techniques The event is categorized by the presence of the technique, regardless of the role from which it arose: protagonist, auxiliary-ego or auditorium.		
6. Role reversal	The client describes an event where the protagonist swaps places with other roles, so that the protagonist places himself in the other's shoes.	<i>To be in the shoes of the person I'm hurting. To see that it is easy to play that role, since I can identify with him in relation to other person.</i> <i>It was when a member of the group played me talking to my supervisor and I could see how I express myself.</i>
7. Soliloquy	Client describes an event where the director asks him to think "out loud" and express his feelings, thoughts or intentions.	<i>When during the dramatization, the director asked me to give voice to my thoughts. It helped me clear my doubts about the situation and make a decision.</i>
8. Mirror	The client describes a moment when the auxiliary ego assumes his role or the role of the protagonist, reproducing it by mirroring his postures, gestures and words as they appeared in the dramatization. This technique may also be applied through a "technological mirror": using materials such as photos, movies, video recordings and self-recordings.	<i>It was the dynamic part – the psychodrama. I could evaluate myself and realize, from the outside, some of the aspects which I couldn't see because I was part of them.</i>

(continued)

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
9. Double	The client refers to a point in the psychodrama when someone played the role or an aspect of the role of the protagonist by standing to the side or behind him; giving empathic expression of the protagonist's unspoken thoughts and feelings. The double also serves as vehicle to give more effective suggestions and interpretations to the protagonist.	<i>The dramatization of L in which we were all parts of her. I was her ability to demonstrate security. I like to think that I have that in me.</i> <i>Having someone whispering to me something that I have already thought but that I wasn't able to say out loud.</i>
Other Techniques or Model specificities		
10. Sculpture	The client refers to an event where the director asks the protagonist to arrange group members in a symbolic representation of the way he perceives an aspect of his life.	<i>The sculpture of my situation (current, interim, desired) in a relationship which I want to be become emotional.</i> <i>To reinforce what I already knew... Anytime I see the sculpture it all makes much more sense.</i>
11. Resistance Interpolation	The director asks the auxiliary ego to act in a completely different way to which the protagonist would expect. The objective is to catch the protagonist off-guard and test his spontaneity, so that he finds answers to an uncomfortable situation (e.g., an authoritarian figure may become humble and compliant)	<i>When the auxiliary-ego, playing the role of my mother, started to act in a totally different way than I was expecting. Made me realize that is my responsibility to change our relation</i>
12. Social atom	The client refers to an event where the protagonist made a representation or configuration of all the meaningful relationships in his life. It can be represented in diagrams or graphic terms, or about individuals or issues, in past or present terms, intensity and/or distance.	<i>It was very important for me to see how I put myself in relation to all my family members and that I included also my dead father</i>
13. Intermediate Objects	The client refers to an event where the director introduced the use of objects in the session to facilitate communication with the protagonist (e.g., a doll, puppet, stone, fabrics, etc.).	<i>It was very important for me when the director told me to use a puppet to represent my mother and talk with her.</i>

(continued)

Perspectivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano
Os teóricos, os terapeutas e os clientes

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
14. Games	The client refers to an event where the director asks for all the elements of the group to step on stage and play a game with specific objectives and specific rules.	<i>The play in which we were pieces of a car: 1st what we are in the group, 2nd what we were in the group, 3rd what others think that we are in the group, 4th what we want to be in the group.</i>
15. Sociometry	The client refers to an event that measured how group members position themselves in relation to each other, in response to a given criteria.	<i>The dynamics made me see where people put themselves in relation to the group, particularly group elements M and P. I saw myself through other people's eyes that I put myself in a worse place than I really am.</i>
16. Role training	The client refers to the opportunity to practice a role, to simulate a situation, to try different answers, alternatives or behaviours.	<i>My inability to fight for my rights. To practice, practice, practice. To think about my lack of assertiveness towards ambivalent people. Practicing alternative answers and feel the numerous resources that I can have, not to feel unprotected.</i>
17. Other Techniques or Actions	Client describes use of other actions, therapist interventions, or other Model specificities like: <ul style="list-style-type: none"> - Symbolic Representation: When there is a need to represent a real-life situation which is difficult to put on stage (e.g., sexual intercourse), one may use a symbolic representation (play); - Amplification: amplifying or exaggerating an expression or situation; - Concretization: making an abstract issue concrete and 'real'; - Empty chair: an empty chair represents the place of a significant other in an enactment, with whom the protagonist may converse or interact. 	

Notes: The categorization should take into account information in other events on the same session, and other events of the same person, but should not try to guess what happened in the session; any category is mutually exclusive.

**HELPFUL ASPECTS OF MORENIAN PSYCHODRAMA CONTENT ANALYSIS SYSTEM –
HAMPCAS**

Adapted from HAETCAS (Elliott, 1988) by Ana Sofia Cruz, Célia Sales, Gabriela Moita, Paula Alves & Robert Elliott, 2012.

IMPACT

A. HELPFUL IMPACTS		
CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
Insight		
1. Self-insight	Client understands self (feelings, behaviours) better by seeing reasons, causes, connections, or parallels reasons involving feelings or behaviour (note: as we use it here, "insight" refers specifically to schema change in which the client arrives at new understanding of connections, including parallels and causal relations, as well as "reasons for" aspects of self or own feelings or behaviour). Client attributes new meanings ("Re-meaning") to situations.	<i>When it was mentioned that at times we don't meet expectations that others have or had about us. How that hurts to both sides, creating a silent void in one of them (normally the one that failed). At this point in my life, <u>it made me understand better the silence that I created between me and some people that I feel / fear that I let down.</u> It was important to put myself on stage in relation to doing things for the others and for myself, and talking with my colleagues about it, who called me an "ego carer". <u>It was important to realize that I do a lot of things for the others, although I am also able to do things for myself. However, I realized the risk of doing things for the others, when it's not an option.</u></i>
2. Other insight	Client understands another person better by seeing connections, causes or reasons for their behaviour or experiences.	<i>"The protagonist's dramatization about her intention to help her sister, whenever she doesn't ask for it or doesn't want it at all. <u>It reminded me of my mother's relationship with my aunt. It made me see that helping someone may interfere and cause distress when help is unwanted.</u> And also the constant call for doing something for my mother when I didn't feel that way. In the sharing, after dramatization, when the protagonist reacted in a more 'emotionally' way to a comment I made. <u>I was able to understand her reaction, without feeling guilty.</u></i>

(continued)

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
<p>Awareness</p> <p>3. Self-awareness</p>	<p>Client more in touch with or clearer about presence or nature of personal feelings, ambivalence, own behaviours, physical states or perceptions of self. Includes being reminded of feelings (etc.); differentiating feelings (etc.) from one another; or stopping or decreasing avoiding of specific feelings. Can involve new experiences as long as they are not connections; does not include tasks or problems for change. Do not rate an element of a description as Self Awareness if it contains only markers for Self Positive). It does not include self-awareness experiences related to the therapists, other group members or relevant others (note: here, awareness refers to a reorganization of schemas, in which certain elements become more salient or accessible than previously.</p>	<p><u>When M jeopardized my professional career; in a way, her perspective reflects what I feel about myself: instability.</u></p> <p><u>Notice I've been angry, depressed, sad, unwilling to do whatever it may be, the days go by and I do absolutely nothing, not for me, nor anyone else!</u></p>
<p>4. Other awareness</p>	<p>Client becomes more aware of other's feelings or behaviours (note: "Other" does not include therapist or other group members. If client describes greater awareness of other's perceptions then Rate as Self or Other Metaperception.</p>	<p><u>I spoke about J, my son, about our everyday relationship and some of things that bother me. It helped me to understand that the problem is in me, that I treat him like a baby and that, conscious or unconsciously, he naturally takes advantage of it. I think that after R's death, he should have asked if it was necessary to contribute to household income, it didn't have to bring up the subject.</u></p> <p><u>It was the dramatization in which we all talked about our relationships in our partners' shoes. It was useful to experience my husband's sadness and to see how he suffers with my distance.</u></p>

(continued)

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
Positive Image = Positive Evaluation		
5. Positive self	Client comes to feel or think more positively and/or less negatively about self; client refers positively to the future, reveals positive expectations and a greater ability to deal with future circumstances. Includes sense of having made progress or hope or expectation of positive change in self (note: change involves increased positive evaluation of self or elements of self).	<p><i>To reach the conclusion that <u>I have in me the qualities that make me who and how I am, that got me here and, of course, will lead me somewhere. It fed my ego.</u></i></p> <p><i>It was important to recall the past – just like I was Reading a diary and <u>feeling that I can project myself in the future, with the help of the new Technologies, new friends, etc. I still need to think and believe that I can do something that helps me going through the rest of my life with enthusiasm.</u></i></p>
6. Positive other	Client comes to feel or think more positively and/or less negatively about specific or general others. Includes hope or expectation of positive change in other (note: "Other" does not include therapists or group members).	<p><i>When I realized that <u>even though my mom has contributed to my lack of bodily self-esteem that I felt for years, by focusing so much on the flaws of my body, I wouldn't judge her today.</u></i></p> <p><i><u>I started to better accept others, who give their best, even though sometimes they do not correspond to my expectations</u></i></p>
Other Schema Change		
7. Self metaperception	Client comes to see himself from a new perspective, and/or from another person's perspective (does not involve connections, salience or positive evaluation); client comes to see how other members of the group view him, contrasting his perception about himself with the perspective of others about him (note: this impact is linked with the concept of third position, which is associated with several psychodrama techniques such as role reversal, social atom and mirroring).	<p><i>The fact that I got to be the protagonist and <u>have the opportunity to see my emotions and feelings from the outside, helped me to make some sense of them.</u></i></p> <p><i>When, after the dramatization, one of the group elements told me that he was surprised about the position I chose for myself in the group, namely, a car piece to represent my role. <u>I understood that even though I see myself as someone who is usually led by the others, the way others see me is that I am someone who doesn't like to follow.</u></i></p>

(continued)

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
8. Other metaperception	Client comes to see how a specific other views people or things other than client's self.	<i><u>The dynamics made me see where people put themselves in relation to the group, particularly group elements M and P.</u></i> <i><u>The conversation between M and her Sister (M does not like her brother in law). To reinforce what I already knew, i.e., it is possible to respect the opinions of others and not to impose; I could not get along with my sister in law, but get along with my brother</u></i>
Problem-related		
9. Problem clarification	Client identifies or becomes clearer about what his/her problems are or what s/he wants or wants to change, including tasks for therapy or in general. Client sets goal or task to work on "intentionality". C describes a problem that needs to be resolved. A harmful conflict, situations, or aspects of self (e.g., doing too much or too little of something).	<i><u>It was important to put myself on stage when it comes to "doing things because of the others" and "because of myself", to talk with the group about it and to be called as "ego carer". It was important to realize that I do a lot of things because of the others, although I am also able to do them for myself. Still, I realized the hazards of doing things because of the others without doing it freely.</u></i> <i><u>The therapist's comment that my actions suggest some action that never comes true. It was important to think about this recurrent pattern in me regarding my personal projects. There is some drive but then things just stay on hold. It is just like the action was an "almost there" that never leads to anything.</u></i>
10. Problem solution	Client figures out (realizes, comes closer to knowing) how to resolve a specific problem or achieve a specific goal or task. C decides to do something differently outside of therapy. Client must describe the action (means) to achieve some specific goal (end)—although the goal may be implied. Client envisions a potential solution or trains the resolution of a problem, behaviours or roles. Client effectively reaches a solution, in real life and/or in stage, to his problems.	<i><u>To make the statue of my family and to be in everybody's shoes expect my mother's. I made through the weekend after with my mother without losing the temper, understanding the meaning of what people were telling me and answering only what I wanted to. I was confident for two entire days!</u></i> <i><u>The despair of M, when M said that she was on the verge of something, going crazy... It reminded me of the educational centre and how I felt there... the despair, having to be near someone who got on my nerves! The feeling of climbing the walls and hiding it, not to show weakness... the repressed angst. In this kind of situations, I think it would help me to put things out of my chest and talk about it.</u></i>

(continued)

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
11. Problem relativization	Client re-evaluates his problems in relation to the problems of the others. Client relativizes the seriousness of his problems in comparison with others' situations.	<p><i><u>The problems that I hear without any apparent resolution, when people seem unable to change their lives or take too much time doing it. It made me feel pleased about the fact that I don't worry about certain problems or confusions that happen in my daily life. I feel that I deal with them more easily, or that I don't let them bother me for so long.</u></i></p> <p><i><u>The dramatization of the protagonist, how hard it is for him to accept himself and how that is Hindering his own evolution. When people defined me it was like putting a label on me and I am so much more than a label. I acted with a lot of reservations when it comes to dealing and managing my intimacy, I had lack of trust. Today, I have overcome that and I manage to have in my life people that I care about and that I like, and that only know about I want them to know.</u></i></p>
Alliance-related		
12. Alliance strengthening	<p>a) Client feels understood (by the therapist);</p> <p>b) Client feels supported, encouraged or reassured (by the therapist);</p> <p>c) Client feels more involved - The client feels more involved or invested in therapy or its tasks; feels more able or freer to enter into therapeutic relationship;</p> <p>d) Client feels closer to or better about therapist - The client begins to develop a trusting relationship with therapist; experiences therapist as a caring or competent; experiences therapist as a person or fellow human being.</p>	<p><i>a) <u>The Description of how the act of bullying makes people feel, made by the protagonist, and the judgment of all the guilty ones. I identified myself with that feeling and I felt good when the therapist referred that no victim of bullying is guilty about that.</u></i></p> <p><i>b) <u>The comment of Dr. J, to finish the Session. I was sinking myself, regretting the fact that I opened my mouth and wanting to escape; when, very straightforwardly and joyfully, I was compared to a ghost buster who is efficient in finding solutions.</u></i></p> <p><i>c) <u>The director showing me that I have evolved. It made me reflect about the topic and how I got there.</u></i></p> <p><i>d) <u>The comment of the therapist put some order in the chaos. Even though I don't have any professional identity (or any form of identity for that matter), it made me think that, professionally speaking, being multi-tasked makes me fight for things and that in hard times I can rely on myself.</u></i></p>

(continued)

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
13. Group Alliance strengthening	<p>a) Client feels the empathy of the group towards his own questions;</p> <p>b) Client feels positively reinforced by an in-session event, something that a group member said to the client or something that happened after the end of the session;</p> <p>c) Client expresses well-being related to being within the group and the dramatization provokes feelings of belonging to the group;</p> <p>d) Client refers positive aspects that reinforce therapeutic alliance with the group;</p> <p>e) Client feels happiness for witnessing the progress of other group members.</p>	<p>a) <u>To have felt the group's empathy for my situation.</u></p> <p>b e c) <u>The fact that all the group elements had something to offer me, including a lap. It made me feel wanted and important for everyone, able to originate a wave of solidarity.</u></p> <p>d) <u>The fact that the group has characteristics of my own, because I am part of it. I felt that my presence and personality leave a footprint in the group and contribute to the environment of which I am part of.</u></p> <p>e) <u>Feeling the evolution of the protagonist made me feel good, because it is always good to listen to someone we care for taking things out of her chest and talking about the problems that are bothering her, as until very recently that was difficult to do.</u></p>
Forgiveness		
14. Self-forgiveness	Client forgives himself for something he used to feel guilty about.	<p><u>To live a dream. In my case, to wait for the bus no. 186 after work, in a rainy day. I understood my perspective towards this dream and I was at peace with the fact that I might have to wait and eventually never experience it, if I don't choose to.</u></p> <p><u>I saw the protagonist as a victim. Clearly trapped by someone who knows her well and knows how to manipulate her feelings. Knows how to work her guilt, body and soul, and make her doubt, preventing her from moving forward. I think I have apologize and forgiven myself. Seeing me in the protagonist, to see him (s) in the auxiliary ego, I found that the power was on the side of the passive coercion.</u></p>
15. Other-forgiveness	Client forgives others for something he considered they were guilty about.	<p><u>I was able to forgive my father for the harm he caused me.</u></p> <p><u>I realized that I could have done something, and that the other is not the only responsible.</u></p>

(continued)

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
16. Relief	Client feels less negative: relieved, unburdened, relaxed, less depressed or hurt; or more positive: relaxed, safe, or confident or hopeful. If relief is only about the relationship, or being in therapy then Rate under Alliance strengthening or group alliance strengthening. Client refers well-being for sharing his experiences (note: These are general feelings; if there is a specific object for these feelings, then code as Positive Self or Other).	<i>There was the opportunity to talk about me and my current situation, which is a bit fragile, due to health problems that are affecting family members who I am very fond of. Although these problems are not affecting me as much as in the past, for I'm not so sensitive anymore, they still worry me. <u>It was important to share and also to listen, I felt more relieved.</u></i> <i><u>I realize that I can still do something that will help me to live the rest of my days with more enthusiasm.</u></i>
17. Other specific helpful impacts	Impacts not described above (please note); description must not have been rated under any other impact category (for example: as a result of event, client is able to carry out new behaviour in session).	<i><u>For the first time I tried expressing my feelings without worrying about how I sounded.*</u></i> <i><u>I managed to get a fairly good amount of background information over with.*</u></i>
B. HINDERING IMPACTS		
CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
18. Unwanted experiences	Client feels discomfort or pain as a result of feeling forced or stimulated to confront unpleasant experiences. Client wants to withdraw from feelings or other experiences. Client refers to thoughts and / or feelings of discomfort or displeasure. Client is unable to do something or recall / evoke feelings, thoughts, behaviour patterns or attitudes.	<i><u>During the warm-up I tried to talk about something I didn't want to, so I messed things up: "Do you also speak to your patients like that?" <u>I felt like a freak, an idiot and useless.</u></u></i> <i><u>I didn't like what I talked about nor how I felt and what I felt as I spoke. I don't even know if I was very honest. I wanted to leave. The words I used were a bit harsh and probably misunderstood. I used the word envy and I clearly don't envy L's suffering, but I just wanted them to like me as they seemed to like her during her dramatization.</u></i>
19. Therapist omissions	Client describes therapist as failing to provide C with needed structure or with sufficient emotional support. Client experiences absence of some desired therapist action.	<i><u>It doesn't happen all the time, or it rarely does, but this Session was not relevant to me, which is frustrating because I didn't enjoy the situation.</u></i> <i><u>I kept wishing I could get a cue that the therapist really understood what I was saying.*</u></i>

(continued)

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
20. Digression	Client describes straying or being deflected from important topics or tasks.	<i><u>We seemed to talk in circles... not getting anywhere.</u></i> <i><u>I really wanted to talk about how lonely I'm feeling since my children have left; he didn't seem to want to hear about that.*</u></i> <i><u>Being uncomfortable in the dramatization and have not done anything to be different.</u></i>
21. Poor Fit	Client describes therapist trying something which doesn't fit the client's experience, which doesn't work, or which the client feels unprepared to deal with. Client refers feelings of disbelief towards the therapeutic process. Client expresses wishes or considers dropping out of therapy.	<i><u>I thought about getting up and leaving more than once, because I don't believe in any of that. Although I need help, it's not there, and I certainly don't want to be trained in something that I don't believe in.</u></i> <i><u>The two chair routine didn't work for me; I couldn't do it.*</u></i>
22. Relational weakening	a) Client refers discomfort and/or unpleasure when another group member leaves therapy. b) Client refers discomfort with the presence of new group members or with the presence of non-group members in therapy sessions. Client feels upset or uncomfortable with other group members' frequency of attendance. c) Client feels uncomfortable when confronted by other group members. d) Client feels discredited by other group members. e) Client feels that he is not part of the group.	a) <i><u>An element of the group said that he was leaving and the others took that very easily. I felt that maybe this environment is not that much protected in comparison with the outside world.</u></i> b) <i><u>When new members join the group I can't help feeling a bit unstable. The instability of the group (in which I include my own lack of attendance, which always disturbs me when I return).</u></i> c) <i><u>The key event were R's comments, about what I said in the last two sessions. I said something regarding the 'time' of each - referring to myself as someone who is finding his time. He was aggressive as if I had contradicted him. Facing his confrontation my first reaction was: "I don't have to deal with this, not here!"</u></i> d) <i><u>in the warm-up, the quite frankly depreciative manifestation over a opinion I expressed. I think it was disproportionate and I felt a completely unreasonable attack.</u></i> e) <i><u>The warm-up (or play, the "round") was a process very dear to the group. I felt like I didn't know the rules of the group, nor its story. I felt like the group members are very close to each other and that I was an outsider.</u></i>

(continued)

Perspectivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano
Os teóricos, os terapeutas e os clientes

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
23. Other Hindering Impacts	Hindering impacts which do not fit into above categories. Especially unpleasant physical reaction, such as shaking, sweating, bodily pain or discomfort with the physical space where the dramatization takes place.	<i>The atmosphere was very heavy.</i> <i>Before the session started, the "waiting room" environment, carried once again to talk about medical negligence and carelessness. I was looking forward to the start of the session so that these uncomfortable generalizations cease.</i>

**HELPFUL ASPECTS OF MORENIAN PSYCHODRAMA CONTENT ANALYSIS SYSTEM –
HAMPCAS**

Adapted from **HAETCAS** (Elliott, 1988) by Ana Sofia Cruz, Célia Sales, Gabriela Moita, Paula Alves & Robert Elliott, 2012.

CONTENT

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
1. Self only	Event exclusively involves feelings, wants, thoughts or actions of client, described as an object of experience.	<u><i>I couldn't express myself properly.</i></u> <u><i>Having described how I am, regarding to the city where I born. Consider and evaluate the impact of the problem, due to the entry in the group.</i></u>
2. Family of origin	Event involves C's parents or siblings, past or present; also childhood.	<u><i>I was able to speak about my mother and with her.</i></u> <u><i>Play the role of protagonist's father. Somehow, this led me to think (and I think for the first time), in terms of affection, I am the daughter of an alcoholic father. In other words, I think the father-daughter affection came from and through alcohol.</i></u>
3. Marital family	Event involves C's spouse/ex-spouse/current lover or children/step children.	<u><i>I spoke about J, my son, about our daily relationship and some of the things that bother me.</i></u> <u><i>It was the dramatization in which we all talked about our relations in the place of our partner. It was useful to experience the way my husband also feel sorrow and suffers with some of my detachment.</i></u>

(continued)

Perspectivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano
Os teóricos, os terapeutas e os clientes

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
4. Work	Event involves C's job or work situation; including career, school and associated relationships.	<u><i>I realized there may be several professional options and not just one. That I can broaden my professional interests or do voluntary service.</i></u> <u><i>See the insecurity of S towards "hierarchy". I have a huge lack of assertiveness in "hierarchy" professional relations.</i></u>
5. Other relationships	Event involves other specific relationships (e.g., nonwork friends, former lovers) or interpersonal issues in general.	<u><i>It was useful to reinforce what I already knew, that I like to relate to other people, to interact and, above all this, to live.</i></u> <u><i>Thinking about my lack of assertiveness towards ambivalent people.</i></u>
6. Therapy	Therapist, therapy process or techniques or therapeutic relationship described as central to event.	<u><i>To speak in front of the group during the dramatization.</i></u> <u><i>This session was a bit unusual, because we were few and there was no dramatization. Occasionally I like to have this kind of session, because you can talk about certain issues that in group are not so conventional.</i></u>
7. Intragroup	Event involves feelings or thoughts about the group or experiences within the group as central.	<u><i>The fact that all the group elements had something to offer me, including a lap. It made me feel wanted and important for everyone, able to originate a wave of solidarity.</i></u> <u><i>Have laughed when the group was in the dramatization. I was feeling very tense; the week had not gone very well.</i></u>

(continued)

Perspectivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano
Os teóricos, os terapeutas e os clientes

CATEGORY	DESCRIPTION	EXAMPLE (S)
8. Other specific content	Event involves types of content not included above. (Includes nonhuman content, e.g., God, animals).	<i><u>How central to my life my horse is.</u>*</i> <i><u>Talked about the help I've been getting through my prayers.</u>*</i>

*Retrieved from HAETCAS (Elliott, 1988).

Anexo 10: Procedimento do Questionário Pessoal Simplificado PQ

Robert Elliott, Mack, & Shapiro (1999).

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

O Questionário Pessoal Simplificado (PQ) é um instrumento individualizado de mudança de tipo *target complaint*. Pretende ser uma lista dos pontos que o cliente (ou cada elemento da família) deseja trabalhar em terapia, formulados pelas suas próprias palavras.

O PQ é construído durante uma entrevista individual, cujo procedimento se descreve de seguida.

MATERIAL

- ✓ Cartões de cartolina
- ✓ Folha branca
- ✓ Formulário PQ, por preencher (para escrever os itens)
- ✓ Formulário de Duração dos Problemas

PROCEDIMENTO

1. Confidencialidade

Inicialmente refere-se ao cliente que todos os dados recolhidos na entrevista serão confidenciais, ficando cingidos à equipa de investigação que os está a recolher, e à equipa terapêutica que trabalhará a partir deles, com o intuito de apoiar decisões clínicas ao longo do processo terapêutico.

2. Construir a lista dos itens

Os itens do PQ devem corresponder aos problemas mais importantes, na perspectiva do entrevistado. No entanto, deverá tentar-se a inclusão de 1 ou 2 pontos em cada uma das seguintes áreas:

- * Sintomas
- * Humor
- * Nível de actividade geral (trabalho, etc.)
- * Relações interpessoais
- * Auto-estima

Se o entrevistado não incluir na sua lista pontos em alguma destas áreas específicas, o entrevistador deve perguntar se existem dificuldades em alguns desses domínios, que o cliente deseje trabalhar em terapia. Se tal não acontecer, o investigador não deve insistir na questão.

Esta fase do procedimento deve considerar-se como uma sessão de *brainstorming*, tentando gerar-se o máximo de itens possível (15 é o ideal). Este *brainstorming* pode ser iniciado com uma instrução verbal do tipo:

“Queria pedir-lhe que me falasse dos motivos que o trouxeram aqui...”

À medida que o cliente fala, o entrevistador escreve numa folha em branco frases que correspondam a queixas ou problemas.

3. Filtrar os itens

Nesta fase, pretende-se ajudar o entrevistado a clarificar os itens listados anteriormente e, se necessário, a redefinir os objectivos em Problemas. Se possível, o número de itens deverá ser reduzido para cerca de 10.

O investigador começa por escrever cada queixa num cartão, confirmando-o com o entrevistado. Redefinir os itens não é, nem deverá ser, um procedimento mecanizado, e requer que se discuta com o entrevistado para garantir que o PQ reflecte as suas principais preocupações. Exige uma comunicação cuidada e paciente, que assegure que os itens evidenciam a perspectiva do entrevistado acerca do que é relevante e pertinente para a terapia.

Um item bem estruturado deverá possuir determinadas características:

- * Reflectir uma área de dificuldade ao invés de um objectivo de mudança (por exemplo “sou muito tímido” ao invés de “quero ser mais sociável”)

- * Ser algo que o entrevistado quer trabalhar em terapia

- * Referir-se a um problema concreto, ou seja, os problemas gerais e vagos devem ser especificados

- * Referir-se a um único ponto, ou seja, itens que se reportam a problemas múltiplos/vários pontos (por exemplo, “tenho medo de estar com pessoas e tenho muita dificuldade em falar sobre mim”) devem ser divididos de forma a constituírem múltiplos itens

- * Utilizar as palavras do entrevistado, não do investigador

- * Não ser redundante em relação a qualquer outro item.

Depois de escritos os problemas, o entrevistador deve confirmar se o entrevistado não tem mais nada a acrescentar.

4. Priorizar os itens

O investigador pede ao entrevistado que organize os cartões por ordem decrescente de importância dando a seguinte instrução verbal:

**“Destes problemas qual é o que lhe causa mais mal-estar?... E a seguir?...
E a seguir?...”**

(até que todos estejam ordenados)

O número de ordem do item deverá escrever-se no cartão.

5. Classificar o PQ

Depois de priorizar, o investigador preenche o formulário do PQ, colocando os itens pela ordem indicada de importância indicada pelo cliente. Dando o formulário preenchido ao entrevista, solicita:

“Pensando em cada problema, indique o nível de mal-estar (ou “quanto mal-estar”) que cada um lhe causou na última semana”

Alternativamente, por exemplo, se o entrevistado não souber / não puder ler, o entrevistado lê em voz alta o item e pergunta o grau de mal-estar, numa escala de 1 a 7.

O investigador deverá tentar perceber se o entrevistado compreendeu o pedido. Se verificar que isto não aconteceu, deve explicá-lo de uma forma o mais claro e simples possível, assegurando que a classificação será o mais aproximada possível das preocupações do entrevistado.

5a. Opcional: Classificação de Duração

Na primeira aplicação do PQ, o investigador pode estar interessado em saber há quanto tempo cada problema tem vindo a preocupar o entrevistado da mesma forma que o preocupa no momento, ou mais. Para obter esta informação, deverá usar o Formulário de Duração PQ. Este pode ser usado para estabelecer uma *baseline* retrospectiva para o PQ.

6. Preparar o PQ

Finalmente, o investigador escreve os itens do PQ num formulário em branco, fazendo pelo menos 10 cópias para uso futuro. Ao fazer esta transcrição, é útil deixar aproximadamente 2 espaços em branco para que o cliente possa adicionar itens posteriormente, se desejar.

(Código do Cliente:)

Data:

Formulário para Descrição do Problema: A preencher em primeiro lugar!

1. Por favor, descreva os **principais problemas** que o levaram a procurar ajuda.

2. Por favor, indique os **problemas específicos** que gostaria que fossem abordados na terapia.

Perspectivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano
Os teóricos, os terapeutas e os clientes

QUESTIONÁRIO PESSOAL

Data: ___ / ___ / _____

Código Cliente: _____

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

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

Perspectivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano
Os teóricos, os terapeutas e os clientes

QUESTIONÁRIO PESSOAL

Data: ___ / ___ / _____

Código Cliente: _____

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

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

Perspectivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano
Os teóricos, os terapeutas e os clientes

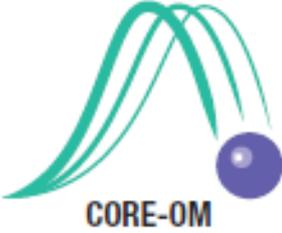
QUESTIONÁRIO PESSOAL

Data: Código Cliente:

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

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

Anexo 11: Core-Om



Identif. Serviço:

Identif. Caso:

Identif. Terapeuta:

Data de preenchimento:

Idade: Gênero: M

F

Fase de preenchimento

T Triagem

E Encaminhamento

A Avaliação pré-tratamento

P Pré-primeira sessão

1 Pré-terapia, não especificado

D Durante Terapia

U Última sessão

X Follow up 1

Y Follow up 2

IMPORTANTE – LEIA ANTES DE RESPONDER

Este questionário tem 34 afirmações sobre como se sentiu durante a última semana.
Por favor, leia cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim. Depois, marque a resposta que mais se aproxima da maneira como se sentiu.

		<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>A muitas</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Sempre ou quase sempre durante a sessão</i>						
1 Tenho-me sentido terrivelmente sozinho/a e isolado/a	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	F
2 Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
3 Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	F
4 Tenho-me sentido bem comigo próprio/a	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	W
5 Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
6 Fui violento/a fisicamente com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	R
7 Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	F
8 Tenho-me sentido incomodado/a com dores, mal-estar ou outros problemas físicos	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
9 Pensei em fazer mal a mim próprio/a	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	R
10 Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	F
11 A tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
12 Senti-me bem com as coisas que consegui fazer	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	F
13 Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	P
14 Tenho sentido vontade de chorar	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	W

Vire a página, por favor

Durante a última semana...

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre, ou quase sempre	Dirigido ao paciente
15 Senti pânico ou terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 Fiz planos para acabar com a minha vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Senti que os meus problemas são demais para mim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 Senti que tenho pessoas de quem gosto	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Não consegui pôr os meus problemas de lado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 Ameacei ou fiz alguém sentir medo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Senti-me desesperado/a ou sem saída	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 Pensei que era melhor se eu estivesse morto/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Tenho-me sentido criticado/a por outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 Senti que não tinha amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Tenho-me sentido triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Tenho-me sentido perturbado/a por imagens ou recordações que não quero ter	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 Tenho-me sentido culpado/a pelos meus problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Tenho-me sentido otimista em relação ao meu futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 Tenho conseguido as coisas que queria	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Senti-me humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Fiz mal a mim próprio/a fisicamente, ou pus a minha saúde gravemente em risco	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

TOTAIS	<input type="text"/>					
RESULTADOS MÉDIOS <small>(total de cada dimensão a dividir pelo número de itens respondidas nessa dimensão)</small>	<input type="text"/>					
	(W)	(P)	(F)	(R)	Todos os itens	Todos menos R

Anexo 12: SAI-R: Experiência Pessoal

SAI-R: Experiência Pessoal

O inquérito seguinte foi elaborado para ajudar a entender os sentimentos e pensamentos que as pessoas vivenciam em diferentes situações durante um dia típico. Gostaríamos que compartilhasse connosco as suas experiências relativamente a esse aspecto. **Instruções:** Os 18 diferentes sentimentos e pensamentos apresentados abaixo referem-se à questão em negrito. Deverão ser avaliados nas escalas ordenadas de 1 = Muito Fraca até 5 = Muito Forte, que aparecem à direita de cada item. Por favor leia cada item cuidadosamente e assinale com um círculo o número à sua direita que melhor descreve a intensidade dos seus sentimentos ou pensamentos. É importante que você não deixe em branco nenhum dos itens. Não há respostas certas ou erradas.

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

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

01.Criativo/a	1	2	3	4	5
02.Feliz	1	2	3	4	5
03.Desinibido/a	1	2	3	4	5
04.As coisas parecem fluir	1	2	3	4	5
05.Vivo/a	1	2	3	4	5
06.Livre para criar	1	2	3	4	5
07.Eufórico/a	1	2	3	4	5
08.Livre para agir, até extravagantemente	1	2	3	4	5
09.Vivendo plenamente com equilíbrio	1	2	3	4	5
10.Com energia	1	2	3	4	5
11.Com controlo	1	2	3	4	5
12.Leve e amorosamente	1	2	3	4	5
13.Pleno/a	1	2	3	4	5
14.Prazer	1	2	3	4	5
15.Poderoso/a	1	2	3	4	5
16.Bem sucedido/a	1	2	3	4	5
17.Capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites	1	2	3	4	5
18.Alegre	1	2	3	4	5

Anexo 13: Protocolo de Entrevista de Mudança do cliente. Terapia individual e Familiar

Protocolo de Entrevista de Mudança do cliente Terapia Individual e Familiar

Robert Elliott (1999)

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

INSTRUÇÕES

Preparação: Se possível, faculte ao cliente uma cópia da entrevista na semana prévia à sua realização, de modo a que possa pensar sobre ela com antecedência.

Material:

- O presente protocolo, incluindo o Registo Entrevista de Mudança
- Emissão de Registos (primeira entrevista a meio do tratamento e entrevistas pós-tratamento)
- Dados de Rastreio PQ (entrevistas de pós-tratamento e acompanhamento) ou PQ de pós-tratamento (entrevistas de acompanhamento)
- Registo áudio

Notas de Bobulagem e cassette: As notas e a cassette de entrevista devem conter a seguinte informação: iniciais do cliente e nº de processo; data da entrevista; o seu nome; se se trata de uma entrevista a meio do tratamento ou de pós-tratamento (indicando o nº de sessões anteriores com o cliente).

Estratégia da entrevista

Esta entrevista funciona melhor enquanto exploração empática, semi-estruturada, da experiência do cliente na psicoterapia. Primariamente, pense em si como tentando ajudar o cliente a contar uma história sobre o seu processo terapêutico até ao momento. De preferência, adopte uma postura de curiosidade acerca dos tópicos abordados na entrevista, usando as questões abertas do guião, acrescida de empatia e compreensão, de modo a ajudar o cliente a elaborar as suas experiências. Assim, para cada questão, comece de um modo relativamente não estruturado e só imponha estrutura quando necessário.

Para cada tópico são sugeridas alternativas ou exemplos de pergunta, mas tenha presente que estas podem não ser necessárias.

Peça ao cliente o máximo de detalhes possível.

Use a prova "mais alguma coisa" (e.g., "Notou mais algumas mudanças?").

Questione de um modo não directivo, até que o cliente sinta que não tem mais nada a acrescentar.

Registo da Entrevista de Mudança

Cliente _____

CasoID _____

Entrevistador _____

Data _____

Momento da Entrevista (assinale uma opção): fase intermédia, final da terapia,

Follow up a _____ meses

Nº de sessões realizadas: _____

Tabela 1 - Medicação Psicofarmacológica

(incluindo medicamentos naturais)

Medicação Nome (genérico)	Para que sintomas?	Dose/ Frequência	Há quanto tempo?	Último ajuste

Perspectivas integradoras sobre o Psicodrama Moreniano
Os teóricos, os terapeutas e os clientes

Tabela 2 - Lista de mudanças

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

Guião da Entrevista de Mudança do cliente

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

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

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

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

1. QUESTÕES GERAIS

1a. Que medicação está actualmente a tomar?

(Entrevistador: registe as respostas na Tabela 1)

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

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

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

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

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

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

2. MUDANÇAS SENTIDAS

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

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

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

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

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

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

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

3. AVALIAÇÃO DA MUDANÇA

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

Vamos agora avaliar as mudanças que já identificou

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

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

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

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

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

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

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

4. ATRIBUIÇÕES

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

4. ASPECTOS POSITIVOS

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

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

4. ASPECTOS NEGATIVOS

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

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

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

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

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

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

7. SUGESTÕES

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

Anexo 14: Ficha de Identificação

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Morada: _____

Contacto Telefónico: _____ e-mail:

Data de nascimento: ____/____/____

Estado civil: _____

Profissão: _____

Habilitações literárias:

Há quanto tempo está neste grupo terapêutico: _____

É a 1ª vez que faz Psicodrama? Sim/ Não

Se sim, com o mesmo terapeuta? Sim/ Não

É a primeira vez que recorre a Psicoterapia ou qualquer outro tipo de apoio

Psicológico? Sim/ Não