

Rute Filipa Coelho Nogueira

**INTERVENÇÃO SOCIODRAMÁTICA COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E
INCAPACIDADE: PROCESSOS E MUDANÇA PELO OLHAR DOS
PARTICIPANTES**



UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE

Dissertação apresentada na Universidade Portucalense para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Maria Xavier Araújo e coorientação da Professora Doutora Célia Maria Dias Sales

Departamento de Psicologia e Educação

dezembro, 2015

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta etapa na minha vida, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que estiveram presentes.

À Professora Doutora Maria Araújo, minha orientadora, um agradecimento muito especial por todas as suas orientações, pela colaboração, pelo apoio incansável, pela compreensão, dedicação, empenho e confiança.

À Professora Doutora Célia Sales, o meu muito obrigado por ter aceitado o convite de coorientar a presente investigação e pelo interesse demonstrado.

Agradeço ao Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, especialmente à Dra. Caroline e à equipa terapêutica que dirigiu o grupo de sociodrama, pelo acolhimento, pela colaboração, pela disponibilidade sempre demonstrada e pela possibilidade de recolher os dados para a investigação.

Agradeço aos participantes deste estudo pela colaboração, disponibilidade e boa vontade demonstrada.

À minha colega e amiga Patrícia Ferreira, um agradecimento especial pela ajuda ao longo da investigação. Obrigada pela amizade, pela partilha e por tudo aquilo que aprendi contigo.

Ao meu namorado Romeu, obrigada pelo teu apoio incondicional, pela força, por caminhares lado a lado comigo e por acreditares sempre que sou capaz.

Aos meus pais, o meu sincero agradecimento pelo apoio incondicional sempre demonstrado, pela presença, por acreditarem sempre em mim e por terem possibilitado a minha continuidade nos estudos. Obrigada por todo o vosso amor e dedicação.

RESUMO

O método terapêutico centrado na ação, como o psicodrama e sociodrama, tem sido considerado uma psicoterapia de grupo válida e efetiva, contudo a literatura é escassa no que diz respeito à sua aplicação com pessoas com deficiência e incapacidade. Neste sentido, o presente estudo exploratório, de natureza compreensiva, teve como principal objetivo perceber os processos e os fatores de mudança psicológica numa intervenção sociodramática aplicada a pessoas com deficiência e incapacidade, a partir da perspectiva dos próprios.

A presente investigação, desenvolvida no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, adotou uma metodologia de investigação qualitativa, assente em questionários e entrevistas aplicados a um grupo de dez adultos com diferentes deficiências e incapacidades, sujeitos a uma intervenção sociodramática. A recolha de dados foi realizada em três momentos distintos: 1) Antes do início da intervenção, foi construído com todos os participantes o Simplified Personal Questionnaire (PQ); 2) Durante a intervenção foi aplicado em todas as sessões o Helpful Aspects of Therapy (HAT), e 3) No final da intervenção foi realizada uma entrevista a cada participante, a Client Change Interview (CCI). Adicionalmente, foi considerado o registo semanal dos terapeutas e dos participantes.

Os resultados alcançados permitiram verificar que o sociodrama promoveu mudanças na relação com os outros, de hábitos, na expressão e regulação emocional, nas características pessoais, ao nível da performance académica e na forma de perceber a realidade. As sessões de sociodrama foram relatadas como tendo impactos evidentes ao nível da expressão e experienciação emocional, nos fatores grupais, no autoconhecimento/autoconfiança, na visão positiva de si/empoderamento e na auto-revelação/abertura. A fase de aquecimento foi destacada na fase inicial do processo e a fase de dramatização foi destacada ao longo de todas as sessões. A ação do terapeuta, do próprio e do grupo foram destacadas pelos participantes como sendo as ações mais úteis no processo terapêutico. No final, o grupo e o terapeuta foram descritos como os principais motores da mudança. As atividades relacionadas com a música, relaxamento, com o autoconceito, com o lidar com a doença, a técnica da estátua, a inversão de papéis também foram salientadas pelos participantes nas atribuições à mudança.

Os resultados são discutidos de acordo com a literatura, referindo-se limitações e potencialidades do sociodrama com a população da presente investigação.

Palavras-chave: Psicoterapia de grupo, processo terapêutico, investigação qualitativa, psicodrama, sociodrama, deficiência e incapacidade, mudança e fatores terapêuticos.

ABSTRACT

The therapeutic method focuses on action, such as psychodrama and sociodrama, it has been considered a valid and effective group psychotherapy, however the literature is sparse with regard to its application to people with disabilities and disability. In this sense, the exploratory study, of understanding nature, aimed to understand the processes and psychological change factors in a sociodramatic intervention applied to people with disabilities and disability from the perspective of their own.

This research, developed the Gaia Professional Rehabilitation Center, adopted a qualitative research methodology, based on questionnaires and interviews applied to a group of ten adults with different disabilities, subject to a Sociodramatic intervention. Data collection was performed in three distinct stages: 1) Before the intervention, it was built with all participants the Simplified Personal Questionnaire (PQ); 2) During the intervention was applied to all the sessions Helpful Aspects of Therapy (HAT), and 3) At the end of the intervention an interview with each participant was carried out, the Client Change Interview (CCI). Additionally, it was considered the weekly record of therapists and participants.

The results obtained allowed to verify that the sociodrama promoted changes in relationships with others, in habits, in the expression and emotional regulation, in personal characteristics, in terms of academic performance and in the way perceiving reality. Sessions sociodrama were reported to have obvious impacts in terms of expression and emotional experiencing in the group factors in the self/self-confidence, the positive view of himself/empowerment and self-disclosure/opening. The heating phase was highlighted in the process of early stage and the drama stage was highlighted throughout all sessions. The action of the therapist's own and the group were highlighted by participants as being the most useful actions in the therapeutic process. In the end, the group and the therapist were described as the main drivers of change. The activities related to music, relaxation, to the self, to deal with the disease, the statue of technique, role reversal were also highlighted by the participants in assignments to change.

The results are discussed according to the literature, referring to limitations and sociodrama capabilities with the present study population.

Key-words: Group psychotherapy, therapeutic process, qualitative research, psychodrama, sociodrama, impairment and disability, change and therapeutic factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCI – Client Change Interview

CPR – Change Process Research

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

HAT – Helpful Aspects of Therapy

OMS – Organização Mundial da Saúde

PQ – Simplified Personal Questionnaire

ÍNDICE

Introdução-----	12
1ª Parte – Enquadramento Teórico-----	14
Capítulo 1 – Investigação em Psicoterapia-----	15
1.1. Investigação em intervenção psicológica-----	15
1.2. Investigação centrada no processo terapêutico-----	18
1.3. Processos e fatores de mudança em psicoterapia-----	19
Capítulo 2 – Psicoterapia de Grupo, Psicodrama e Sociodrama-----	24
2.1. Psicoterapia de grupo, psicodrama e sociodrama-----	24
2.2. Instrumentos-----	29
2.3. Fases-----	30
2.4. Técnicas-----	32
Capítulo 3 – Processos e Fatores de Mudança em Psicodrama e Sociodrama-----	34
3.1. Estudos em psicodrama e sociodrama centrados no processo-----	34
Capítulo 4 – A Deficiência e Incapacidade na Vida Adulta: Impacto e Intervenções-----	40
4.1. Impacto da deficiência e incapacidade na vida adulta-----	40
4.2. Psicoterapia de grupo com pessoas com deficiência e incapacidade-----	41
4.3. Estudo com pessoas com deficiência e incapacidade-----	45
2ª Parte – Estudo Empírico-----	48
Capítulo 5 – Metodologia-----	49
5.1. Objetivo de investigação e questões de investigação-----	49
5.2. Desenho do estudo-----	49
5.2.1. Metodologia-----	49
5.3. Participantes-----	50
5.4. Instrumentos-----	52
5.5. Breve descrição do contexto e do programa de intervenção-----	54
5.6. Procedimento de recolha de dados-----	57
5.7. Procedimento de análise de dados-----	58
5.7.1. Procedimento de análise das Entrevistas de Mudança do cliente (CCI)-----	59
5.7.2. Procedimento de análise dos Aspetos Úteis da Terapia (HAT) e dos registos semanais dos participantes-----	62

Capítulo 6 – Resultados -----	65
1. Vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático-----	65
2. Ação e impacto reconhecidos pelos participantes ao longo das sessões sociodramáticas-----	68
3. Problemas iniciais e mudanças identificadas pelos participantes no final do processo-----	75
4. Atribuições dos participantes à mudança-----	86
5. Aspetos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes-----	93
Capítulo 7 – Discussão dos resultados -----	94
1. Vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático-----	94
2. Ação e impacto reconhecidos pelos participantes ao longo das sessões sociodramáticas-----	96
3. Problemas iniciais e mudanças identificadas pelos participantes no final do processo-----	99
4. Atribuições dos participantes à mudança-----	102
5. Aspetos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes-----	104
6. Limitações e sugestões para estudos futuros-----	105
Conclusão -----	107
Referências bibliográficas-----	110
Anexos-----	122
Anexo 1 – Consentimento informado-----	123
Anexo 2 – Questionário sociodemográfico-----	125
Anexo 3 – Entrevista de Mudança do cliente (CCI)-----	126
Anexo 4 – Aspetos Úteis da Terapia (HAT)-----	132
Anexo 5 – Questionário Pessoal Simplificado (PQ)-----	135
Anexo 6 – Registo dos terapeutas-----	142

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Breve descrição dos participantes-----	51
Tabela 2 – Breve descrição das sessões de intervenção sociodramática-----	55-56
Tabela 3 – Descrição das categorias do domínio impacto-----	64
Tabela 4 – Sistema categorial sobre vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático-----	67
Tabela 5 – Distribuição das categorias do domínio ação ao longo das 14 sessões-----	70
Tabela 6 – Distribuição das categorias do domínio impacto ao longo das 14 sessões-----	74
Tabela 7 – Problemas/dificuldades identificadas no PQ e mudanças sentidas-----	78
Tabela 8 – Sistema categorial sobre as mudanças identificadas pelos participantes no final do processo-----	85
Tabela 9 – Sistema categorial sobre as atribuições dos participantes à mudança-----	92
Tabela 10 – Sistema categorial sobre os aspetos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes-----	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Grau de expectativa Versus grau de surpresa de cada mudança-----	81
Figura 2 – Ocorrência das mudanças sem a participação no grupo sociodramático-----	82
Figura 3 – Grau de importância atribuída a cada mudança-----	83

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento informado-----	123
Anexo 2 – Questionário sociodemográfico-----	125
Anexo 3 – Entrevista de Mudança do cliente (CCI)-----	126
Anexo 4 – Aspetos Úteis da Terapia (HAT)-----	132
Anexo 5 – Questionário Pessoal Simplificado (PQ)-----	135
Anexo 6 – Registo dos terapeutas-----	142

INTRODUÇÃO

A deficiência e a incapacidade limitam o funcionamento psicossocial dos indivíduos (Araújo, Mondelli, Lauris, Richiéri-Costa, & Feniman, 2010) tendo um impacto ao nível pessoal, familiar, interpessoal e nos níveis sociais que podem levar à exclusão social (Hosain, Atkinson, & Underwood, 2002; Fergusson, Rodríguez, Duque, Ramírez, & Pardo, 2006). As pessoas com algum tipo de deficiência e incapacidade veem a saúde física, o estado psicológico, as relações interpessoais, o relacionamento com a família e o nível de independência comprometidos (Barbotte, Guillemin, & Chau, 2001). Apresentam muitas vezes problemas relacionais, aptidões sociais frágeis, perda de identidade, baixa autoestima e problemas ao nível da aceitação social (Coelho & Coelho, 2001). Neste sentido, e de acordo com Hosain, Atkinson, e Underwood (2002) as pessoas com deficiência e incapacidade necessitam de programas de reabilitação psicossocial, na qual deverá existir uma articulação entre a farmacologia, psicoterapia e reabilitação psicossocial (OMS, 2002).

Devido ao forte poder terapêutico que a psicoterapia de grupo tem, esta é uma modalidade de intervenção extremamente importante para pessoas com deficiência (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998). Contudo, as pessoas com deficiência têm um acesso limitado à intervenção psicoterapêutica porque se considera que esta população não tem capacidade para fazer uso da psicoterapia (Willner, 2005). Apesar dos repetidos apelos para a investigação sobre a eficácia e efetividade da psicoterapia de grupo com pessoas com deficiência tem havido pouco progresso nesta área (Beail, Warden, Morsley, & Newman, 2005). Na medida em que, a deficiência tem impacto ao nível das emoções, ao nível dos relacionamentos interpessoais, da autoestima, da aceitação social, da perda de identidade, o sociodrama, enquanto método de ação, poderá permitir a esta população a vivência e (re) significação de estados emocionais, o desenvolvimento de competências interpessoais, o desenvolvimento de papéis pessoais, sociais e familiares (Bechelli & Santos, 2005), o incremento da autoestima, da autoconfiança e do autoconhecimento, mudança na forma de perceber a realidade, bem-estar (Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009) e a promoção da espontaneidade. O sociodrama consiste na forma de psicodrama que aborda as percepções do grupo acerca de questões sociais, sendo o sociodrama um método de exploração de conflitos e de papéis sociais. Este método terapêutico permite que o grupo, como um todo, explore com segurança várias percepções. O grupo pode abordar diferentes problemas, nomeadamente conflitos interpessoais e,

todos juntos chegar a soluções e respostas inovadoras para essas questões difíceis (Hantau, Igorov, Manos, Caracas, & Hantau, 2013).

Assim, e com o objetivo de investigar o processo terapêutico (o que acontece ao longo das sessões) o presente estudo exploratório, de natureza compreensiva, pretendeu perceber os processos e os fatores de mudança psicológica numa intervenção sociodramática aplicada a pessoas com deficiência e incapacidade, a partir da perspectiva dos próprios, adotando uma metodologia de investigação qualitativa.

A presente investigação está organizada e estruturada em duas partes.

A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, onde estão incluídos quatro capítulos. No capítulo 1 intitulado de investigação em psicoterapia, é apresentada uma revisão sobre a investigação em intervenção psicológica, a investigação centrada no processo terapêutico e os processos e fatores de mudança em psicoterapia. O capítulo 2 denominado de psicoterapia de grupo, psicodrama e sociodrama, inicia com uma descrição da psicoterapia de grupo, psicodrama e sociodrama e posteriormente é descrito os instrumentos, as fases e as técnicas usadas em psicodrama e sociodrama. No capítulo 3 designado de processos e fatores de mudança em psicodrama e sociodrama, são apresentados estudos em psicodrama e sociodrama centrados no processo. O quarto e último capítulo do enquadramento teórico designado de a deficiência e incapacidade na vida adulta: impacto e intervenção inicia-se com o impacto da deficiência e incapacidade na vida adulta, seguindo-se uma apresentação da psicoterapia de grupo com pessoas com deficiência e incapacidade, finalizando com um estudo com pessoas com deficiência e incapacidade.

A segunda parte concerne ao estudo empírico e inclui três capítulos. O capítulo 5 corresponde à metodologia, onde é apresentado o objetivo de investigação e questões de investigação, o desenho do estudo, os participantes, os instrumentos administrados. É apresentado uma breve descrição do contexto e do programa de intervenção e os procedimentos de recolha e análise de dados. No capítulo 6 são apresentados e descritos os resultados do estudo. No capítulo 7 é realizada a discussão dos resultados obtidos.

O presente estudo finda com uma conclusão de toda a investigação.

1ª Parte

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA

1.1. INVESTIGAÇÃO EM INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Desde cedo a Psicologia para se afirmar enquanto ciência teve necessidade de reinvestir nas suas práticas de evidência científica que comprovassem o processo e a mudança. A investigação em psicoterapia teve três grandes fases (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005).

A **primeira fase** foi marcada pela procura dos critérios científicos determinados pela comunidade científica (Schultz & Schultz, 2005). Com o objeto de estudo em psicoterapia ainda num estado embrionário (desenvolvimento das abordagens psicanalíticas, comportamentais e rogerianas) a objetividade positivista erguia-se como uma componente organizadora e quase libertadora para a afirmação da psicoterapia enquanto prática científica. A investigação em psicoterapia pautou-se pelo uso dos princípios do método experimental (operacionalização, objetividade, controlo das variáveis, operacionalização dos comportamentos dos participantes e estabelecimento de relações de causalidade entre determinada intervenção e resultado - grau de mudança) (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005). A gravação áudio-vídeo das sessões terapêuticas foi uma preocupação para os terapeutas, em que se direcionaram também para os conteúdos subjetivos e intersubjetivos do processo terapêutico (Schultz & Schultz, 2005). Na observação do processo terapêutico, foi inicialmente dado destaque aos comportamentos/attitudes do terapeuta, considerando-se que a mudança do cliente dependia fundamentalmente dos comportamentos/attitudes do terapeuta. Assim, assistiu-se a um desenvolvimento considerável de instrumentos de avaliação das atitudes abertas dos terapeutas, em que o principal motor foram os adeptos da Terapia Centrada no Cliente (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005).

A **segunda fase** foi destinada a responder à questão “*a psicoterapia é eficaz?*”, ou “*a psicoterapia funciona?*”. O interesse direcionado para os comportamentos do terapeuta na primeira fase da investigação em psicoterapia (por exemplo, quantidade da linguagem verbal, qualidade da linguagem verbal, entre outros) foi substituído pelos comportamentos dos clientes, antes e depois da intervenção. Nesta fase de investigação em psicoterapia, assistiu-se a uma elevada reprodução de teorias que explicavam a mudança e que se traduziu numa crescente preocupação e maiores exigências e

redefinição do próprio processo de investigação, nomeadamente a avaliação da própria investigação, refinação das metodologias de investigação, standardização e operacionalização dos modelos, o desenvolvimento de manuais de intervenção, elaboração de medidas standardizadas dos resultados, o recurso a técnicas estatísticas para avaliar a significância estatística ou significância clínica dos efeitos da psicoterapia (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005).

A história da psicoterapia foi agitada pelos estudos de Eysenck, na medida em que, tais estudos defendiam a inutilidade da intervenção psicoterapêutica (Sales, 2009). Eysenck (1952) no artigo “*The effects of Psychotherapy: an Evaluation*” apresentou uma meta-análise baseada em 24 estudos realizados em psicoterapia, em que questionou a eficácia deste tipo de intervenção terapêutica, referindo que os resultados não eram indicativos suficientes do benefício da psicoterapia e que teriam efeitos negativos para os participantes.

A preocupação em investigar cientificamente os efeitos da psicoterapia levou à prática de adoção do paradigma positivista lógico-matemático, que era dominante na ciência moderna e que enfatizou o controlo experimental e quantificação dos resultados. Os estudos de caso, que até então dominaram a investigação, começaram a ser criticados devido à sua falta de rigor, assistindo-se a uma procura de novos formatos metodológicos. Com isto, passou-se de uma lógica de observação, compreensão e análise de caso a caso para a comparação de grupos, ou seja, para a avaliação da existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos de pacientes que são submetidos a psicoterapia e os grupos de pacientes que não são submetidos a psicoterapia (Sales, 2009).

A **terceira fase** da investigação em psicoterapia incidiu sobre a questão dos procedimentos metodológicos. Com o objetivo de determinar quais os critérios de investigação da eficácia, foi formada em 1969 uma organização interdisciplinar, a *Society for Psychotherapy Research*, em que o principal objetivo era o de regular a prática da investigação em psicoterapia através da criação de critérios de regulação (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005).

Em 1977, iniciou-se uma nova abordagem relativamente à avaliação dos estudos, a respeito da eficácia da psicoterapia. Smith e Glass (1977) num artigo denominado de “*Meta-analysis of psychotherapy outcome studies*” e Smith, Glass, e Miller (1980) no livro “*The benefits of psychotherapy*”, examinaram os resultados de todos os estudos que compararam a psicoterapia e aconselhamento, com um grupo de controlo ou com um grupo exposto a uma terapia diferente, com o intuito de avaliar a magnitude de efeito da

psicoterapia. Nos 475 estudos, verificou-se uma magnitude de efeito de 0.85, o que significou que a magnitude de efeito foi grande. Estes resultados apontaram que o grupo de controlo melhoraria cerca de 30% e o grupo submetido a intervenção melhoraria cerca de 70%. Esta magnitude de efeito foi-se confirmando por outras meta-análises, sendo assim confirmada a eficácia da psicoterapia. Salienta-se que, só a partir da década de 70 é que se conseguiu reunir consenso acerca da eficácia da psicoterapia (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005).

As investigações indicavam não existir diferenças entre os diferentes modelos psicoterapêuticos, o que ficou conhecido como o paradoxo da equivalência, ou o “*verdicto do pássaro Dodo: todos ganharam, todos merecem prémios*” (Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson, & Ahn, 1997). A elevada propagação de abordagens psicoterapêuticas, assim como um gradual interesse do público pela psicoterapia, levantou uma questão legítima: “*qual dos modelos psicoterapêuticos apresenta resultados mais positivos?*” (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005, p. 43).

A investigação atual em psicoterapia pode ser dividida em duas modalidades, nomeadamente a investigação centrada nos resultados terapêuticos, que procura conhecer/avaliar a extensão da mudança dos indivíduos no final do processo terapêutico por comparação ao seu funcionamento antes de iniciar a psicoterapia e a investigação centrada no processo terapêutico, que procura compreender o que acontece ao longo das sessões de psicoterapia, ou seja, os mecanismos responsáveis pela mudança (Elliott, Stlatick, & Urman, 2001; Hill & Lambert, 2004).

A investigação em psicoterapia sustenta a sua eficácia, contudo mantém-se a necessidade de realizar mais estudos que permitam identificar os mecanismos responsáveis pela mudança em psicoterapia, o denominado “*change process research*” (CPR), que envolve um conjunto de linhas de investigação que permitem identificar o que ocorre dentro do processo terapêutico (Sousa, 2006).

A falta de estudos centrados no processo terapêutico, as dificuldades sentidas na aplicação de conceitos teóricos e a procura da melhoria da prática clínica, foram os principais aspetos que impulsionaram a investigação centrada no processo terapêutico (Rice & Greenberg, 1984).

1.2. INVESTIGAÇÃO CENTRADA NO PROCESSO TERAPÊUTICO

O paradoxo da equivalência propõe que os diferentes modelos de intervenção são iguais relativamente aos resultados terapêuticos. A questão que se coloca é como interpretar esta semelhança de resultados à luz das diferenças entre os modelos no que respeita ao funcionamento humano, à personalidade, à psicopatologia, aos mecanismos que proporcionam a mudança e técnicas que contribuem para a mudança. Tal questão tem levado vários investigadores a olharem e a encararem a psicoterapia, não apenas em termos de resultados, mas principalmente em termos do processo. Ou seja, ainda que os diferentes modelos teóricos apresentem resultados equivalentes, questiona-se o que acontece durante o processo terapêutico nos diferentes modelos teóricos. Será que existem diferenças entre os diferentes modelos no que respeita ao comportamento verbal dos participantes, na aliança terapêutica ou outras variáveis? (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005).

Enquanto alguns investigadores procuram avaliar o grau de mudança que a psicoterapia proporciona (*Quanto muda?*), outros investigadores estão mais interessados em compreender o que acontece ao longo das sessões de psicoterapia e que contribui para a mudança (*O que muda? Como muda?*). A partir da década de 40 do século XX, um grupo de investigadores procuraram compreender quais eram os elementos que contribuíam para a mudança terapêutica (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005).

A investigação centrada no processo terapêutico procura identificar quais são os fatores que são responsáveis pelos resultados alcançados na terapia (Machado, 1994), ou seja, explorar o que ocorre/acontece dentro do processo terapêutico e que causa mudanças positivas nos clientes (Greenberg & Pinsof, 1986).

Na perspetiva de Elliott (2010) a investigação centrada no processo de mudança (CPR) consiste no estudo dos processos na qual a mudança ocorre em terapia. Através da identificação e da descrição dos acontecimentos que proporcionam a mudança, conseguir-se-á obter uma melhor compreensão sobre o que ocorre quando se verifica uma mudança nos comportamentos dos clientes. Assim, esta investigação pretende compreender como é que a mudança ocorre e se processa e como é que o processo terapêutico (o que acontece ao longo das sessões) pode contribuir para a ocorrência dessa mudança, que possa ser alcançada pelos resultados terapêuticos (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005).

A investigação centrada no processo centra-se numa perspetiva mais intersubjetiva, salientando a importância da relação que vai estabelecendo entre o terapeuta, o cliente e as qualidades (especificidades) com que cada um vai influenciando

essa mesma relação. Procura-se mais compreender o que se passa e o que vai ocorrendo ao longo das sessões e não tanto como o cliente estava antes e depois do processo terapêutico (Sousa, 2006).

Apesar de existirem muitos estudos orientados para o processo terapêutico, ainda pouco se sabe sobre como é que a mudança ocorre na maioria das intervenções psicológicas (Elliott, 2012).

Elliott (2012) abordou alguns instrumentos qualitativos que se demonstram importantes a serem usados na investigação centrada no processo terapêutico, nomeadamente a *Client Change Interview* (CCI; Elliott, Slatick, & Urman, 2001) e o *Helpful Aspects of Therapy* (HAT; Elliot, 1993). Analisar e compreender as experiências dos pacientes na terapia é fundamental para o avanço da investigação centrada no processo terapêutico (Elliott, 2008).

A investigação aponta para o facto do processo terapêutico ser eficaz no alcance de resultados positivos para os clientes e que esses mesmos resultados alcançados ao longo do processo terapêutico tendem a permanecer (Lambert & Ogles, 2004).

1.3. PROCESSOS E FATORES DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA

Efetivamente, a psicologia sendo uma ciência humana, tem como objeto de estudo o comportamento humano e tem como objetivo a compreensão dos processos que estão na base do mesmo. Dentro dos domínios do comportamento humano, a mudança é o que tem suscitado mais interesse, ou seja, os princípios orientadores da mudança do comportamento, assim como as estratégias mais aptas de potenciar tal mudança (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005). A psicoterapia:

É um dos domínios em que a importância da compreensão dos mecanismos de mudança do comportamento é preponderante, uma vez que consiste precisamente num processo de ajuda em que o terapeuta e o cliente se envolvem na tentativa de construção de padrões de funcionamento mais adaptativos. (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005, p. 38)

A partir dos anos 70 e 80 do século XX, a investigação tem sido consensual, ao considerar que a psicoterapia funciona. Isto significa que, existem mudanças positivas no funcionamento/forma de sentir do cliente no decorrer de um processo terapêutico (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005). Ainda neste sentido, várias investigações indicam que as psicoterapias são efetivas, mais efetivas do que a ausência de terapia ou intervenção placebo, no qual muitos pacientes que melhoram na terapia mantêm a

melhora durante um longo período de tempo. Concomitantemente, as psicoterapias, independentemente das orientações teóricas que as inspiram, parecem ser capazes de produzir mudança (Lambert, 1991).

As mudanças alcançadas em psicoterapia podem ser entendidas como mudanças decorrentes do tratamento que alteram, de forma positiva, a vivência psíquica e relacional do cliente (Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009).

De acordo com Macran, Ross, Hardy, e Shapiro (1999) a perspectiva do cliente é muito importante e deve ser considerada na investigação em psicoterapia. As mudanças que os participantes consideram como sendo as mais importantes estão relacionadas com a autoconsciência das suas próprias experiências internas (Levitt & Williams, 2010) com a capacidade na tomada de decisão (Svanborg, Baarnhielm, Wistedt, & Lutzen, 2008) com o autoconhecimento e auto-compreensão (Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009; Svanborg, Baarnhielm, Wistedt, & Lutzen, 2008) com a mudança de crenças sobre si e sobre o mundo, desenvolvendo novos significados (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009; Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009) com a perspectiva mais positiva sobre o mundo (Wampold, 2007) com a mudança na forma de perceber a realidade e com a aprendizagem de algumas competências (Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009).

Timulak (2007) realizou uma meta-análise cujo objetivo se prendeu com o de identificar os aspetos úteis no processo terapêutico. Foram analisados 94 estudos qualitativos, com foco nos eventos significativos identificados pelos clientes no processo terapêutico. Os estudos analisados envolveram clientes com diferentes problemáticas (e.g. problemas relacionais, autoestima, problemas sexuais, problemas vocacionais, depressão, problemas de ajustamento, fobias, controlo da raiva) e investigações de diferentes modelos psicoterapêuticos (e.g. terapia cognitivo-comportamental, terapia centrada na pessoa, terapia familiar, terapia focada na pessoa, terapia psicodinâmica). De acordo com os resultados obtidos na meta-análise, os clientes identificaram várias aspetos úteis em psicoterapia, tendo Timulak organizado nas seguintes nove categorias: autoconsciência/autoconhecimento/auto-compreensão, mudança comportamental/resolução de problemas, exploração e experimentação de sentimentos/emoções, empoderamento, alívio, sentimento de compreensão, envolvimento do cliente no processo terapêutico, suporte/segurança e contacto pessoal. O autor considera que umas categorias estão mais relacionadas com fatores terapêuticos, nomeadamente a relação com o terapeuta, e outras categorias estão mais relacionadas com fatores do cliente, como os aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais.

Richards e Timulak (2012) num estudo com estudantes universitários que apresentavam depressão procuraram verificar quais os aspetos úteis identificados pelos clientes em terapia cognitivo-comportamental. Os resultados revelaram que os estudantes avaliaram os aspetos úteis em terapia em termos de ação (o que aconteceu nas sessões) e de impacto (efeito das sessões). Foram identificadas 14 categorias relativas à ação, designadamente possibilidade de adquirir novas informações, monitorização/planeamento, reestruturação, partilha, resumo, técnicas que promoveram a distração, técnicas de resolução de problemas, técnicas de relaxamento, exposição gradual, encorajamento, aconselhamento/orientações, divulgação, reconhecimento/ser ouvido e compaixão. Foram ainda identificados pelos estudantes 7 categorias de impacto, como por exemplo aprendizagem de habilidades para lidar com as situações/mudança de comportamento, autoconhecimento, empoderamento/autoeficácia/conquista, autoestima, suporte/apoio, conexão e alívio.

Os eventos significativos mais referidos pelos clientes em psicoterapia relacionam-se com a possibilidade de aquisição de novas perspetivas, com a clarificação e resolução/solução de problemas e com a possibilidade de terem uma atenção mais focalizada (Elliott, 1985).

Paulson, Tuscott, e Staurt (1999) num estudo sobre a perceção dos clientes acerca da experiência em psicoterapia, identificaram nove aspetos úteis em psicoterapia. Neste sentido, os nove aspetos úteis identificados pelos clientes no processo terapêutico foram: estilo do terapeuta como um facilitador interpessoal, intervenções do terapeuta, recurso dos próprios clientes, novas perspetivas, alívio emocional, auto-revelação do cliente, aquisição de conhecimento, acessibilidade e resolução de problemas.

Determinados fatores têm sido indicados como sendo responsáveis pelos resultados observados em processos terapêuticos conduzidos, por técnicas muito diferentes entre si e com clientes com características muito próprias (Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009). As evidências apontam para diferentes fatores de mudança, relacionados com fatores terapêuticos externos relacionados com os clientes (e.g. a motivação, capacidades cognitivas, vontade, confiança, experiências, possibilidade de falar livremente (catarse), abertura para novas possibilidades, capacidade de enfrentar situações e identificar problemas, rede/ suporte social, e severidade da perturbação) com fatores comuns ou relacionais (e.g. a aliança terapêutica, a confiança, a compreensão, a aceitação, a empatia, a atitude positiva do terapeuta) com os efeitos placebo e expectativa do cliente relativamente ao processo terapêutico e com o modelo teórico adotado pelo

psicoterapeuta e respectivas técnicas (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2001; Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009).

Em suma, a psicoterapia consiste num processo que se organiza em torno do esforço de mudança do comportamento humano. Independentemente de existirem muitas concepções acerca de qual será a melhor forma de se conseguir mudança terapêutica, existem inúmeros fatores que são comuns às diferentes abordagens psicoterapêuticas, nomeadamente as características dos clientes (e.g. expectativas, atitude ativa de procura de ajuda, níveis de sofrimento significativo), características do terapeuta (e.g. empatia, aceitação, atenção direcionada para o cliente), processo de mudança (e.g. aquisição de novos comportamentos e competências, experimentação/exploração emocional e aprendizagem interpessoal, promoção do *insight*) e a relação terapêutica (e.g. aliança terapêutica, envolvimento) (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005; Grencavage & Norcross, 1990). Para além de fatores comuns, a investigação centrada no processo terapêutico também envolve fatores específicos que dizem respeito à utilização de técnicas eficazes, dentro de cada modelo psicoterapêutico, para alcançar resultados terapêuticos positivos e específicos para determinada problemática apresentada pelos clientes (Chambless & Ollendick, 2001).

Especificamente na psicoterapia de grupo, os fatores terapêuticos podem decorrer das ações do terapeuta, dos elementos do grupo, ou então do próprio cliente (Bloch, Reibstein, Crouch, Holroyd, & Themen, 1979). A psicoterapia de grupo possibilita aos elementos do grupo um espaço seguro e confortável para puderem exprimir as suas emoções e partilharem vivências/experiências, procurando assim, junto de outros elementos que partilham problemas comuns, soluções para os seus próprios problemas, problemas esses que afeta o dia-a-dia dos clientes (Yalom & Leszcz, 2005).

Yalom identificou 11 fatores terapêuticos que, segundo o autor, são essenciais para compreender os mecanismos que permitem a mudança em psicoterapia de grupo. Esses fatores dizem respeito ao incutir e manter a esperança relativamente ao poder terapêutico que o grupo tem e que corrobora com a expectativa que o cliente tem na psicoterapia a que pertence; a universalidade que confere à percepção do cliente de que não é o único que está naquela situação e que os outros têm problemas idênticos aos seus, produzindo desta forma um certo alívio emocional; a partilha de informação que consiste na comunicação de informação, quer por parte do terapeuta quer por parte dos elementos do grupo, relativamente ao significado dos sintomas, saúde mental e dinâmicas pessoais e do grupo; o altruísmo que corresponde à importância que podemos ter para o outro,

produzindo assim uma sensação de bem-estar e autoestima; a recapitulação corretiva do grupo familiar primário em que a terapia em grupo proporciona a reconstrução do grupo primário, por exemplo a família, podendo estar presente fortes emoções; o desenvolvimento de competências sociais, permitindo aos elementos constituintes do grupo desenvolver empatia e resolução de problemas/conflitos; a modelagem que consiste na alteração de comportamento e atitudes por meio da observação do comportamento dos elementos do grupo, a catarse que permite a descarga emocional dos elementos, num espaço onde sentem que o podem fazer; a coesão grupal entre os elementos do grupo e o terapeuta; a aprendizagem interpessoal que concerne ao aprender com o outro, e os fatores existenciais que se referem à exploração/ reconhecimento do sentido de vida, sofrimento humano, liberdade (Yalom & Leszcz, 2005).

CAPÍTULO 2

PSICOTERAPIA DE GRUPO, PSICODRAMA E SOCIODRAMA

2.1. PSICOTERAPIA DE GRUPO, PSICODRAMA, SOCIODRAMA

A psicoterapia de grupo consiste em toda a forma de ajuda psicológica direcionada não a um indivíduo isolado, mas sim a um conjunto de pessoas (Ferreira, 1989). Na psicoterapia de grupo, o terapeuta procura encorajar a expressão de sentimentos, estimulando ao mesmo tempo a honestidade e espontaneidade, incentivando os elementos do grupo a relatarem as sensações vividas no grupo, promovendo a aceitação entre os elementos. A atenção centra-se no aqui e agora no grupo. A possibilidade dos elementos do grupo puderem expressar-se sem censura e sem desaprovação cria um ambiente seguro e confortável (Bechelli & Santos, 2005). De acordo com Moreno (1974) na psicoterapia de grupo, a estrutura teórica deverá ser centrada no grupo baseando-se na interação e nas relações interpessoais entre os elementos.

A psicoterapia de grupo proporciona a troca e partilha de vivências entre os elementos do grupo, em que se permite ouvir, representar e dar a conhecer os conflitos vividos no dia-a-dia, a valorização da expressão emocional, o sentimento de responsabilidade e crescimento pessoal e a aquisição de competências interpessoais (Yalom & Leszcz, 2005; Domingues, 2012).

A intervenção em grupo, dependendo do seu contexto (e.g. saúde, educação, organizações) pode adotar objetivos diferenciados, desde objetivos educacionais, desenvolvimentais ou terapêuticos (Vieira, 2014). O grupo terapêutico deverá ter como principal objetivo ajudar os indivíduos a desenvolver, de uma forma saudável e satisfatória, os relacionamentos interpessoais (Yalom & Leszcz, 2005), permitindo também trabalhar os problemas do foro psicológico dos indivíduos em grupo (Moreno, 1974).

Na psicoterapia de grupo todos os elementos são agentes terapêuticos da mudança (Moreno, 1974), enquanto na intervenção individual o terapeuta é visto como o principal agente da mudança (Bakali, Wilberg, Hagtvet, & Lorentzen, 2010). A mudança terapêutica provém da força dos elementos do grupo. O apoio entre os indivíduos consolida a coesão grupal face a um determinado objetivo em comum (Bechelli & Santos, 2002).

Moreno foi o grande impulsionador da psicoterapia de grupo, do psicodrama e do sociodrama (Ferreira, 1989).

Os primeiros trabalhos em psicoterapia de grupo, com doentes do foro psicológico, foram levados a cabo em Viena de Áustria, por Moreno no século XX. Foi então no século XX que se verificou o desenvolvimento das psicoterapias de grupo (Ferreira, 1989). Moreno, entre os anos de 1910 e 1914, formou grupos de crianças nos parques de Viena de Áustria e improvisava representações nas ruas de Viena com prostitutas, procurando assim organizar grupos de discussão e de autoajuda. Efetivamente, os resultados das suas primeiras experiências convenceram-no da importância que a espontaneidade tinha como sendo um ingrediente essencial do processo criativo e vitalizador do funcionamento humano. Assim, no ano de 1921, Moreno criou, com um grupo de atores, o Teatro da Espontaneidade. Moreno considerava que uma elevada parte da *psicopatologia* e *sociopatologia* poderia ser conferida ao desenvolvimento diminuto da espontaneidade e, que portanto poderia ser de todo possível obter benefício terapêutico por meio da representação/ação, ou seja, Moreno considerava que representar a vivência ativa e estruturada de situações psíquicas conflituosas poderia encaminhar o indivíduo para a descoberta de implicações dos eventos/situações da sua vida. Moreno viria a reconhecer o início do psicodrama no ano de 1921 (Bechelli & Santos, 2004). O sociodrama surgiu igualmente do Teatro da Espontaneidade, por Moreno, no início do século XX. Trata-se de um dos métodos sociátricos, que surgiu com o objetivo de estudar os grupos, as relações interpessoais, os conflitos e sofrimentos, através da ação (Nery, Costa, & Conceição, 2006).

O psicodrama teve um impacto significativo no desenvolvimento da psicoterapia em grupo (Kipper & Ritchie, 2003).

O psicodrama consiste num método psicoterapêutico com origens no teatro, na psicologia e na sociologia (Vicente, 2004). É uma terapia individual realizada em grupo (Pio-Abreu, 2006).

Segundo Hipólito, Roriz, e Laneiro (2010) o psicodrama pode ser definido como “*a representação de determinado conteúdo mental, que decorre num determinado espaço e tempo objetivado através da expressão verbal e corporal subjetiva*” (p. 3). Para Moreno (1993) o psicodrama consiste na “*ciência que explora a “verdade” por métodos dramáticos*” (p. 17).

O Psicodrama, como uma técnica psicoterapêutica, permite ao indivíduo a vivência dos seus estados emocionais no “aqui e agora” (Vicente, 2004). Ajuda o

indivíduo a *“alcançar uma existência autêntica, espontânea e criativa”* (Ramalho, 2010, p. 32). Moreno tinha uma especial preocupação em estimular a espontaneidade e a criatividade dos indivíduos, utilizando o psicodrama como um método de ação na resolução de conflitos, bem como transformar e/ou dar um novo sentido à realidade social ou individual de cada um. Numa sessão de psicodrama, quando o (a) protagonista experimenta uma situação de conflito no “aqui e agora”, o mesmo está a experienciar algo novo que, eventualmente, poderá modificar de forma simbólica as suas relações quotidianas (Oliveira & Araújo, 2012).

O psicodrama *“representa o ponto culminante na passagem do tratamento do indivíduo isolado para o tratamento do indivíduo em grupo; do tratamento do indivíduo por métodos verbais para o tratamento por métodos de ação”* (Moreno, 1993, p. 59). O psicodrama consiste numa terapia não diretiva, na qual os clientes gozam de grande liberdade (Pio-Abreu, 2006) Nas palavras de Moreno (1993):

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

Segundo Kim (2003) a aprendizagem por meio da ação, do agir é mais eficaz do que propriamente através de métodos de aprendizagem exclusivamente verbais. O psicodrama é um método intrinsecamente teatral, na qual a representação deverá caminhar para o drama. O diretor e o protagonista organizam a cena inicial, sendo que a montagem física é descrita e disposta no palco (Holmes & Karp, 1991).

Uma das principais vantagens do psicodrama, comparativamente com outras psicoterapias em grupo, assenta no facto de nem tudo ter que ser verbalizado. Os clientes em psicodrama têm toda a liberdade de confessarem os seus segredos, no entanto isso nem sempre é necessário (Pio-Abreu, 2006). Na perspetiva de Pio-Abreu (2006) *“uma exposição verbal pode ter uma maior riqueza comunicativa do que uma sequência discursiva que sempre mutila os acontecimentos”* (p. 44). O material que é dramatizado pelo protagonista (sujeito) é relativo à sua própria realidade, nomeadamente os seus relacionamentos interpessoais, conflitos, desejos e necessidades (Oliveira & Araújo, 2012).

O psicodrama proporciona um contexto na qual os indivíduos podem avaliar os padrões habituais de reagir a certos problemas e descobrir formas alternativas de responder a um ambiente seguro e de apoio (Konopik & Cheung, 2013).

Enquanto psicoterapia de grupo, o psicodrama tem demonstrado potencial para trazer mudanças positivas nos participantes, sendo este considerado uma forma de psicoterapia válida e efetiva (Yehoshua & Chung, 2013).

A função central do psicodrama é elevar a espontaneidade de forma adequada e funcional. É através da espontaneidade que o ser humano pode tornar-se criativo e desenvolver novas soluções para os seus problemas (Hantau, Igorov, Manos, Caracas, & Hantau, 2013).

De acordo com Konopik e Cheung (2013), o psicodrama não deve ser visto como um método terapêutico separado do pensamento, uma vez que representa uma abordagem integrativa de intervenção que incorpora métodos de várias abordagens teóricas, tais como a cognitivo-comportamental, a gestalt, a psicanálise e a abordagem individual e em grupo como modalidades de intervenção.

O sociodrama é um método terapêutico que tem sido utilizado em diversos contextos (e.g. saúde, educação, organizações) (Hantau, Igorov, Manos, Caracas, & Hantau, 2013). Consiste na forma de psicodrama que aborda as percepções do grupo acerca de questões sociais, sendo o sociodrama um método de exploração de conflitos e de papéis sociais. Este método terapêutico permite que o grupo, como um todo, explore com segurança várias percepções. O grupo pode abordar diferentes problemas, nomeadamente conflitos interpessoais e, todos juntos chegar a soluções e respostas inovadoras para essas questões difíceis (Hantau, Igorov, Manos, Caracas, & Hantau, 2013).

O psicodrama distingue-se do sociodrama pelo facto de, no sociodrama o objetivo da terapia está centrado no próprio grupo, na qual os elementos tentam adequar as suas interações de forma a resolver os conflitos interpessoais existentes (Pio-Abreu, 2006). O sociodrama é um método terapêutico usado para trabalhar os grupos e as relações intergrupais, nomeadamente os conflitos existentes (Nery, Costa, & Conceição, 2006). Cada elemento do grupo pode tornar-se num agente terapêutico para o outro elemento do grupo (Hantau, Igorov, Manos, Caracas, & Hantau, 2013).

O sociodrama é um método terapêutico, que procura compreender os processos grupais e intervir nas situações-problema, através da ação/dramatização (Jones, 2001; Nery, Costa, & Conceição, 2006), na qual a dramatização aumenta a intensidade das respostas emocionais do grupo e de cada elemento (Stein, Ingersoll, & Treadwell, 1995).

Permite, através do método da ação, revelar atitudes, emoções e valores escondidos, procurando solucionar problemas (Stein, Ingersoll, & Treadwell, 1995; Baile, Panfilis, Tanzi, Moroni, Walters, & Biasco, 2012). Permite ainda, que os participantes avaliem o grupo e/ou os problemas sociais através de métodos dramáticos (Torrance, 1975) estando presente a componente emocional na resolução/solução de problemas (McLennan, 2012).

No sociodrama os vários elementos do grupo agem fora das suas funções atribuídas para o propósito de estudar e resolver os problemas em grupo ou as relações coletivas (Hantau, Igorov, Manos, Caracas, & Hantau, 2013).

Enquanto o psicodrama aborda tanto os conflitos de papéis como a individualidade das pessoas, o sociodrama centra-se na profundidade e complexidade dos conflitos ao nível dos papéis sociais envolvidos (Hantau, Igorov, Manos, Caracas, & Hantau, 2013), visando diminuir as tensões, facilitar o diálogo e reduzir os conflitos existentes entre o grupo (Stein, Ingersoll, & Treadwell, 1995).

Apesar destas distinções, há mais semelhanças do que diferenças entre estas duas modalidades terapêuticas. O psicodrama/sociodrama possibilita aos sujeitos a oportunidade de praticar novos comportamentos e comportamentos mais adequados, avaliando a sua eficácia dentro da atmosfera de apoio do grupo (Hantau, Igorov, Manos, Caracas, & Hantau, 2013). Ambos ajudam a melhorar a comunicação e compreensão entre os elementos do grupo, no sentido de estimular as discussões entre os mesmos (Telesco, 2006).

O método de ação visa estimular a comunicação, esclarecer questões, melhorar o bem-estar físico e emocional e desenvolver habilidades nos sujeitos. Quando os indivíduos visualizam e sentem o efeito do drama, podem internamente analisar a sua situação (Konopik & Cheung, 2013).

Considera-se que, as técnicas usadas em psicodrama/sociodrama ao ativarem os diferentes processos psicológicos ajudam os sujeitos a explorarem os seus conflitos e as interações, constituindo-se assim a base da ação dramática (Vieira, 2014).

O psicodrama/sociodrama é utilizado com indivíduos de diversas idades, desde crianças a idosos e com diferentes condições clínicas (perturbações mentais, défices cognitivos) (Konopik & Cheung, 2013).

Dado que, em alguns países a diferenciação entre psicodrama e sociodrama não é realizada de forma clara, pelas semelhanças que existem entre estes dois métodos terapêuticos de ação, no presente estudo a pesquisa, na qual se baseou o próximo capítulo (cap. 3) foi efetuada em psicodrama e sociodrama, de forma indiscriminada.

2.2. INSTRUMENTOS

O psicodrama e o sociodrama consistem num método de psicoterapia de grupo, baseados num modelo dramático e com procedimentos teatrais (Homes & Karp, 1991).

As sessões de psicodrama/sociodrama desenvolvem-se com base em cinco instrumentos específicos, sendo eles o cenário, o protagonista, o diretor, os egos auxiliares e o auditório (Pio-Abreu, 2006).

O cenário é o local da ação, onde a vivência terapêutica ocorre. É um espaço de liberdade e vivencial da realidade e fantasia, nas quais podem ser representadas nesse espaço. As ações podem ser repetidas e/ou modificadas de acordo com as suas consequências (Pio-Abreu, 2006; Nery, Costa, & Conceição, 2006). Cada cena é composta por um tempo, um lugar, por pessoas e objetos (Yehoshua & Chung, 2013).

O protagonista é o elemento do grupo que se destaca pela importância ou pela oportunidade da vivência que traz à discussão no início da sessão. A importância e a intensidade dos problemas que são trazidos para o grupo é um critério a ter em consideração no que respeita à escolha do protagonista. Em algumas sessões poderá não existir o protagonista, sendo que isto acontece especialmente quando, devido a uma atitude defensiva dos clientes, nada de relevante é mencionado e as discussões tornam-se superficiais. Noutras sessões poderão existir assuntos comuns e partilhados entre vários elementos do grupo ou então entre todo o grupo, acabando por existir assim mais do que um protagonista, como acontece no sociodrama, onde o protagonista é o indivíduo que retrata e reflete o drama grupal, trazendo o conteúdo principal do sofrimento de todos os elementos do grupo (também se pode apresentar na forma do tema entre os participantes, em alguma cena ou então em algum personagem) (Pio-Abreu, 2006; Nery, Costa, & Conceição, 2006). O diretor convida o protagonista a recriar a cena no palco. O drama não só beneficia o protagonista como também beneficia o grupo como uma entidade única (Yehoshua & Chung, 2013).

O diretor é o terapeuta principal e é o responsável pelo processo terapêutico. É ao terapeuta que cabe tomar as decisões importantes, mesmo tendo a colaboração dos egos auxiliares. O terapeuta inicia e termina as sessões e as dramatizações, examina o material relevante, bem como elabora as estratégias de intervenção, promove o aquecimento, escolhe o protagonista e finda os comentários (Pio-Abreu, 2006).

Os egos auxiliares são os elementos com as quais os protagonistas interagem durante a dramatização. Os egos auxiliares podem ser quaisquer elementos do grupo escolhidos pelo protagonista, no sentido de representarem as pessoas com quem estes

pretendem interagir nas cenas que serão dramatizadas. O diretor poderá, depois da cena iniciada, substituir os egos auxiliares ou dar ordem para a entrada de outros. Estes devem obedecer às diretivas do diretor, no sentido de colocarem em ação as técnicas terapêuticas. A equipa terapêutica é composta, para além do diretor, por um ou mais egos auxiliares profissionais (Pio-Abreu, 2006) que tem a função de contribuir no drama grupal, através de personagens ou participação nas técnicas incitadas pelo diretor (Nery, Costa, & Conceição, 2006).

O auditório é composto pelos elementos participantes do drama (Nery, Costa, & Conceição, 2006). Os elementos do grupo dão conta das vivências dramatizadas e ampliam-nas com os seus próprios sentimentos/emoções. As reações maioritariamente não-verbais, desde o silêncio expectante à expressão das emoções, constituem numa fonte de informação para o protagonista, na qual este vai monitorizando a sua conduta. No fim da cena dramatizada, os elementos do grupo são convidados a exprimirem as suas emoções e ideias/opiniões, no sentido de aproveitar este efeito corretivo (Pio-Abreu, 2006).

2.3. FASES

As sessões do psicodrama/sociodrama processam-se segundo três fases, sendo elas o aquecimento, a dramatização e comentários/partilha (Pio-Abreu, 2006).

Antes de dar início à fase de aquecimento, é necessário assegurar um nível adequado de segurança e coesão grupal (Yehoshua & Chung, 2013). O aquecimento é a primeira fase da sessão, na qual a partir de uma discussão inicial podem surgir questões do interesse do grupo. Esta fase é iniciada pelo diretor, fazendo uma ligação com as sessões anteriores, inquirindo os resultados obtidos nas mesmas. O aquecimento possibilita ao grupo um tempo de relaxamento, no sentido do grupo se sentir mais confortável e mais à vontade para a interação. Durante esta troca de impressões, poderá surgir uma questão/problemática do interesse do auditório a ser trabalhada na fase da dramatização (Pio-Abreu, 2006). Durante a fase de aquecimento, o terapeuta deverá verificar se os indivíduos estão preparados emocionalmente para trabalhar em grupo (Yehoshua & Chung, 2013). O aquecimento tem várias funções significativas, como estimular a criatividade e a espontaneidade dos elementos do grupo, facilitar as interações entre os elementos do grupo, desenvolvendo o sentimento de coesão e confiança, por exemplo através da partilha de experiências ou através de atividades físicas que envolvam contacto ou comunicação não-verbal e auxiliar os elementos do grupo a focalizar

problemas pessoais em relação aos quais gostariam de trabalhar em psicodrama/sociodrama (Holmes & Karp, 1991).

A dramatização é a segunda fase da sessão. O diretor convida o protagonista a pôr em ação todo o contexto da sua vivência. Aqui o protagonista exprime-se na ação e não só nas palavras. O protagonista poderá ter a ajuda do diretor na seleção das cenas e na preparação do cenário, mas aos poucos o diretor vai-se retirando a fim de o protagonista ter toda a iniciativa na dramatização das cenas. Durante a dramatização, o diretor poderá intervir novamente para realizar novos aquecimentos, usando também determinadas técnicas. O mais importante é que a descrição verbal seja cessada quando se inicia o período de dramatização. Existem pormenores importantes que dão conta da realidade vivenciada, nomeadamente o distanciamento que o protagonista se coloca relativamente a objetos e a pessoas significativas, a forma como se posiciona e a sua postura, o seu olhar. Estes pormenores não passam despercebidos quer pelo diretor quer pelo auditório, que os poderá refletir para que o próprio indivíduo possa aprender a conhecer-se melhor, conhecer a linguagem e a memória do seu próprio corpo. A dramatização poderá acontecer espontaneamente se o protagonista estiver emocionalmente envolvido na dramatização da (s) cena (s) e se os egos auxiliares souberem desempenhar os seus papéis, pois existem técnicas para a aprendizagem dos papéis complementares do protagonista e muitas vezes é necessário a entrada de egos auxiliares da equipa terapêutica na cena (Pio-Abreu, 2006). O diretor organiza o grupo com técnicas de ação, procurando a manifestação da maioria sobre o tema a dramatizar, ou contribuir para que o protagonista expresse o sofrimento grupal (Nery, Costa, & Conceição, 2006).

Finalizada a dramatização, seguem-se os comentários. Primeiramente o diretor dá a oportunidade ao protagonista de expressar como se sentiu durante a dramatização, o que pensa ou o que considera que os outros pensam sobre o seu desempenho na dramatização. Posteriormente, os elementos do grupo expressam o que sentiram e o que pensam sobre a dramatização. O diretor procura uma reflexão por parte de todos os elementos do grupo que assistiram à dramatização. O diretor organiza o grupo com técnicas de ação, procurando a manifestação da maioria sobre o tema a dramatizar, ou contribuir para que o protagonista expresse o sofrimento grupal (Nery, Costa, & Conceição, 2006). Após os comentários de todos, o protagonista tem ainda a oportunidade de referir como encara os comentários. O diretor encerra a sessão com um comentário síntese. Os comentários devem centrar-se no “aqui e agora” no que se pôde observar da dramatização, tendo o protagonista a liberdade de os poder traduzir para a vida real (Pio-Abreu, 2006).

2.4. TÉCNICAS

No psicodrama/sociodrama existe um conjunto de técnicas que procuram fazer emergir conteúdos que estão afastados da mente, possibilitando assim experienciar comportamentos, fantasias e afetos modificando e desenvolvendo a personalidade (Vicente, 2005). Neste sentido, as principais técnicas usadas no psicodrama/sociodrama são: a inversão de papéis, o solilóquio, a interpolação de resistências, o espelho, o duplo, representação simbólica, objeto intermediário e a estátua (Pio-Abreu, 2006).

Na inversão de papéis, o protagonista troca de lugar com todos os elementos envolvidos na cena, nomeadamente com o ego-auxiliar (Yehoshua & Chung, 2013). Este repete as últimas palavras proferidas pelo protagonista que continua a ação como se fosse a personagem que o ego representava. A nova inversão ocorre voltando o protagonista para o seu lugar. Esta técnica tem como objetivo possibilitar ao protagonista exemplificar sozinho a sequência completa das ações, assumindo alternadamente o seu lugar, bem como o lugar dos egos auxiliares (Pio-Abreu, 2006). Esta técnica para além de obrigar o protagonista a colocar-se no lugar da pessoa com quem ele interagiu, de forma a puder compreender as motivações do outro, permite também que o protagonista tenha uma nova perspetiva sobre a questão pessoal subjacente (Pio-Abreu, 2006; Yehoshua & Chung, 2013).

O solilóquio é usado quando o diretor pede ao protagonista que caminhe em redor do palco dizendo em voz alta todos os seus pensamentos. A ação física de caminhar pode facilitar a expressão de pensamentos e sentimentos, que podem ser reprimidos quando está parado (Yehoshua & Chung, 2013). A ação pára para que o protagonista possa dizer o que estava a sentir ou a pensar no momento em que a cena decorria. Esta técnica permite a expressão de pensamentos e sentimentos que podem estar em contradição com aspetos não proferidos durante a dramatização. Se a dramatização finalizar desta forma, poder-se-á obter o *insight* do protagonista (Pio-Abreu, 2006)

A interpolação de resistências confere a indicações que o diretor dá ao protagonista e aos egos auxiliares para que estes atuem de forma completamente distinta daquela que o protagonista indicou e espera. Esta técnica pode apanhar o protagonista desprevenido, procurando assim testar a sua espontaneidade, bem como treinar a sua flexibilidade e mostrar-lhe o quanto ela poderá ser útil para encontrar respostas alternativas face a uma situação que parece desfavorável (Pio-Abreu, 2006).

O espelho é utilizado quando o diretor pede a um dos egos auxiliares que se coloque diante do protagonista e o imite em espelho (Pio-Abreu, 2006). Este processo

permite ao protagonista observar o desenvolvimento da cena, assim como possibilita ao protagonista adquirir uma percepção mais objetiva de si próprio mesmo nas interações com os outros (Holmes & Karp, 1991).

A técnica de representação simbólica é utilizada quando existem situações da vida real difíceis ou impossíveis de representar no cenário. Esta técnica consiste em ajustar um comportamento equivalente, como por um jogo das mãos, que corresponda ao contacto dos corpos. O protagonista pode sentir-se melhor a representar uma situação com menor carga emocional do que aquela que ele tem em mente, podendo envolver outras personagens, mas com o mesmo conteúdo e com as mesmas implicações (Pio-Abreu, 2006).

Na técnica do duplo ou desdobramento do eu, um ego auxiliar coloca-se ao lado ou atrás do protagonista murmurando o seu discurso implícito, ou seja, os seus receios, motivações ou intenções que estão escondidas por detrás do seu discurso ou comportamentos explícitos. A representação do duplo pode não ser verbal, podendo ser mais conseguida se a explicitação dos sentimentos for mímica e analógica, existindo assim uma maior margem para a interpretação livre do protagonista (Pio-Abreu, 2006). O papel do duplo consiste em funcionar como uma ajuda na exibição da sua posição e dos sentimentos do protagonista. Após os sentimentos e pensamentos expressos pelo duplo, o protagonista pode aceitar ou então rejeitar como estes sendo incorretos. Com o passar do tempo, o protagonista descobre que as afirmações do duplo eram mais relevantes/importantes do que aquilo que ele considerou num primeiro momento (Holmes & Karp, 1991).

O objeto intermédio é usado quando o diálogo ou a interação com o protagonista se tornam difíceis. No caso mais simples, recorre-se a um boneco articulado que, por meio da voz do diretor «fala» com o protagonista (Pio-Abreu, 2006).

A estátua é usada quando o diretor pede ao protagonista para utilizar os egos auxiliares ou então outros objetos, no sentido de representar de um modo estático a forma como vê determinada coisa, determinada pessoa, relação ou ideias. A estátua resultante deverá então ser observada, bem como comentada pelo protagonista, diretor e auditório. Esta técnica permite trabalhar a expressão e observação, nos quais o resultado poderá demonstrar surpreendentes pormenores e implicações (Pio-Abreu, 2006).

CAPÍTULO 3

PROCESSOS E FATORES DE MUDANÇA EM PSICODRAMA E SOCIODRAMA

3.1. ESTUDOS EM PSICODRAMA E SOCIODRAMA CENTRADOS NO PROCESSO

Sendo o psicodrama e o sociodrama considerados uma psicoterapia de grupo, interessa-nos saber se estes métodos terapêuticos de ação promovem mudanças nos clientes. A atração ao psicodrama tem sido atribuída em grande parte, ao seu poderoso impacto na prática clínica (Kipper & Ritchie, 2003). Foi realizada uma pesquisa detalhada nas bases de dados “B-On”, “RCAAP”, “SCIELO” e em diversos repositórios de Universidades Portuguesas, tendo sido encontrados dez estudos centrados no processo terapêutico utilizando as seguintes palavras-chaves: “studies in psychodrama”, “studies in sociodrama”, “qualitative studies on psychodrama”, “qualitative studies on sociodrama”, “studies focusing on the process and psychodrama”, “studies focusing on the process and sociodrama”, “processes and change factors in psychodrama”, “processes and change factors in sociodrama”, “research in psychodrama”, “research in sociodrama”, “psychological disturbances and psychodrama”, “psychological disturbances and sociodrama”, “effectiveness of psychodrama”, “effectiveness of sociodrama”.

Assim, e em termos do processo terapêutico, o psicodrama tem sido estudado em algumas problemáticas, nomeadamente com crianças com deficiência intelectual e problemas comportamentais (Maxeiner, 1988), na perturbação de pânico (Torres, Lima, & Ramos-Cerqueira, 2001), na violência contra adolescentes (Fong, 2006), nos estilos de vinculação em jovens adultos (Dogan, 2010), na psicose (Sousa & Moura, 2011), em mulheres com obesidade (Vieira, Torres, & Moita, 2013). O sociodrama também tem sido estudado em algumas problemáticas, nomeadamente com adolescentes em situação de crise (Valladares, Avanci, Abrão, Pedrão, Luis, & Soares, 2005), com estudantes em situação de crise (McLennan & Smith, 2007), com crianças institucionalizadas portadoras de VIH (Pinto, Lima, & Costa, 2008) e em mulheres com queixas no relacionamento conjugal (Gazziero & Danielski, 2013).

Maxeiner (1988) realizou um estudo sobre os efeitos do psicodrama em crianças com deficiência intelectual e problemas de comportamento. Os resultados permitiram concluir que o psicodrama promoveu mudanças positivas ao nível do comportamento e

funcionamento psicológico das crianças. As principais mudanças alcançadas pelos participantes estão relacionadas com uma maior autoconsciência, maior interesse nas relações sociais, maior capacidade de iniciativa e de trabalho. De acordo com o autor, os jogos dramáticos contribuíram para o alcance de tais mudanças.

Num outro estudo em psicodrama, que consistiu em descrever a experiência de pessoas com perturbação de pânico em terapia psicodramática, Torres, Lima, e Ramos-Cerqueira (2001) constataram que o psicodrama promoveu mudanças ao nível do comportamento e funcionamento psicológico dos participantes. As principais mudanças alcançadas pelos participantes estão relacionadas com uma maior autoconfiança e autoestima, aprimoramento de determinados papéis sociais, maior capacidade em expressar sentimentos e pensamentos e de assumir o papel de “cuidador”. De acordo com os autores, as técnicas psicodramáticas, como a inversão de papéis, estátua e solilóquios, possibilitaram a quebra de algumas defesas, assim como o reconhecimento dos sentimentos emergentes nas mais variadas situações específicas, num tempo relativamente curto. Os participantes atribuíram os fatores grupais (partilha de experiências e universalidade) como tendo sido fatores importantes no processo de mudança.

Fong (2006) efetuou um estudo sobre o psicodrama em adolescentes vítimas de violência. As principais mudanças alcançadas pelas participantes estão relacionadas com uma maior capacidade em expressar emoções (medo), desenvolvimento de habilidades para enfrentar/parar com a violência, desenvolvimento de conhecimentos, nomeadamente acerca dos direitos das mulheres, desenvolvimento de estratégias para lidar com as situações adversas, maior autoconfiança. As participantes consideraram que, as sessões de psicodrama possibilitaram uma oportunidade de refletirem sobre as dúvidas existente e sobre as crenças pessoais. As participantes atribuíram os fatores grupais (partilha de experiências e universalidade), os fatores terapêuticos (apoio e suporte) e os exercícios/jogos dramáticos como tendo sido fatores importantes no processo de mudança.

Dogan (2010) apresentou um estudo sobre a eficácia e a efetividade do psicodrama nos estilos de vinculação de jovens adultos. Os resultados qualitativos permitiram constatar que o psicodrama promoveu mudanças no comportamento e funcionamento psicológico dos jovens adultos. As principais mudanças alcançadas pelos participantes, estão relacionadas com uma maior compreensão do *self*, desenvolvimento do *insight*, maior consciência acerca dos estilos de vinculação, melhores relacionamentos

interpessoais, maior autoconfiança, maior abertura, desenvolvimento de escuta, empatia, partilha e habilidade para enfrentar situações adversas e enfrentar a vida com mais esperança. Os participantes consideraram os fatores grupais (universalidade e partilha de vivências/experiências) como tendo sido fatores importantes no processo de mudança.

Foi realizado por Sousa e Moura (2011) um estudo que consistiu em rever os fundamentos teóricos sobre o psicodrama com clientes psicóticos. De acordo com os autores, no psicodrama com indivíduos que apresentam psicose, podem ser usadas todas as técnicas (inversão de papéis, espelho, projeção) que também são usadas com os demais clientes com outras condições psicológicas. Os autores verificaram que o psicodrama é uma abordagem terapêutica que contribui para uma melhoria da saúde e bem-estar desta população. As principais mudanças alcançadas pelos participantes com psicose relacionam-se com o menor isolamento social e melhoramento do *insight* em relação à doença e à adesão à medicação. Os participantes consideraram os fatores grupais (partilha de experiências/dificuldades, universalidade e suporte) e os fatores terapêuticos (suporte por parte do terapeuta) como tendo sido fatores importantes no processo de mudança.

Num estudo sobre a eficácia e a efetividade do psicodrama na obesidade, Vieira, Torres, e Moita (2013) verificaram que o psicodrama promoveu mudanças ao nível do comportamento e do funcionamento psicológico das participantes. As principais mudanças alcançadas pelas participantes estão relacionadas com uma maior capacidade de autocontrolo e maior consciencialização do poder e da influência das emoções na ingestão de alimentos. As participantes consideraram que, sem o psicodrama as mudanças provavelmente não aconteceriam e atribuíram os fatores grupais (universalidade e identificação com os elementos do grupo) como tendo sido fatores importantes no processo de mudança.

Valladares, Avanci, Abrão, Pedrão, Luis, e Soares (2005) realizaram uma revisão de literatura sobre a importância do sociodrama com adolescentes em situação de crise. Tal revisão permitiu concluir que o sociodrama promove mudanças ao nível do comportamento e funcionamento psicológico dos adolescentes em situação de crise. As principais mudanças centram-se no desenvolvimento da expressão e imaginação espontânea, no alívio de tensões, expressão de emoções (alegria e medo) e de fantasias. Os autores constaram que o sociodrama ameniza os efeitos negativos das situações de crise que tanto ameaçam o desenvolvimento normal do ser humano, contribuindo assim para uma maior liberdade na expressão de emoções, levando os adolescentes a aceitar com mais naturalidade as situações desfavoráveis e diminuindo as situações de *stress*,

criando e estabelecendo relações com o mundo. Os participantes consideraram os jogos dramáticos como tendo sido fatores importantes no processo de mudança.

Noutro estudo em sociodrama, que consistiu na promoção de comportamentos positivos em estudantes em “risco” com problemas comportamentais, falta de motivação, dificuldades relacionais com os pares e professores, os resultados permitiram verificar que os alunos alcançaram mudanças positivas ao nível do comportamento. O sociodrama possibilitou aos estudantes uma maior capacidade na expressão de sentimentos, ideias, e experiências, maior capacidade em assumir papéis de liderança, melhor compreensão de si e do mundo, desenvolvimento de um maior compromisso com a aprendizagem, melhores relacionamentos com os pares, partilha de ideias, mais capacidade de resolução de problemas e maior autoestima. O alcance destas mudanças contribuiu para um ambiente mais positivo em sala de aula. Os estudantes consideraram que, as sessões sociodramáticas, as técnicas, em que descreveram o role-play e as atividades realizadas, contribuíram para o alcance das mudanças (McLennan & Smith, 2007).

Num estudo sobre a experiência de uma intervenção sociodramática em crianças institucionalizadas portadoras de VIH, Pinto, Lima, e Costa (2008) concluíram que o sociodrama é um método terapêutico importante na cristalização de feridas infantis de poder e violência. As principais mudanças alcançadas pelas crianças estão relacionadas com um maior sentimento de partilha, de dar e receber, sentimento de cooperação e de competição. De acordo com os participantes estes traços são essenciais e estão presentes na dinâmica da vida adulta. Ainda de acordo com os autores, as mudanças alcançadas pelas crianças podem ser atribuídas à intervenção sociodramática em si, e ao uso de determinadas estratégias, como o *role-play* e o *role-taking*.

Gazziero e Danielski (2013) efetuaram um estudo sobre o sociodrama aplicado a um grupo de mulheres que apresentavam queixas relativas ao relacionamento conjugal. Verificou-se que o sociodrama promoveu mudanças ao nível do relacionamento com o cônjuge e do funcionamento psicológico das participantes. As principais mudanças alcançadas pelas participantes estão relacionadas com o desenvolvimento da espontaneidade e criatividade no desempenho do papel de esposa, adquirindo assim uma maior autoestima, maior segurança e empoderamento. Através do contato com o seu papel conjugal, as participantes desenvolveram uma perceção mais ampla do seu relacionamento, avaliando o que não estava a correr, encontrando assim novas formas de agir espontaneamente. Os autores verificaram que, o desenvolvimento do papel conjugal de uma das partes do vínculo leva à reconfiguração da relação. As participantes

consideraram que, os fatores grupais (partilha de vivências/experiências) foram fatores úteis no processo de mudança.

De acordo com Pio-Abreu (2006) há fatores terapêuticos em psicodrama que são importantes para a mudança. Esses fatores são: a autonomia e a responsabilidade; uma melhor compreensão/conhecimento de si e clara percepção dos outros; uma distanciação e exclusão de comportamentos inadequados; um conhecimento das implicações do comportamento; a descoberta das motivações ocultas; a integração das vivências; a catarse de integração e a espontaneidade. No psicodrama a autonomia e a responsabilidade estão presentes, uma vez que não existe dependência de um terapeuta “todo-poderoso”, sendo evitado assim uma relação de tipo paternal. Há um grande sentimento de liberdade e de autonomia. Os clientes sentem-se úteis e responsáveis. No que respeita a uma melhor compreensão e clara percepção dos outros, em psicodrama é um requisito estar no papel dos outros, seja como ego auxiliar do protagonista seja na técnica de inversão de papéis. Isto aumenta a capacidade de compreender o outro, tal como ele é e não como gostaria de ser. Moreno chamou de “Tele” à correta percepção dos outros. A capacidade em formar “Teles” adequadas é um dos objetivos em psicodrama, uma vez que há certos mecanismos de defesa que obrigam a avaliar os outros por meio de nós próprios, projetando nos outros os nossos receios, as nossas emoções, os nossos conflitos. Relativamente à distanciação e exclusão de comportamentos inadequados, é comum que em psicodrama sejam dramatizadas cenas/situações do dia-a-dia que causam sofrimento a nós ou aos outros. Na vida real, as situações são efetuadas sob uma tensão emocional que impede o discernimento. No cenário, mesmo que as situações atinjam um elevado nível de tensão emocional, elas contêm alguns elementos de jogo lúdico, sendo depois comentadas. O discernimento ocorre e quando as mesmas cenas acontecem novamente na vida real, é frequente que o parceiro em intervenção se encontre distante e apto a terminar o jogo, fazendo-o variar para o campo lúdico, com o contentamento dos outros parceiros envolvidos. Outro fator é o conhecimento das implicações do comportamento, nas quais as dramatizações em psicodrama estão muito próximas da vida real, permitindo assim a experiência de opções diferentes, passadas ou futuras, envolvendo as suas consequências, sendo que a diferença é que elas não têm implicações reais para o protagonista, podendo em psicodrama conhecer as implicações dos seus atos alternativos, como se pudesse viver duas vidas. Um outro fator importante incide sobre a descoberta das motivações ocultas, no qual em psicodrama é possível aceder às memórias ocultas através da memória corporal, sendo esta uma das formas de acesso com maior poder, e a

chave do sucesso das terapias corporais. Assim, pode-se considerar o corpo mais revelador do que a própria palavra, sendo o psicodrama uma das formas de aprender a observar o corpo na ação, de ouvir as suas invocações, de aprender a lidar com ele e aceitar toda a sua existência. A integração das vivências é outro fator considerado por Pio-Abreu como sendo um fator de mudança em psicodrama. Este fator permite ao cliente potencializar o equilíbrio e a integração das suas experiências emocionais, procurando assim restituir-lhe defesas.

De facto, permanece a necessidade de investigar mais sobre a efetividade do psicodrama e sociodrama, uma vez que são escassos os estudos centrados no processo terapêutico. Neste sentido, surge a necessidade de desenvolver estudos sobre os processos e fatores de mudança em psicodrama e sociodrama, segundo a perspectiva dos próprios participantes.

CAPÍTULO 4

A DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE NA VIDA ADULTA: IMPACTO E INTERVENÇÃO

4.1. IMPACTO DA DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE NA VIDA ADULTA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) a deficiência diz respeito a qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou função psicológica, anatômica ou fisiológica, de carácter temporário ou permanente. Ainda segundo a OMS (2004), a incapacidade refere-se a toda a restrição ou falta, por motivos de uma deficiência, da capacidade em realizar atividades consideradas normais para o ser humano. A incapacidade constitui na objetivação de uma deficiência (Silva, Kauchakje, & Gescieli, 2003).

Historicamente, a deficiência foi associada às falhas e incapacidades do corpo. As limitações vivenciadas pelas pessoas com deficiência são o resultado direto das reais ou atribuídas incapacidades do corpo (Fontes, 2009). Atualmente, falar em deficiência implica falar em funcionalidade. Assim, a funcionalidade e a deficiência constituem-se numa interação dinâmica entre a condição de saúde (e.g. distúrbios ou doenças) e fatores contextuais (e.g. fatores ambientais e pessoais) (OMS, 2004).

A deficiência e a incapacidade limitam o funcionamento psicossocial dos indivíduos (Araújo, Mondelli, Lauris, Richiéri-Costa, & Feniman, 2010) tendo um impacto ao nível pessoal, familiar, interpessoal e nos níveis sociais que podem levar à exclusão social (Hosain, Atkinson, & Underwood, 2002; Fergusson, Rodríguez, Duque, Ramírez, & Pardo, 2006). Um dos principais problemas que as pessoas com deficiência e incapacidade enfrentam está relacionado com a exclusão social e com a marginalização total ou parcial da sociedade (Walle, Rodríguez, & Olaya, 2013). A realidade social obriga estas pessoas a organizarem as suas identidades perante os preconceitos, estigma e processos perversos de exclusão social (Wanderer & Pedroza, 2013).

As pessoas com algum tipo de deficiência e incapacidade veem a saúde física, o estado psicológico, as relações interpessoais, o relacionamento com a família e o nível de independência comprometidos (Barbotte, Guillemin, & Chau, 2001). Neste sentido, a deficiência e a incapacidade afetam muitas facetas da vida de uma pessoa. Problemas emocionais, como a tristeza, a depressão, a tendência de suicídio e dependência económica, estão presentes nesta população (Hosain, Atkinson, & Underwood, 2002). As

peças com deficiência e incapacidade apresentam muitas vezes problemas relacionais, aptidões sociais frágeis, perda de identidade, baixa autoestima e problemas ao nível da aceitação social (Coelho & Coelho, 2001).

Os adultos com algum tipo de deficiência poderão ser suscetíveis de sofrerem modificações ao longo da vida, nas interações com os seus cuidadores e continuam a ter um risco aumentado de psicopatologia (Marinelli & Orto, 1999) sendo que os fatores sociais, como o isolamento e exclusão social, poderão ser fatores desencadeadores de psicopatologia (Coelho & Coelho, 2001).

O adulto com deficiência tem necessidades individuais físicas, emocionais, sociais e intelectuais, bem como diferentes bases pessoais de conhecimentos, habilidades, experiências e atitudes, na qual tudo junto formam um conjunto único de condições prévias (Hosain, Atkinson, & Underwood, 2002).

A oferta de emprego e o apoio social são dois aspetos importantes para combater a depressão em adultos, na qual um esquema interpessoal e o sentimento de apoio pode aumentar a competência social e a mestria para o adulto com deficiência (Marinelli & Orto, 1999).

A pessoa com deficiência e incapacidade necessita de recursos físicos, psicológicos, cognitivos e sociais, para preservar a sua integridade somática e psicológica, procurando alcançar a adaptação à organização psicológica, à capacidade de procurar apoio, de planear o seu futuro e fomentar as relações interpessoais significativas (Silva, 2014).

De acordo com Hosain, Atkinson, e Underwood (2002) as pessoas com deficiência e incapacidade necessitam de programas de reabilitação psicossocial, para além de um médico na qual os tratamentos são limitados à prestação de medicação para reduzir os sintomas.

A eficácia da reabilitação psicossocial passa por uma articulação entre a farmacologia, psicoterapia e reabilitação psicossocial (OMS, 2002).

4.2. PSICOTERAPIA DE GRUPO COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE

No que concerne ao contexto de saúde mental, a psicoterapia de grupo é amplamente utilizada com pacientes que apresentam diversos problemas/queixas (Bechelli & Santos, 2005).

Atualmente existem inúmeras associações e instituições educativas que fazem intervenções grupais no sentido de potencial/promover o desenvolvimento e crescimento de crianças, jovens e adultos com deficiência e incapacidade (Quezeda, 2008).

Existe uma longa prática de psicólogos que trabalham com o objetivo de melhorar a vida das pessoas com deficiência (Charlot & Beasley, 2013). O psicoterapeuta deverá ajudar as pessoas com deficiência a compreender o seu estado e ao mesmo tempo a valorizar as suas habilidades/competências (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998).

A terapia de grupo têm-se demonstrado eficaz com pessoas com deficiência e incapacidade, quando se utiliza um certo estilo diretivo com sessões relativamente estruturadas e concretas, estimulando mais os processos sensoriais e afetivos da aprendizagem, recorrendo a técnicas ativas e interativas (Quezeda, 2008).

Devido ao forte poder terapêutico que a psicoterapia de grupo tem, esta é uma modalidade de intervenção extremamente importante para pessoas com deficiência (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998).

Os grupos terapêuticos proporcionam às pessoas com deficiência a exploração de questões, a troca de experiências e sentimentos e o apoio mútuo (Boyden, Freeman, & Offen, 2009).

Tomasulo e Razza (2006) referem que a terapia comportamental interativa cresceu a partir da necessidade de proporcionar um método terapêutico eficaz para pessoas com deficiência intelectual. Segundo os autores, esta é uma psicoterapia que utiliza os mesmos fundamentos teóricos e técnicas do psicodrama, no entanto difere nas fases, tendo estas sido modificadas para pessoas com deficiência intelectual. Na terapia comportamental interativa existem quatro fases, nomeadamente a fase da orientação, do aquecimento e patilha, do encontro e da afirmação.

A intervenção em grupo na deficiência intelectual tem sido atribuída à natureza experimental de técnicas ativas que não exigem raciocínio verbal sofisticado de habilidades, como acontece nas psicoterapias tradicionais, tal como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Brown & Hooper, 2009). Contudo, as pessoas com deficiência têm um acesso limitado à intervenção psicoterapêutica porque se considera que esta população não tem capacidade para fazer uso da psicoterapia (Willner, 2005). De acordo com Tomasulo (2014) os indivíduos com deficiência são muito menos propensos a receber intervenção psicoterapêutica do que a população em geral. Apesar dos repetidos apelos para a investigação sobre a eficácia e efetividade da psicoterapia de grupo com

peças com deficiência tem havido pouco progresso nesta área (Beail, Warden, Morsley, & Newman, 2005).

Ainda não é evidente que a terapia cognitivo-comportamental seja eficaz na intervenção com pessoas com deficiência intelectual, pelo facto de esta população não ser capaz ou ter dificuldades em envolver-se em atividades cognitivas, nomeadamente na reestruturação cognitiva (substituição de pensamentos desadaptativos por pensamentos mais adaptativos, mais racionais) sendo esta um técnica frequentemente utilizada para facilitar a mudança (Ghafoori, Ratanasiripong, & Holladay, 2010).

O psicodrama e o sociodrama, como psicoterapias de grupo que envolvem a ação, são bastante úteis para pessoas que não conseguem beneficiar plenamente dos métodos verbais, como é o caso da população com deficiência. Estes métodos de ação proporcionam uma maior oportunidade para a expressão de emoções, num ambiente seguro e confortável, estimulando também modalidades sensoriais (Tomasulo, 1994).

A psicoterapia de grupo permite ainda, aos membros do grupo, participarem ativamente no processo terapêutico, possibilitando a oportunidade dos participantes verificarem sinais não-verbais importantes (O'Connor, 2001) Ainda segundo o autor, quando se trabalha com pessoas com deficiência o contato face-a-face é extremamente importante.

Yildiran e Holt (2014) num estudo acerca da efetividade da intervenção em grupo com pessoas com deficiência constataram que, esta população apresentou um maior controlo sobre o foco da sua atenção, desenvolvimento de competências, mudanças nas relações interpessoais, alívio de sintomas e experiência emocional.

As pessoas com deficiência avaliam positivamente a sua participação em psicoterapia de grupo (Marwood & Hewitt, 2012) revelando mudanças ao nível de um menor sentimento de isolamento, melhores relacionamentos sociais, sentimento de apoio dos elementos do grupo e alívio emocional (Mallinckrodt, 1989).

Na medida em que, a deficiência tem impacto ao nível das emoções, ao nível dos relacionamentos interpessoais, da autoestima, da aceitação social, da perda de identidade, o sociodrama, enquanto método de ação, poderá permitir a esta população a vivência e (re) significação de estados emocionais, o desenvolvimento de competências interpessoais, o desenvolvimento de papéis pessoais, sociais e familiares (Bechelli & Santos, 2005), o incremento da autoestima, da autoconfiança e do autoconhecimento, mudança na forma de perceber a realidade, bem-estar (Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009) e a promoção da espontaneidade.

A psicoterapia de Moreno é particularmente importante e adequada para pessoas cujas limitações estão na esfera cognitiva, ao envolver os indivíduos através de técnicas comportamentais e emocionais (Tomasulo & Razza, 2006).

Na psicoterapia de grupo com pessoas com deficiência, as abordagens terapêuticas utilizadas devem ser simplificadas, deverá existir uma redução do nível de linguagem, usando para tal frases/palavras mais simples e curtas, deverão ser utilizadas atividades no sentido de promover a mudança e desenvolver a aprendizagem, deverá recorrer-se a métodos mais diretos e flexíveis e ainda, os terapeutas deverão ter o cuidado de abordar a questão da deficiência bem como a reabilitação psicossocial (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998).

A psicoterapia de grupo oferece às pessoas com deficiência e incapacidade a oportunidade de reforçarem a sua auto-revelação, a auto-reflexão, o pensarem mais em si, aumentando a autoconsciência, a modificarem comportamentos ao experienciarem novos papéis (Tomasulo & Razza, 2006) bem como proporciona o crescimento pessoal e a compreensão de si e dos outros (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998). O apoio que esta população recebe do grupo terapêutico é essencial (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998).

O psicodrama e o sociodrama, como métodos de ação, ajudam os elementos do grupo a aprender e a recordar material relevante, sendo estes métodos extremamente úteis para pessoas com deficiência (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998).

Importa referir que, apesar da psicoterapia de grupo demonstrar-se como uma modalidade de intervenção importante em pessoas com deficiência, são extremamente escassos os estudos sobre a psicoterapia de grupo com pessoas com deficiência e incapacidade centrados no processo terapêutico. O foco das intervenções com pessoas com deficiência tende a ser na avaliação dos resultados, procurando verificar o efeito da intervenção (Birdsall, 2008) esquecendo-se um pouco o processo terapêutico, ou seja, as mudanças ocorridas em psicoterapia e os fatores que contribuem para essas mesmas mudanças.

Ainda assim, Hurley, Tomasulo, e Pfadt (1998) referem os fatores terapêuticos definidos por Yalom (1985) como sendo observados na intervenção em grupo com pessoas com deficiência, designadamente a oportunidade que o grupo oferece na esperança relativamente ao poder terapêutico que o grupo tem, a universalidade, a partilha de informação entre o terapeuta e os outros elementos acerca do estado de cada um, o altruísmo, a recapitulação corretiva do grupo familiar primário, o desenvolvimento de competências interpessoais, a aquisição de novos comportamentos por observação dos

outros, a expressão emocional, a coesão grupal entre os elementos do grupo e o terapeuta, a aprendizagem interpessoal, e os fatores existenciais que levam esta população a explorarem e a reconhecerem o sentido de vida, o sofrimento humano, a liberdade (Yalom & Leszcz, 2005). Para Tomasulo (2014) estes fatores/elementos são a condição essencial para o sucesso na terapia de grupo para pessoas com deficiência e servem como um “barómetro” para medir o poder da psicoterapia de grupo (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998).

4.3. ESTUDO COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE

Foi realizada uma pesquisa aprofundada nas bases de dados “B-On”, “RCAAP”, “SCIELO” e em diversos repositórios de Universidades Portuguesas, com diferentes palavras-chave, como por exemplo “sociodrama and disability”, “sociodrama and disability in adulthood”, “sociodramatic intervention disability”, “qualitative studies on sociodrama disability”, “psychodrama and disability”, “psychodrama and disability in adulthood”, “psychodrama intervention disability”, “qualitative studies on psychodrama disability”. Após uma longa e detalhada pesquisa, não foram encontrados estudos qualitativos acerca do sociodrama na deficiência e incapacidade em adultos. Apenas um estudo de intervenção psicodramática em adultos com deficiência e incapacidade motora e intelectual foi encontrado.

Quijada e Torres (2007) realizaram um estudo qualitativo sobre a utilidade do método psicodramático no processo de estimulação socio-afetiva com indivíduos que se encontravam em processo de reabilitação psicomotora. Fizeram parte do presente estudo oito participantes (4 do género masculino e 4 do género feminino) com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos. Foram realizadas um total de 14 sessões de psicodrama, tendo as sessões decorrido de acordo com as três fases sequenciais do psicodrama, sendo elas: aquecimento, dramatização e comentários. Relativamente às técnicas usadas nas sessões de psicodrama, foram usadas a técnica do espelho, inversão de papéis, solilóquios e a técnica de sociometria. As autoras procuraram desenvolver nas sessões, a imaginação criativa, a capacidade de enriquecer a representação, expressão e comunicação. As mesmas consideraram importante reforçar a identidade através da confiança e da valorização das próprias possibilidades.

Inicialmente, as autoras procuraram criar um vínculo terapêutico com o grupo e integrar os elementos do grupo, através de jogos e atividades, utilizando instrumentos musicais e danças. A psicodramatista e o ego auxiliar, procuraram tornar o espaço num

ambiente acolhedor que facilitou o aquecimento, a abertura dos participantes, a catarse de integração e por fim, a dramatização de cenas. Os elementos do grupo foram sendo integrados em subgrupos (pares, trios) na qual teriam que dramatizar cenas relativas ao que sentiam dentro e fora do grupo (medos, ansiedades, inquietudes, outras emoções). As sessões foram tendo diferentes objetivos, relacionados com o propósito de fomentar e facilitar a mudança de papéis e a forma de se vincular ao grupo. Os elementos do grupo foram sendo questionados acerca de como se sentiam no grupo de psicodrama, tendo a oportunidade de refletir acerca do seu papel, o direito de escolher, a liberdade que tinham em se sentirem bem ou mal, cansados, irritados, satisfeitos. Para tal, foi utilizada a técnica de sociometria, que consistiu em escolher materiais e instrumentos musicais que manifestavam a forma como se sentiam no psicodrama. Ao longo das sessões, as autoras foram-se preocupando com a relação mente-corpo-ambiente, tendo verificado que alguns elementos apresentavam problemas ao nível da relação mente-corpo e outros demonstravam-se desconectados com o ambiente. De acordo com as autoras, o psicodrama demonstrou ser uma ferramenta essencial na realização de tal união, mente-corpo-ambiente, uma vez que o psicodrama permite trabalhar a linguagem não-verbal (movimentos do corpo). As autoras focaram-se na promoção do vínculo corporal, no sentido dos participantes tomarem um maior contacto com o seu corpo. Os participantes tiveram a oportunidade de criar a sua própria escultura usando para tal materiais recicláveis. No final, foram pedidos solilóquios. Procurou-se potenciar a individualidade de cada elemento, os seus recursos e a sua própria linguagem

Os resultados permitiram concluir que o psicodrama promoveu mudanças positivas nos participantes. O psicodrama possibilitou aos participantes uma maior autonomia, maior produtividade, mais contacto ocular, mais expressão de emoções e afetos, maior capacidade em estabelecer limites, maior capacidade em pedir ajuda e de contacto com o meio ambiente. Os participantes foram capazes de se colocar no lugar do outro, tendo adquirido uma aprendizagem acerca daquilo que emerge no seu mundo interno. As autoras verificaram, nos participantes, um maior reconhecimento pelo outro e a aquisição de respostas diversificadas face a estímulos diferentes. Os participantes foram desenvolvendo as suas habilidades/capacidades no seu próprio ritmo e necessidade.

O psicodrama proporcionou a esta população a liberdade na expressão de emoções/sentimentos/ideias/opiniões, permitindo aos indivíduos a possibilidade de encontrar a sua própria linguagem e assim melhorar os relacionamentos.

A fase de aquecimento, em todas as sessões, foram extensas no sentido de proporcionar uma maior facilidade na expressão e contacto consigo próprios através de jogos expressivos, de pintura e de música.

No que respeita às atribuições das mudanças, as técnicas psicodramáticas utilizadas, nomeadamente o espelho, a inversão de papéis e solilóquios, assim como as atividades realizadas, principalmente as atividades que permitiram a expressão emocional e que tornaram possível o contacto com a própria identidade, foram os fatores considerados importantes no processo de mudança.

No presente estudo, a essência do psicodrama estava no espaço e na entrega de possibilidades de desenvolvimento da espontaneidade e criatividade dos participantes, aumentando as suas capacidades e recursos pessoais.

De acordo com as autoras, o psicodrama não só é um método útil e eficaz para pessoas com deficiência e incapacidade motora e intelectual, como também tem um impacto relevante no átomo social, diminuindo a estigmatização e fazendo-nos pensar sobre a relevância do meio social na evolução de qualquer deficiência.

Mais estudos são necessários para estudar o psicodrama/sociodrama já que se trata de uma terapia de ação, que permite o treino de papéis e a vivência de estados emocionais, muitas vezes comprometidos pelas consequências da deficiência.

2ª PARTE
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 5

METODOLOGIA

5.1. OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo exploratório, de natureza compreensiva, teve como principal objetivo perceber os processos e os fatores de mudança psicológica numa intervenção sociodramática aplicada a pessoas com deficiência e incapacidade, a partir da perspectiva dos próprios.

Foram quatro as questões centrais que orientaram a presente investigação: Que mudanças os participantes destacaram ao longo da intervenção? O que ocorreu nas sessões e que foi útil para estes participantes? De que forma estes fatores/estratégias de intervenção contribuíram para a mudança? E o que não foi útil e/ou incomodou no processo terapêutico?

5.2. DESENHO DO ESTUDO

5.2.1. Metodologia

A presente investigação adotou uma metodologia de investigação qualitativa, assente numa abordagem indutiva e ideográfica, na qual se pretendeu identificar os processos e os fatores responsáveis pela mudança psicológica segundo a perspectiva dos participantes. As abordagens ideográficas assentam na descrição e compreensão das questões individuais dos clientes e nas experiências pessoais em psicoterapia (Sales, Gonçalves, Fragoeiro, Noronha, & Elliott, 2007).

Optou-se por uma abordagem qualitativa, na medida em que se pretendia compreender, de uma forma mais profunda, os problemas investigando o que está “por detrás” de certos comportamentos, atitudes ou convicções. Na investigação qualitativa, o investigador é o “instrumento” de recolha de dados, em que a qualidade dos dados depende muito da sua sensibilidade, da sua integridade, assim como do seu conhecimento (Fernandes, 1991).

A abordagem qualitativa foca-se no estudo de significados, de significações, de representações psíquicas, simbolizações, perceções, perspetivas, pontos de vista, vivências, experiências de vida. Procura explorar e compreender o fenómeno que se estuda, focando a sua atenção no específico, no peculiar (Nogueira-Martins & Bógus, 2004). Na abordagem qualitativa procura-se compreender os fenómenos no seu contexto

natural, abrangendo as vivências/histórias pessoais e culturais dos participantes, assim como o ambiente em que está a decorrer a própria investigação. Neste sentido, a investigação qualitativa tende a recorrer a estratégias de análise do conteúdo focadas no significado (Stiles, 1993).

A abordagem qualitativa propõe o conhecimento e compreensão dos complexos processos de constituição da subjetividade, diferentemente com o que acontece com a abordagem quantitativa que pressupõe a predição, descrição e o controlo (Holanda, 2006).

Salienta-se ainda que, a investigação qualitativa está focada na compreensão e na construção de significados e não na verificação como acontece na investigação quantitativa. A investigação qualitativa não procura quantificadores universais. Não se foca em encontrar teorias gerais, mas sim na compreensão viável da experiência humana (Sousa, 2006). Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 48) *“a investigação qualitativa é descritiva. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números. Os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação”*.

Tendo por base que a investigação qualitativa procura compreender a experiência humana, ela revela-se útil em psicoterapia, na medida em que possibilita investigar a experiência dos participantes no processo terapêutico (Polkinghorne, 2005), sendo assim possível conhecer e compreender os significados que os participantes atribuem à sua experiência em psicoterapia, às mudanças sentidas e respetivas atribuições.

5.3. PARTICIPANTES

O presente estudo foi desenvolvido no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, junto de uma amostra composta por dez elementos (seis do género masculino e 4 do género feminino) com diferentes deficiências e incapacidades. As idades oscilaram entre os 18 e os 51 anos de idade. No que respeita ao nível de escolaridade, três dos participantes tinham completado o 2º ciclo do ensino básico, seis dos participantes estudaram até ao 3º ciclo do ensino básico e apenas um participante estudou até ao ensino secundário. O grupo de participantes pertencia a uma turma de formação profissional com vista à (re) inserção no mercado de trabalho. A intervenção e respetiva investigação foi desenvolvida com este grupo natural, já constituído. Todos os elementos deste grupo natural assinaram o consentimento informado, aceitando participar voluntariamente na investigação. A Tabela seguinte ilustra uma breve descrição dos participantes.

Tabela 1

Breve descrição dos participantes

Participante	Idade	Estado Civil	Deficiência	Limitações da Atividade
P1	42	Divorciado	Alterações da função músculo-esquelética.	Limitações ligeiras ao nível da mobilidade, nomeadamente em andar.
P2	41	Casado	Alterações das funções músculo-esquelética, intelectual e da linguagem.	Limitações ao nível da mobilidade, aprendizagem e aplicação de conhecimentos e comunicação.
P3	18	Solteiro	Alterações das funções músculo-esquelética e intelectual.	Limitações ligeiras ao nível da mobilidade, aprendizagem e aplicação de conhecimentos, auto cuidados, vida doméstica.
P4	31	Solteiro	Alterações da função intelectual.	Limitações ligeiras ao nível da aprendizagem e aplicação de conhecimentos.
P5	45	Solteiro	Alterações das funções mentais, nomeadamente funções do temperamento e da personalidade e funções emocionais.	Limitações moderadas ao nível das interações e relacionamentos interpessoais e vida comunitária, social e cívica.
P6	37	Solteiro	Alterações da função músculo-esquelética.	Limitações ligeiras ao nível da mobilidade, nomeadamente em andar por longas distâncias e transportar pesos elevados, assim como limitações da vida doméstica, nomeadamente preparar refeições.
P7	49	Casado	Alterações da integridade das estruturas relacionadas com o movimento e da função músculo-esquelética.	Limitações moderadas ao nível da mobilidade.
P8	51	Separado	Alterações da função músculo-esquelética e das funções intelectuais.	Limitações moderadas ao nível da mobilidade, limitações ligeiras ao nível da aprendizagem e aplicação de conhecimentos.
P9	21	Solteiro	Alterações da integridade das estruturas relacionadas com o movimento, da função músculo-esquelética e das funções mentais.	Limitações moderadas ao nível da mobilidade e ao nível das interações e relacionamentos interpessoais e vida comunitária, social e cívica.
P10	23	Solteiro	Alterações da função músculo-esquelética e das funções intelectuais.	Limitações moderadas ao nível da mobilidade, ao nível da aprendizagem e aplicação de conhecimentos.

5.4. INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados na recolha de dados foram os seguintes:

- Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído com o intuito de aceder a informações relativas às características dos participantes, como a idade, género, estado civil, escolaridade, situação profissional, assim como aceder a informações sobre a deficiência e o nível de funcionalidade, nomeadamente ao nível da mobilidade, cuidados pessoais e atividades habituais.

- The Simplified Personal Questionnaire (PQ)

O PQ (PQ; Elliott, Mack, & Shapiro, 1999) é um instrumento individualizado de mudança, na qual é pedido ao participante para enumerar 10 problemas/queixas que deseja trabalhar durante o processo psicoterapêutico. O PQ vai sendo construído durante uma entrevista semiestruturada, na qual se pretende ajudar o participante a identificar os seus principais problemas ou queixas. Os principais problemas ou queixas relatados pelo participante vão sendo escritos em cartões individuais. De seguida, é pedido ao participante para ordenar os cartões por ordem de importância e posteriormente o participante terá que classificar cada um deles, numa escala de tipo *Likert* de 7 pontos, relativamente ao grau de mal-estar que o problema/queixa lhe provoca (1= Nenhum mal-estar; 2= Muito pouco; 3= Pouco; 4= Mal-estar moderado; 5= Grande; 6= Muito grande; 7= Mal-estar total) e desde quando é que os problemas/queixas provocam mal-estar (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). Geralmente, antes de cada sessão de terapia, o PQ é administrado. Os itens do PQ são passíveis de serem modificados ou eliminados durante o processo de psicoterapia, se o participante desejar.

O PQ foi adaptado para a população portuguesa por Sales, Gonçalves, Fernandes, Sousa, Silva, Duarte, e Elliott (2007a) com a designação de Questionário Pessoal Simplificado.

Note-se que, apesar do PQ ser um instrumento que visa avaliar os resultados psicoterapêuticos e o presente estudo estar focado apenas no processo terapêutico, na avaliação do processo de mudança psicológica em intervenção sociodramática, o PQ foi considerado importante na identificação dos problemas/queixas dos participantes antes

do início da terapia sociodramática para o estabelecimento de comparação com as mudanças identificadas.

- Client Change Interview (CCI)

A Client Change Interview (CCI; Elliott, Slatick, & Urman, 2001) consiste numa entrevista semiestruturada, usualmente administrada no final de todo o processo terapêutico. O principal objetivo da CCI prende-se com a avaliação da experiência do cliente na terapia, questionando o cliente sobre as mudanças que sentiu desde que iniciou a terapia, o que considera ter contribuído para o alcance de tais mudanças, assim como os aspetos e/ou fatores que considerada como úteis ou então desnecessários na terapia. A entrevista oferece ao cliente uma oportunidade para descrever e explicar as mudanças alcançadas em terapia, através das suas próprias palavras. Pretende-se, através da empatia, ajudar o cliente a elaborar a sua experiência em terapia. A CCI fornece uma valiosa oportunidade em compreender as mudanças terapêuticas, através da perspectiva do próprio cliente (Elliott, 2012). Na CCI, o cliente terá que responder a algumas questões gerais, identificar as mudanças sentidas, terá que fazer uma avaliação da mudança e posterior construção de uma tabela com uma lista de mudanças. O cliente terá que avaliar cada mudança identificada numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos: A mudança foi: “Totalmente esperada” até “Totalmente surpresa”; Sem terapia, a mudança “De certeza não acontecia” até “De certeza acontecia”; A mudança foi. “Nada importante” até “Extremamente importante”. Esta entrevista tem uma duração de 60 a 90 minutos e deverá ser realizada com recurso a gravação áudio, para posteriormente se proceder à sua transcrição.

Esta entrevista foi adaptada para a população portuguesa por Sales et al. (2007c), com a designação de Entrevista de Mudança do Cliente.

- Helpful Aspects of Therapy (HAT)

O Helpful Aspects of Therapy (HAT; Elliot, 1993) é um questionário qualitativo de autopreenchimento, que permite avaliar a perceção do cliente acerca da mudança em terapia. Através deste questionário, é possível averiguar os acontecimentos da sessão que mais ajudaram o cliente ou que foram sentidos pelo próprio como uma dificuldade ou obstáculo para o desenvolvimento da terapia (Sales et al., 2007b). No HAT, o cliente é convidado a descrever, por meio das suas palavras, o fator mais importante e/ou mais útil da terapia, classificando de seguida em que medida é que esse acontecimento o ajudou, através de uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1= Não ajudou nada; 2=

Ajudou pouco; 3= Ajudou moderadamente; 4= Ajudou muito, 5= Ajudou muitíssimo). Ainda no HAT, é pedido ao cliente que refira um acontecimento e/ou situação que considera ter sido negativa ou que resultou numa dificuldade ou obstáculo para o desenvolvimento da terapia. O cliente deverá, do mesmo modo, classificar a sua escolha numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1= Nada negativo; 2= Ligeiramente; 3= Moderadamente negativo; 4= Muito; 5= Extremamente negativo). É geralmente comum aplicar o HAT no final de cada sessão de terapia.

O HAT é o questionário mais frequentemente utilizado para identificar e descrever os eventos significativos em terapia. Fornece uma abordagem naturalista das perceções dos clientes acerca dos eventos significativos ao longo das sessões de terapia. Os dados descritivos gerados pelo HAT, parecem recair sobre vários tipos de informação, nomeadamente os *processos* dentro de cada sessão, as *reações* imediatas do cliente e menos comumente a informação *contextual* (Elliott, 2012).

Este questionário foi adaptado para a população portuguesa por Sales et al. (2007b), com a designação de Aspetos Úteis da Terapia.

- Registos semanais dos participantes

Após cada sessão de sociodrama, os participantes tinham que realizar, a pedido da equipa terapêutica que dirigiu o grupo sociodramático, um resumo acerca de cada sessão. Estes registos continham informações acerca dos aspetos úteis e não úteis das sessões, bem como as competências trabalhadas ao longo de cada sessão, que foram igualmente sujeitos a análise de conteúdo.

- Registo dos terapeutas

Foi elaborado, propositadamente para a presente investigação, uma ficha a ser preenchida pela equipa terapêutica que dirigiu o grupo de sociodrama. Esta ficha pretendia recolher informação sobre cada sessão, nomeadamente sobre a assiduidade dos participantes, a descrição da sessão (estratégias utilizadas) e observações acerca da sessão (apreciação global, relato sobre possíveis incidentes).

5.5. BREVE DESCRIÇÃO DO CONTEXTO E DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

A intervenção foi realizada no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. O CRPG tem como principal objetivo a reabilitação e a reintegração das pessoas com deficiência e incapacidade na vida ativa, disponibilizando a esta população um conjunto

de serviços no âmbito da educação/formação e da reabilitação profissional (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2015).

O programa de intervenção foi organizado em 14 sessões, realizadas semanalmente e com uma duração média de 90 minutos por sessão.

Tabela 2

Breve descrição das sessões de intervenção sociodramática

Sessão	Tema abordado/objetivos	Estratégias utilizadas
0	Apresentação dos objetivos do sociodrama; Promoção de um clima de confiança e partilha de experiências; Expetativas dos participantes face ao grupo de sociodrama.	Jogo da identificação com um objeto. Técnica da inversão de papéis - troca de papel com o objeto, referindo o que é que aquele objeto diria sobre eles próprios.
1	Espontaneidade e capacidade de adaptação a novas situações.	Visualização do vídeo “Heineken: the candidate” apresentado pela equipa terapêutica.
2	Capacidade de reconhecer e identificar qualidades pessoais.	Atividade “as minhas qualidades”.
3		Técnica da estátua – procurou-se explorar a forma como os participantes se apoiam uns aos outros, dão orientações, conselhos, transmitem segurança e confiança.
4		Exercício sociométrico – foi solicitado, aos elementos do grupo, que se posicionassem, numa escala de 0-100%, relativamente à forma como se sentiam no grupo de sociodrama.
5		
6	Desenvolvimento de estratégias, atitudes e competências de resiliência face às adversidades. Identificação de forças e vulnerabilidades.	Visualização do vídeo “Janine_Shepherd – A broken body isn’t a broken person”. Técnica da inversão de papéis e solilóquios - procurou-se explorar comportamentos, pensamentos e sentimentos dos participantes face às adversidades.
7	Autoconhecimento relativamente à herança emocional, atitudinal e comportamental do pai e da mãe.	Atividade “o que levo dos meus pais”. Técnica da inversão de papéis - os participantes tomaram a posição das figuras paternas.
8	Impacto das expetativas dos outros no bem-estar pessoal.	Atividade “expetativas” e “se esta estátua falasse”. Técnica da estátua e solilóquios – procurou-se explorar pensamentos e sentimentos dos participantes face às expetativas dos outros no seu bem-estar pessoal.
9	Desenvolvimento de estratégias relacionais que permitissem uma maior capacidade de expressão cognitivo-comportamental e de negociação subjetiva.	Atividade “baú das coisas por dizer”. Técnica da inversão de papéis, solilóquios, interpolação de resistências, espelho e duplo - procurou-se explorar pensamentos e emoções face a determinadas situações, das

		quais os participantes gostariam de ter dito alguma coisa que não disseram ou terem dito alguma coisa de forma diferente a alguém.
10	Desenvolvimento da tomada de consciência sobre os diferentes estilos para lidar com a mudança.	Atividade “mudança versus estabilidade”. Solilóquios – procurou-se explorar pensamentos e sentimentos sobre mudança e estabilidade.
11	Desenvolvimento de estratégias relacionais que permitissem uma maior competência na gestão de relações de ajuda.	Atividade “ajudar e receber ajuda”. Solilóquios – procurou-se explorar questões como: “dar ajudar aos outros/receber ajuda dos outros”. Técnica de sociometria – foi solicitado, aos participantes, que tomassem uma posição sobre a questão de ajudar ou receber ajuda.
12	Desenvolvimento de estratégias que permitissem um maior autocontrolo emocional em situações geradoras de ansiedade.	Atividade “encontro”.
13	Promoção de uma imagem corporal mais positiva	Atividade “olhos nos olhos”.
14	Identificação sobre o que cada um leva para a sua vida a partir da vivência sociodramática, bem como intencionalizar a tomada de consciência das dinâmicas de reciprocidade ao nível das relações interpessoais.	Atividade “oferta de presentes”. Atividade “túnel do amor”.

A equipa terapêutica foi formada por um psicodramatista e um ego-auxiliar. O diretor/psicodramatista possui 20 anos de experiência profissional com a população com deficiência e incapacidade, experiência de 10 anos de intervenção psicológica em grupo e 5 anos enquanto diretor de sociodrama. O ego-auxiliar tem formação específica e 5 anos de experiência prática no papel de ego auxiliar.

As sessões decorreram de acordo com as três fases do psicodrama/sociodrama, sendo elas o aquecimento, a dramatização e os comentários finais. No que se refere ao conteúdo, com base nos problemas/queixas identificados pelos participantes numa entrevista inicial individual, foram definidos os temas relevantes/importantes para a intervenção, a saber: espontaneidade e adaptação a novas situações, reconhecer e identificar qualidades em si, identificar forças e vulnerabilidades, compreender o impacto das expectativas dos outros no bem-estar pessoal, mudança e estabilidade,

relações de interajuda, controlo emocional perante situações ansiógenas, imagem corporal.

As sessões foram realizadas numa das salas de formação, constituídas por mesas de computador, mesas de apoio à formação, puffs, um espaço para o auditório, para o palco, para o ego auxiliar e para o diretor.

5.6. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Na presente investigação, a recolha de dados foi realizada em três momentos distintos. Antes do início da intervenção, foram apresentados os objetivos e desenho do estudo pela equipa de investigação e proposto a cada participante a sua participação. Em caso de aceitação voluntária, foi assinado o respetivo consentimento informado, a seguir ao qual se procedeu a uma entrevista inicial individual. Nesta entrevista inicial individual, procedeu-se à recolha de dados sociodemográficos, utilizando o questionário sociodemográfico constituído para o efeito. Foi igualmente construído o PQ de cada participante, tendo sido garantido aos participantes a total confidencialidade dos dados e anonimato, sendo atribuído a cada um deles um código. Os problemas/queixas identificados pelos participantes foram inicialmente sendo escritos em post-its. Depois de todas os problemas escritos nos post-its, confirmou-se cada um deles, perguntando ao participante se teria mais algum problema/queixa a acrescentar. Posteriormente, foi pedido ao participante que organizasse os post-its por ordem decrescente de importância. O número de ordem do item foi escrito em cada post-it. Seguidamente, foi preenchido o formulário do PQ pela ordem de importância referida. Após o formulário preenchido, foi solicitado ao participante que pensasse em cada problema/queixa e indicasse o grau de mal-estar (numa escala de 1 a 7) que cada problema/queixa causou na última semana, assim como há quanto tempo é que cada problema tinha vindo a preocupar/incomodar o participante. No momento da entrevista inicial individual, os participantes do grupo de sociodrama tiveram conhecimento de todo o processo inerente à investigação, nomeadamente os objetivos da investigação, assim como todos os passos referentes a todo o processo.

Durante a intervenção sociodramática e no fim de cada sessão, foi pedido a cada participante o preenchimento do PQ no sentido de avaliarem o seu grau de mal-estar, relativamente a cada item construído por si relativo às suas dificuldades/problemas. Foi também pedido o preenchimento do HAT. Estes dois instrumentos eram enviados para a correio eletrónico dos participantes para posterior preenchimento. A opção de envio

para os correios eletrónicos de cada participante e o seu posterior preenchimento, foi pelo facto de alguns dos participantes terem dificuldades na escrita devido às suas incapacidades motoras. Os participantes procederam também ao registo das sessões, identificando os aspetos úteis e não úteis das mesmas. O preenchimento do HAT e dos registos semanais dos participantes, no final de cada sessão, tornou possível a reflexão e a integração dos aspetos úteis e não úteis ocorridos ao longo das sessões, identificados pelos participantes. Ainda durante a intervenção, a equipa terapêutica fez o registo de cada sessão, elucidando as estratégias utilizadas, a assiduidade dos participantes, bem como observações acerca da sessão.

Entre a segunda e a terceira semana após a conclusão da intervenção, foi realizada uma Entrevista de Mudança do Cliente (CCI) a cada participante. Todas as entrevistas de mudança foram áudio-gravadas com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas integralmente. Esta entrevista permitiu conhecer a experiência dos participantes na terapia, nomeadamente identificar quais as mudanças que os participantes verificaram desde o início da intervenção sociodramática, o que consideraram ter contribuído para o alcance dessas mudanças, assim como os aspetos em falta ou sugestões face ao sociodrama. Cada entrevista durou sensivelmente 45 minutos, tendo sido realizadas em dois dias. As entrevistas foram realizadas pela autora da presente investigação em parceria com a orientadora de dissertação e com uma colega que investigou a eficácia do sociodrama.

O período de intervenção decorreu ao longo de quatro meses, entre o mês de novembro de 2014 e o mês de março de 2015.

5.7. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados qualitativos recorreu-se à análise de conteúdo, assente numa abordagem indutiva e ideográfica. Os dados obtidos nas entrevistas de mudança (CCI) foram analisados a partir do procedimento da *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), enquanto as respostas obtidas no instrumento dos aspetos úteis da terapia (HAT) e nos registos semanais dos participantes foram analisados por um método de análise de conteúdo a partir de uma grelha concetual prévia, construída com base em diferentes taxonomias já existentes sobre fatores de mudança terapêutica.

5.7.1 Procedimento de análise das Entrevistas de Mudança do cliente (CCI)

Após a recolha de informação, as entrevistas de mudança foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com os procedimentos da *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967).

O método da *grounded theory* foi desenvolvido por Glaser e Stauss em 1967. O método da *grounded theory* consiste em procedimentos sistemáticos e rigorosos de análise dos dados recolhidos, sendo estes organizados numa sequência que tende a ser para uma maior complexidade e integração. O método da *grounded theory* permite tanto a interpretação dos dados com bastante rigor e precisão, como possibilita a criatividade que é necessária para a ocorrência de um dos principais princípios básicos na construção da teoria, nomeadamente a interpretação e concetualização dos dados obtidos. A criatividade envolve a sensibilidade teórica, ou seja, a capacidade de dar sentido e significado aos dados, assim como estimula a formulação de questões, sendo também benéfico ao processo de comparação constante, que constitui um “instrumento” central e importante ao longo do processo (Fernandes & Maia, 2001).

É através do processo de codificação que se atribui significado aos resultados alcançados (Charmaz, 2006). Neste sentido, o processo de análise dos dados acontece a partir de três tipos de codificação, sendo a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva.

A codificação aberta consiste quer na definição de conceitos e posteriormente em categorias, quer na definição de propriedades e dimensões. O processo que conduz os conceitos às categorias concetuais envolve tanto o questionamento como a comparação. Durante este processo de questionamento e comparação permanente, o investigador vai identificando relações semelhantes que unem alguns conceitos e que, ao serem nomeados, formam uma categoria concetual. A categoria poderá surgir quer por influência dos conceitos identificados e da sua ligação lexical aos dados, quer pela sensibilidade teórica do investigador, ou então outros significados que estão veiculados na literatura. As propriedades e as dimensões são relevantes para o estabelecimento de relações entre as respetivas categorias, contribuindo assim para a identificação de uma categoria de nível mais abstrato, em fases posteriores (Fernandes & Maia, 2001).

A codificação axial refere-se a um conjunto de procedimentos em que os dados já concetualizados são reorganizados com base no estabelecimento de ligação entre as categorias, indo para além das propriedades e dimensões. Este é um processo que

possibilita especificar as categorias que vão emergindo da codificação aberta, salientando uma das categorias representativas da ideia central e em relação à qual outras estabelecem relações de subordinação (Fernandes & Maia, 2001).

Na codificação axial o investigador move-se entre dois tipos de pensamento, o pensamento indutivo e o pensamento dedutivo. O investigador se por um lado organiza e define as categorias que subentendem uma relação entre outras categorias, por outro lado deve proceder a um processo de verificação destas relações junto dos dados. Este método de comparação deve ser constante, pelo que as construções nunca são definitivas, sendo sempre provisórias (Fernandes & Maia, 2001).

A codificação seletiva refere-se a um processo de seleção da categoria central, ou seja, do fenómeno em que todas as outras categorias estão integradas. Este tipo de codificação é mais abstrata do que a codificação axial, em que deriva do estabelecimento de relações sistemáticas entre a categoria central e as outras categorias e pela validação destas mesmas relações. É através deste processo de codificação que o investigador constrói a história descritiva do fenómeno central de todo o estudo (Fernandes & Maia, 2001).

Após a análise e codificação dos dados, o investigador tem a tarefa de integrar as categorias. Esta integração envolve novamente o processo de comparação constante, incidindo sobre as propriedades e dimensões das várias categorias já organizadas. O investigador, durante este processo de comparação, deverá continuar com uma atitude de questionamento na formulação de conceções acerca do fenómeno a ser estudado, que precisam de ser validadas (Fernandes & Maia, 2001).

As categorias assumem vários significados que podem dizer respeito a acontecimentos, comportamentos, sentimentos, relações, opiniões, métodos ou processos (Charmaz, 2006).

Durante a fase de redação do texto, vão surgindo novas ideias que permitirão a compreensão das relações entre as diferentes categorias, assim como tirar conclusões a partir das mesmas (Charmaz, 2006).

Os estudos de grounded theory *“são orientados para a organização de um sequência de ações e para a compreensão de um processo, que nem sempre é explicitado na análise”* (Fernandes & Maia, 2001, p. 62).

Numa fase inicial, foi realizado um processo de leitura detalhada das entrevistas, no sentido de dar início ao processo de codificação aberta da informação. Começou-se por fazer anotações na margem do texto, procurando identificar/definir as dimensões da

entrevista, uma vez que a definição de propriedades e dimensões permite identificar perfis para as categorias (Fernandes & Maia, 2001). A identificação das dimensões revelaram-se representativas do modelo elaborado. Posteriormente, e continuando com as anotações na margem do texto, procedeu-se à definição de conceitos que viriam posteriormente a constituir categorias. O questionamento e a comparação estiveram constantemente presentes durante o processo de codificação aberta, no sentido de tentar reconhecer as propriedades, ou seja, as relações idênticas entre os conceitos, que seriam desta forma unidos, ou então relações diferentes, criando-se assim categorias conceituais. Este processo foi acompanhado pela escrita de ideias e concetualização, acerca das categorias e das relações entre elas, permitindo desenvolver as propriedades de cada uma das categorias, ou seja, iniciou-se com a definição de categorias e posteriormente com a integração de algumas categorias umas nas outras, pelas relações idênticas que partilhavam. As categorias foram sendo sempre alvo de análise por parte do orientador, que ia verificando a codificação dos dados. Posteriormente, foram identificadas as categorias centrais de cada dimensão definida. As categorias centrais revelaram-se representativas das dimensões identificadas. Este tipo de categorias tem uma maior centralidade em relação às outras categorias. Desta forma, passou-se para o processo de codificação seletiva que consistiu na seleção das categorias centrais e na integração das outras categorias nestas mesmas categorias centrais, por se relacionarem.

As entrevistas foram codificadas com bastante pormenor, de modo a que não fossem perdidas/ignoradas informações relevantes/importantes. Note-se que, as entrevistas foram alvo de uma pequena reformulação em algumas questões, no sentido de assegurar a compreensão por parte dos participantes. A codificação das entrevistas foi realizada manualmente.

Os dados obtidos nas entrevistas de mudança foram organizados em quatro domínios:

- 1) O domínio da vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático, que inclui três categorias centrais referentes ao processo temporal, nomeadamente a categoria “início”, a categoria “durante” e a categoria “final”, em que os participantes avaliaram a sua experiência no sociodrama nestes três termos temporais.
- 2) O domínio dos problemas iniciais e mudanças identificadas pelos participantes no final do processo, que inclui os problemas/dificuldades/queixas identificados pelos participantes no início do processo terapêutico, através do PQ, assim como

a identificação das mudanças sentidas pelos participantes no final da intervenção, através da CCI. Das mudanças identificadas emergiram três categorias centrais, nomeadamente a categoria “para melhor”, a categoria “para pior” e a categoria “por concretizar”, em que os participantes identificaram em si as mudanças positivas, as mudanças negativas e as mudanças que gostariam ainda de alcançar.

- 3) O domínio das atribuições dos participantes à mudança, que inclui duas categorias centrais, nomeadamente a categoria “dentro das sessões” e a categoria “fora das sessões”, referentes às atribuições das mudanças e aos aspetos úteis e não úteis que consideraram no sociodrama.
- 4) O domínio dos aspetos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes.

Cada categoria central é composta por várias categorias e subcategorias concetuais que se relacionam entre si.

Como unidade de análise foi utilizada a unidade de sentido, tendo sido considerada cada resposta dada à entrevista de mudança sobre a vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático, as mudanças que os participantes identificaram em si, atribuições dos participantes à mudança e os aspetos considerados em falta ou sugestões. A utilização da unidade de sentido, permitiu perceber o significado que os participantes atribuíram à sua experiência em sociodrama, assim como as mudanças sentidas e as atribuições à mudança. Foram ainda organizados os dados referentes ao total de mudanças e à avaliação que os participantes fizeram das mudanças.

Este processo de análise das entrevistas foi realizado pela autora da investigação, em reflexão e discussão constante com a orientadora.

5.7.2 Procedimento de análise dos Aspetos Úteis da Terapia (HAT) e dos registos semanais dos participantes

Os dados recolhidos nos HAT's e nos registos semanais dos participantes foram sujeitos à análise de conteúdo. As respostas obtidas em ambos os instrumentos foram organizadas em dois domínios – domínio ação e o domínio impacto. A definição destes dois domínios foram baseados em estudos acerca dos aspetos úteis em psicoterapia (Timulak 2007; Elliott 2010; Richards & Timulak, 2012). Foi criada uma grelha de categorização, previamente construída, a partir dos estudos de Huley, Tomasulo, e Pfadt

(1998) e de Timulak (2007), que propuseram uma taxonomia com as seguintes categorias de fatores úteis na terapia de grupo: orientação, aprendizagem, auto-revelação, catarse, partilha de fatores existenciais, desenvolvimento de competências sociais, autoconsciência/autoconhecimento/auto compreensão, mudança comportamental/resolução de problemas, exploração e experimentação de sentimentos/emoções, empoderamento, alívio, sentimento de compreensão, envolvimento do cliente no processo terapêutico, suporte/segurança, contacto pessoal.

Algumas categorias revelaram-se inexistentes, tendo as mesmas sido adequadas aos dados em análise. Os dados foram então organizados em dois domínios – domínio ação que se referiu aos acontecimentos das sessões e o domínio impacto que correspondeu ao efeito que as sessões tiveram nos participantes. O domínio ação foi dividido em cinco ações diferentes: 1) ação sociodramática (aquecimento, dramatização – atividades/jogos sociodramáticos e técnicas – e comentários finais); 2) ação do grupo (atitudes e gestos do grupo); 3) ação do próprio (atitudes do próprio); 4) ação do terapeuta (atitudes do terapeuta), e 5) ação do ego-auxiliar (atitudes do ego-auxiliar). O domínio impacto foi constituído por 11 categorias que dizem respeito aos aspetos úteis das sessões e por uma categoria referente aos aspetos não úteis das sessões. Dos aspetos úteis, as categorias codificadas foram: 1) expressão e experiência emocional; 2) auto-revelação/abertura; 3) mais criatividade/imaginação; 4) desenvolvimento de competências pessoais e sociais; 5) altruísmo; 6) autoconhecimento/ autoconfiança; 7) fatores grupais; 8) orientação; 9) aprendizagem; 10) visão positiva de si/empoderamento, e 11) mais motivação. Dos aspetos não úteis surgiram as dificuldades sentidas. A tabela seguinte ilustra a descrição das categorias do domínio impacto.

Tabela 3

Descrição das categorias do domínio impacto

Domínio impacto	Descrição
Aspetos úteis	
Expressão e experienciação emocional	Oportunidade dos participantes expressarem e experienciarem emoções.
Auto-revelação/abertura	Maior abertura na expressão de sentimentos e pensamentos.
Mais criatividade/imaginação	Desenvolvimento de criatividade e imaginação.
Desenvolvimento de competências pessoais e sociais	Desenvolvimento de competências de expressão, de comunicação, de saber partilhar e fazer escolhas, de escrita, de identificar em si qualidades positivas.
Altruísmo	Animar os colegas do grupo.
Autoconhecimento/autoconfiança	Melhor conhecimento e compreensão de si, mais confiança.
Fatores grupais	Sentimento de partilha, de ser aceite e de união.
Orientação	Ideia mais presente e clara de orientação para o futuro.
Aprendizagem	Mais capacidade de respeitar e definir limites aos outros, rigor e organização.
Visão positiva de si/empoderamento	Sentimentos de auto-valorização, de força, de avaliação positiva de si e desenvolvimento de capacidades/competências para lidar com as dificuldades/situações.
Mais motivação	Mais motivação e determinação para lidar com a realidade.
Aspetos não úteis	
Dificuldades sentidas	Dificuldades relacionadas com a expressão e experienciação emocional, com a introversão e com dificuldades em comentar

Como unidade de análise foi utilizada a unidade de sentido.

Este processo de análise dos HAT's e dos registos semanais dos participantes foi realizado pela autora da investigação, em reflexão e discussão constante com a orientadora.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Para uma maior inteligibilidade dos resultados, estes foram organizados e serão apresentados através das seguintes secções: 1. Vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático (a partir dos dados recolhidos nas entrevistas de mudança dos clientes – CCI's); 2. A ação e impacto reconhecidos pelos participantes ao longo das sessões sociodramáticas (a partir dos dados recolhidos nos questionários de aspetos úteis da terapia – HAT's e nos registos semanais dos participantes); 3. Problemas iniciais e mudanças identificadas pelos participantes no final do processo (a partir dos dados recolhidos nos questionários pessoais simplificados – PQ's e nas CCI's); 4. Atribuições dos participantes à mudança (através dos dados obtidos nos HAT's) e, 5. Aspetos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes (através das CCI's, dos HAT's, e dos registos semanais dos participantes).

1. Vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático

O domínio “vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático” refere-se à forma como os participantes se sentiram no grupo sociodramático. No presente domínio foram identificadas três categorias centrais, sendo elas: (a) início; (b) durante; (c) fim. Os participantes revelaram diferentes experiências no início do processo, durante e no final.

A maior parte dos participantes, iniciou o processo terapêutico com mal-estar/dificuldades sentidas e apreensão. Durante o processo, os participantes identificaram sobretudo sensações de bem-estar. No final do processo terapêutico, predominou também o sentimento de bem-estar geral (n=6), emergindo deste sentimento a liberdade (n=1) e a utilidade (n=2). A tabela 4 ilustra algumas das categorias do domínio vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático.

1.1. Início

Apresentando com algum detalhe estas experiências, no início do processo os participantes sentiram mal-estar/dificuldades sentidas, nomeadamente alguns momentos de nervosismo (n=1) e ausência de interesse no início da intervenção (n=1), apreensão, como dúvida/desconhecimento/curiosidade (n=6). Apenas um participante,

relatou desde logo sensação de bem-estar (n=1). As afirmações seguintes ilustram esta categoria central do processo terapêutico:

“Não havia muito interesse” (P1)

“No início confesso que não acreditava muito nisso, dizia “o que é que estou aqui a fazer? O que é isto?” (Risos de E e P)” (P3)

“No início ia um bocadinho nervosa” (P4)

1.2. Durante

Durante o processo terapêutico os participantes destacaram sobretudo diferentes sensações de bem-estar, nomeadamente alívio/descontração (n=4), liberdade/abertura (n=3), esperança (n=1), força (n=1), satisfação consigo e com os outros (n=2), sentimento de evolução (n=1), alegria/boa disposição (n=4), e sentimento de melhoria ao longo do processo (n=2).

“Livramento aliviada, descontraída” (P3)

“Com mais esperança”. (P7)

“Mais (pausa) mais forte” (P7)

“Bem, bem comigo próprio e bem com os outros” (P2)

“Sim, mais alegre” (P4)

“(Pausa) Ia bem-disposta” (P10)

[E ao longo das sessões foi-se sentindo sempre da mesma forma?] “Aaa ia melhorando. Aaa só tinha também ter melhorado nos estudos (Ri) isto é uma bocado mais complicado” (P8)

Dois dos dez participantes referiram a introversão como um aspeto que dificultou a sua participação ao longo das sessões e outros dois revelaram dificuldades ao nível da sua participação durante as sessões do sociodrama, nomeadamente no posicionamento acerca de determinado assunto. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“O meu problema mais era o comentar, tinha dificuldades em comentar” “Ia mais ou menos, eu sou um bocado tímido. (Ri)” (P5)

“(Pausa) Havia sessões que não estava tão à vontade” “Depois algumas... Nem tanto” [Motivo] “Era muito reservado” (P9)

Dois dos dez participantes revelaram ainda, o surgimento de novas dúvidas, novos pensamentos face ao sociodrama e dois participantes revelaram novas emoções vivenciadas durante o sociodrama, tal como ilustram as seguintes afirmações:

“Algumas vezes um pouco pensativa porque às vezes dava para pensar e isso tudo e outras...” (P4)

“(Pausa) Às vezes, como houve algumas sessões emotivas claro que às vezes saía das sessões a chorar de ter conseguido exprimir tudo o que eu tinha cá dentro” (P10)

A experiência no sociodrama revestiu-se assim de emoções intensas ainda que os participantes associassem o final da intervenção a algo positivo.

“Chegar à sexta-feira e ter sociodrama era uma coisa boa” (P5)

1.3. Final

No final do processo terapêutico, seis dos dez participantes consideraram o sociodrama como um método terapêutico que proporciona bem-estar geral. Um dos participantes referiu um sentimento de liberdade no final do processo e dois dos dez participantes referiram a utilidade do sociodrama.

“Foi ótimo” [Porquê?] “Porque me senti mais livre, Aaa como dizia o Dr. S. libertamos o nosso lado de criança” (R1) (P3)

“Mas depois confesso que já sinto falta” (P3)

“Que falta-me, também claro eu agora já sinto falta. Que a gente saber que à sexta-feira tinha aquela, aquela, aquele processo...” (P7)

Tabela 4

Sistema categorial sobre vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático

VIVÊNCIA/EXPERIÊNCIA NO GRUPO SOCIODRAMÁTICO		
Categoria central	Categorias conceituais	Subcategorias
Início	Mal-estar/dificuldades sentidas	Nervosismo
		Ausência de interesse
	Apreensão	Dúvida/desconhecido/curiosidade
Durante	Bem-estar	Alívio/descontração
		Liberdade/abertura
		Esperança
		Força
		Satisfação consigo e com os outros
		Alegria/boa disposição
		Sentimento de melhoria ao longo do processo
	Mal-estar/dificuldades sentidas	Introversão
		Dificuldade em participar (e.g. comentar)
	Mudança ou abertura à mudança	Novas dúvidas
Novas emoções		
Final	Bem-estar	Sentimento de liberdade
		Utilidade

2. Ação e impacto reconhecidos pelos participantes ao longo das sessões sociodramáticas

De forma a perceber quais as ações mais valorizadas pelos participantes em cada sessão e o efeito que cada sessão teve para os participantes, foram analisados no total 122 HAT's e 75 registos semanais dos participantes. Desta análise emergiram dois domínios: o domínio da ação que se referiu aos acontecimentos das sessões e o domínio do impacto que correspondeu ao efeito que as sessões tiveram nos participantes. Para cada domínio, foi construída uma grelha de codificação com categorias conceituais. O domínio ação foi dividido em cinco ações, nomeadamente ação sociodramática (aquecimento, dramatização – atividades/jogos sociodramáticos e as técnicas usadas – e comentários finais), ação do grupo, ação do próprio, ação do terapeuta e ação do ego-auxiliar. O domínio impacto foi constituído por 11 categorias que dizem respeito aos aspetos úteis das sessões e por uma categoria referente aos aspetos não úteis das sessões. Dos aspetos úteis, as categorias foram: expressão e experiência emocional, auto-revelação/abertura, mais criatividade/imaginação, desenvolvimento de competências pessoais e sociais, altruísmo, autoconhecimento/autoconfiança, fatores grupais, orientação, aprendizagem, visão positiva de si/empoderamento, e mais motivação. Dos aspetos não úteis surgiram as dificuldades sentidas.

Ao nível do domínio da ação, a fase da dramatização (atividades/jogos sociodramáticos e técnicas) foi a mais referida pelos participantes como a mais importante do processo terapêutico. Dentro da fase da dramatização, as atividades/jogos sociodramáticos foram destacadas pelos participantes na sessão 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, e 14 como os acontecimentos mais úteis.

“A atividade onde tinha-mos que imaginar que estava-mos numa floresta” (P3S2)

“Falar das qualidades do pai e mãe” (P7S7)

O aquecimento surgiu como a segunda fase mais destacada pelos participantes ao longo do processo, nomeadamente na sessão 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, e 12.

“No início da sessão, o Dr. S. perguntou-nos como nos sentimos no final da sessão anterior e se refletimos sobre a mesma” (P4S1)

“O Dr. S. como todas as sessões pergunta se temos algum comentário a fazer em relação à sessão anterior ou algo que queiramos partilhar que tenha acontecido ao longo da semana, foi aí que se desencadeou a pergunta “o vício pode ser bom ou mau?” (P10S6)

Apenas na sessão 12 os participantes referiram a fase dos comentários finais.

“ (...) No comentário final a ego auxiliar destacou o meu sorriso quando abri os olhos o que significou que estava completamente relaxada” (P10S12)

A técnica de sociometria foi referida na sessão 6, 10, 11, e 13, a técnica da inversão de papéis foi salientada na sessão 7 e 10 e a técnica da estátua foi referida pelos participantes apenas na sessão 8.

“Criamos uma régua de 0 a 100 para definir, para descrever a nossa opinião quanto de ser ajudado” (P4S11)

“Nesta sessão foi difícil representar os papéis de pai e mãe, porque é sempre difícil representar o outro” (P9S9)

“ (...) Nós tivemos que fazer uma estátua de como nós nos sentíamos em relação aquela competência e tivemos de em grupo realizar uma estátua para “lutar” pelo sucesso da dita competência” (P10S8)

Em termos de ação do grupo, do próprio, do terapeuta e do ego-auxiliar, a ação do terapeuta foi a mais realçada pelos participantes, nomeadamente na sessão 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, e 14. Seguidamente surgiu a ação do próprio, tendo sido salientada na sessão 1, 5, 6, 9, 10, 11, e 14. A ação do grupo foi destacada pelos participantes na sessão 1, 2, 5, 7, 8, 11, e 13. A ação do ego-auxiliar foi a menos referida pelos participantes, nomeadamente na sessão 8, 9, e 14, tal como resume a tabela 4.

“O abraço que os meus colegas me deram quando eu estive a chorar durante uma parte da sessão” (P3S2)

“O falar da minha (raiva) após acidente” (P7S1)

“Dr. S. como sempre saber gerir as situações que são proporcionados pelo grupo” (P7) (P7S9)

“O apoio que a ego auxiliar me deu foi confortante” (P5S9)

Tabela 5

Distribuição das categorias do domínio ação ao longo das 14 sessões

Domínio ação		Sessões														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Aquecimento		N= 4	N= 4	N= 6	N= 6	N= 2	N= 2	N= 0	N= 2	N= 1	N= 2	N= 1	N= 1	N= 0	N= 0	
Drama tização	Atividades/jogos sociodramáticos	N= 6	N= 9	N= 5	N= 7	N= 4	N= 5	N= 4	N= 7	N= 8	N= 1	N= 2	N= 8	N= 0	N= 8	
	Técnicas	Sociometria	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 3	N= 0	N= 0	N= 0	N= 1	N= 5	N= 0	N= 1	N= 0
		Inversão de papéis	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 6	N= 0	N= 0	N= 2	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0
		Estátua	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 1	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0
Comentários finais		N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 1	N= 0	N= 0	
Ação do grupo		N= 2	N= 1	N= 0	N= 0	N= 3	N= 0	N= 1	N= 1	N= 0	N= 0	N= 1	N= 0	N= 3	N= 0	
Ação do próprio		N= 5	N= 0	N= 0	N= 0	N= 2	N= 2	N= 0	N= 0	N= 1	N= 1	N= 1	N= 0	N= 0	N= 1	
Ação do terapeuta		N= 1	N= 2	N= 1	N= 1	N= 2	N= 1	N= 2	N= 0	N= 1	N= 2	N= 0	N= 0	N= 0	N= 1	
Ação do ego-auxiliar		N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 2	N= 1	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 2	

Ao nível do domínio do impacto, e em termos de aspetos úteis, o maior destaque recaiu sobre a expressão e experiência emocional, que foi referida pelos participantes em todas as sessões do processo terapêutico. Para os participantes as sessões foram importantes na medida em que permitiram experienciar um turbilhão de emoções, tendo alguns tido a possibilidade de experienciar novas emoções, nomeadamente alívio. As frases que se seguem são ilustrativas deste fator terapêutico considerado útil, o de expressão e experiência emocional.

“Foi uma das sessões para mim das mais difíceis até hoje, a meu ver foi das mais emotivas, foi das sessões que me senti mais revoltada” “Ao visualizar o vídeo foi da

maneira que senti um turbilhão de emoções ao mesmo tempo tanto ria como chorava”
“ (...) Eu tanto ria como chorava, é como eu digo as minhas emoções andam todas malucas ou quando muito passo uma “procuração” das minhas emoções para os outros” (P3S6)

“Serviu para eu descontraír um bocado” “Com esta sessão senti-me muito mais aliviada” “ (...) Apesar de tudo estou a despertar, muitas vezes, o meu lado de criança” (P10S12)

Ao longo de quase todas as sessões do processo terapêutico, os participantes também valorizaram os fatores grupais. A partilha, o sentimento de ser aceite e de união assumiram-se como fatores terapêuticos muito importantes.

“Gostei de partilhar o que eu sinto com os meus colegas” (P5S3)

“A união de grupo perante as expetativas” (P1S8)

“Foi eu ter "visto" que sou amada por todos os meus colegas” (P10S14)

O autoconhecimento/autoconfiança foi também valorizado pelos participantes ao longo de quase todas as sessões de sociodrama. O sociodrama possibilitou aos participantes um melhor conhecimento e compreensão de si, e mais confiança.

“Para mim esta sessão foi importante para passar a conhecer-me melhor a mim” (P10S5)

“Ajudou-me a ter mais confiança” (P7S1)

“Ajudou-me a refletir em certas coisas que devo mudar” (P3S5)

A visão positiva de si/empoderamento foi salientado pelos participantes ao longo de quase todas as sessões. Sentimentos de auto-valorização, de força, de avaliação positiva de si e desenvolvimento de capacidades/competências para lidar com as dificuldades/situações foram fatores terapêuticos muito importantes e que possibilitaram um crescimento pessoal.

“Todos os acontecimentos serve para nos valorizar” (P7S5)

“Ajudou me a ter mais força” “Estas sessões foram muito importantes deram para eu crescer como pessoa” (P4S14)

“Senti-me querido” (P5S2)

A auto-revelação/abertura foi destacada pelos participantes como impacto muito importante ao longo de 9 sessões. As sessões de sociodrama permitiram aos participantes uma maior abertura na expressão de sentimentos e pensamentos.

“Eu nesta sessão abri-me mais o que não é normal” (P10S1)

“Esta sessão foi muito importante para mim onde ajudou-me a soltar mais um pouco” (P9S5)

“Para mim esta sessão foi importante porque abri-me um bocado mais em relação ao que sentia quanto aos meus familiares” (P10S7)

Os participantes deram destaque ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais ao longo de 9 sessões. Consideraram terem adquirido várias competências pessoais e sociais ao longo do processo, nomeadamente de expressão, de comunicação, de saber partilhar e fazer escolhas, de escrita, de identificar em si qualidades positivas.

“Nesta terceira sessão adquiri competências, tais como: os meus pontos mais fortes (qualidades), a escrita” “ (...) Consegui ser capaz de realizar competências que nunca imaginaria fazê-las e senti-me feliz com isso” (P6S2)

“Aula importante dado que leva-nos a melhorar expressão, a comunicação” (P7S12)

“As competências realizadas e adquiridas durante esta sessão foram as seguintes: a partilha e a escolha de algo” (P6S14)

Os participantes salientaram o fator mais criatividade/imaginação ao longo de 7 sessões. Consideraram que as sessões de sociodrama permitiram desenvolver mais a criatividade e imaginação de cada um.

“Ajudou-me na criatividade” “Nesta terceira sessão adquiri competências, tais como: a minha criatividade, a minha imaginação” (P6S2)

“Para despontar a imaginação” (P10S2)

“Competências trabalhadas na aula: criatividade” (P4S14)

O fator orientação foi referido ao longo de 3 sessões. As sessões de sociodrama possibilitaram aos participantes uma ideia mais presente e clara de orientação para o futuro, no que respeita aos objetivos a alcançar.

“ (...) Neste momento faz com que tenha mais vontade para realizar os meus objetivos” (P6S6)

“ (...) Lutar pelos objetivos” (P9S8)

“Ajudou-me bastante porque tenho de tomar mais iniciativa no futuro” (P9S10)

Na sessão 10 e 11 foi salientada a categoria mais motivação. O processo terapêutico permitiu aos participantes adquirir mais motivação e determinação para lidar com a realidade.

“Para mim tem sido uma viagem num mundo novo recheado de milhares e milhares de experiências que estou amar conhecer e todas as histórias animadoras outras menos que dão motivação” (P3S10)

“Mais motivação, para eu melhorar cada dia um pouco mais” “Motivação e determinação” (P8S11)

O altruísmo e aprendizagem foram as menos salientadas pelos participantes. Um dos participantes referiu a vontade de animar os colegas do grupo. Outro participante referiu ter aprendido e desenvolvido a capacidade de respeitar e definir limites aos outros, ser mais rigoroso, e mais organizado.

“ (...) E pronta para os animar também” (P3S4)

“ (...) Respeitar e ser respeitado, mais rigoroso, reconhecer os meus erros, a ser organizado (P8S14)

No que concerne aos aspetos não úteis das sessões, foram destacados pelos participantes algumas dificuldades relacionadas com a expressão e experiencição emocional, com a introversão e com dificuldades em comentar, designadamente na sessão 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, e 11.

“Sentir-me liberta mesmo estando bastante aflita emocionalmente” (P3S2)

“Ainda não me sinto muito à vontade para participar na sessão devido a minha timidez” (P9S5)

“ (...) A maior dificuldade que tenho é os comentários nunca sei o que dizer” (P5S11)

A tabela seguinte mostra a distribuição das categorias do domínio impacto ao longo das 14 sessões.

Tabela 6

Distribuição das categorias do domínio impacto ao longo das 14 sessões

Domínio impacto	Sessões													
	Aspetos úteis													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Expressão e experienciação emocional	N= 5	N= 3	N= 5	N= 1	N= 1	N= 2	N= 5	N= 2	N= 5	N= 2	N= 3	N= 7	N= 1	N= 4
Auto- revelação/abertura	N= 2	N= 0	N= 3	N= 2	N= 1	N= 0	N= 3	N= 0	N= 2	N= 2	N= 1	N= 0	N= 0	N= 2
Mais criatividade/ imaginação	N= 0	N= 2	N= 1	N= 0	N= 2	N= 0	N= 1	N= 0	N= 1	N= 0	N= 0	N= 1	N= 0	N= 2
Desenvolvimento de competências pessoais e sociais	N= 1	N= 2	N= 0	N= 2	N= 1	N= 1	N= 1	N= 0	N= 0	N= 2	N= 0	N= 1	N= 0	N= 1
Altruísmo	N= 0	N= 0	N= 0	N= 1	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0
Autoconhecimento/ auto confiança	N= 1	N= 0	N= 2	N= 6	N= 5	N= 2	N= 2	N= 3	N= 1	N= 2	N= 4	N= 3	N= 1	N= 3
Fatores grupais	N= 2	N= 1	N= 3	N= 7	N= 4	N= 0	N= 2	N= 2	N= 1	N= 3	N= 5	N= 1	N= 3	N= 6
Orientação	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 1	N= 0	N= 3	N= 0	N= 1	N= 0	N= 0		
Aprendizagem	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 1
Visão positiva de si/empoderamento	N= 1	N= 3	N= 1	N= 1	N= 2	N= 6	N= 2	N= 2	N= 2	N= 2	N= 0	N= 1	N= 1	N= 3
Mais motivação	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0	N= 1	N= 1	N= 0	N= 0	N= 0
Aspetos não úteis														
Dificuldades sentidas	N= 1	N= 2	N= 1	N= 1	N= 1	N= 0	N= 1	N= 1	N= 1	N= 0	N= 2	N= 0	N= 0	N= 0

Em suma, após a análise detalhada dos dados, verificou-se que ao nível da ação o maior destaque incidu sobretudo na fase da dramatização, concretamente nas atividades/jogos sociodramáticos. As atividades/jogos sociodramáticos foram realçadas ao longo de todo processo terapêutico, exceto na sessão 13. A fase do aquecimento foi também bastante referida pelos participantes ao longo da intervenção, exceto na sessão 7, 13 e 14. A ação do terapeuta surgiu como um dos acontecimentos mais úteis de todo o processo terapêutico, seguindo-se a ação do próprio e a ação do grupo. Ao nível do impacto, a expressão e experienciação emocional surgiu como o impacto mais referido como sendo o mais importante do processo terapêutico. Os fatores grupais, o autoconhecimento/autoconfiança, a visão positiva de si/empoderamento, e a auto-revelação/abertura foram também os mais salientados pelos participantes como os impactos mais importantes do processo terapêutico.

3. Problemas iniciais e mudanças identificadas pelos participantes no final do processo

O domínio “problemas iniciais e mudanças identificadas pelos participantes no final do processo” corresponde aos problemas/dificuldades/queixas identificados pelos participantes no início do processo terapêutico, através do PQ, assim como à identificação das mudanças sentidas pelos participantes no final da intervenção, através da CCI.

Relativamente aos problemas/dificuldades iniciais, foram identificados pelos dez participantes 71 problemas/dificuldades. Estes dados foram organizados nas seguintes categorias:

- Dificuldades relacionais (e.g. família, colegas, e outros em geral), nomeadamente dizer o que pensam e sentem aos outros, lidar com a críticas de alguém, ser capaz de negociar (n=25);
- Dificuldades em lidar com as expetativas (e.g. dos próprios, dos pais) (n=3);
- Dificuldades em controlar comportamentos (e.g. alimentação) e emoções (e.g. impulsividade, irritação, riso, choro) (n=14);
- Dificuldades em lidar com a doença (aceitar as sequelas e limitações) e com a dependência (n=6);
- Fraca motivação para tarefas do dia-a-dia (e.g. realização de exercício físico) (n=1);

- Sintomas de sofrimento psíquico (e.g. tristeza, solidão, problemas de sono) (n=5);
- Baixa autoestima (gostarem do corpo, colocarem-se em primeiro lugar, identificarem o que gostam em si, serem mais extrovertidos) (n=8),
- Dificuldades acadêmicas e profissionais (dificuldades de concentração e ansiedade face às avaliações) (n=7),
- Dificuldades em lidar com o passado (falar sobre o acidente, aceitar as opções realizadas) (n=2).

No que respeita às mudanças sentidas, estas foram organizadas em três categorias centrais, nomeadamente para melhor; para pior e por concretizar. A tabela 8 mostra algumas categorias das mudanças identificadas pelos participantes.

Os participantes revelaram diferentes e inúmeras mudanças para melhor, tendo os participantes identificado em si:

- Mudanças nas características pessoais (n=7);
- Mudanças de hábitos (n=8);
- Mudanças na forma de perceber a realidade (n=4);
- Mudanças na expressão e regulação emocional (n=8);
- Mudanças ao nível da performance académica (n=6) e
- Mudanças na relação com os outros (pares (n=24) e familiares (n= 5)).

Os participantes não identificaram mudanças que tenham ocorrido para pior, no entanto revelaram mudanças que ficaram por concretizar, quer em relação a si (n=9), quer em relação aos outros (n=2).

Verificou-se que os participantes no início da intervenção grupal referiram como uma das principais queixas as dificuldades relacionais com a família, colegas e outros em geral, nomeadamente dizer o que pensam e sentem aos outros, lidar com as críticas de alguém, ser capaz de negociar. No final do processo terapêutico, foi possível constatar, através da CCI, que os participantes salientaram terem alcançado mudanças na relação com os outros (pares e familiares), bem como mudanças na expressão e regulação emocional, concretamente no serem mais capazes de exprimirem o que sentem face aos outros. Outra queixa referida pelos participantes foram as dificuldades em controlar comportamentos e emoções. Verificou-se que, no final do processo, os participantes alcançaram mudanças ao nível da expressão e regulação emocional, sendo capazes por exemplo de controlar o riso ou a irritação. A baixa autoestima (gostarem do

corpo, colocarem-se em primeiro lugar, identificarem o que gostam em si, serem mais extrovertidos) foi identificada como uma das queixas sentidas. Constatou-se que, no final do sociodrama, os participantes adquiriram mudanças nas características pessoais, como por exemplo serem mais capazes de se colocarem em primeiro lugar, definirem-se de forma mais positiva. Os participantes, no início da intervenção, identificaram dificuldades académicas e profissionais, tendo os mesmos, no final da intervenção, alcançado mudanças ao nível da performance académica, como por exemplo sentirem-se menos ansiosos nas fases de avaliação e mais concentrados. As dificuldades em lidar com a doença (aceitar as sequelas e limitações) e com a dependência, e a fraca motivação para tarefas do dia-a-dia (e.g. realização de exercício físico) foram queixas também identificadas. No final do processo terapêutico, verificou-se que os participantes alcançaram mudanças de hábitos, sendo mais autónomos e terem adquirido novos hábitos (por exemplo o já fazerem exercício físico e comprarem o jornal para ler), mudanças na relação com os outros no que respeita ao serem agora mais capazes de aceitarem o facto de serem dependentes de terceiros. Ao nível dos sintomas de sofrimento psíquico (e.g. tristeza, solidão, problemas de sono), os participantes conseguiram mudanças ao nível da regulação emocional (menor tristeza), e mudanças na relação com os outros, apresentando um menor sentimento de isolamento. Os participantes identificaram queixas relacionadas com as dificuldades em lidar com o passado. O sociodrama permitiu a obtenção de mudanças na forma de perceber a realidade, apresentando uma nova forma de verem a vida/situações. No final do processo terapêutico, não foram referidas pelos participantes, mudanças relativas às dificuldades em lidar com as expectativas (e.g. dos próprios, dos pais). Na tabela abaixo, é possível verificar os problemas identificados no PQ e as mudanças sentidas identificadas na CCI.

Tabela 7

Problemas/dificuldades identificados no PQ e mudanças identificadas na CCI

Problemas/dificuldades (PQ)	Mudanças sentidas (CCI)
Dificuldades relacionais (e.g. família, colegas, e outros em geral), nomeadamente dizer o que pensam e sentem aos outros, lidar com a críticas de alguém, ser capaz de negociar	Mudanças na relação com os outros (com os pares em geral e com pessoas específicas familiares))
Sintomas de sofrimento psíquico (e.g. tristeza, solidão, problemas de sono)	Mudanças na expressão e regulação emocional
Dificuldades em controlar comportamentos (e.g. alimentação) e emoções (e.g. impulsividade, irritação, riso, choro, o que comem)	Mudanças de hábitos
Dificuldades em lidar com a doença (aceitar as sequelas e limitações) e com a dependência.	
Fraca motivação para tarefas do dia-a-dia (e.g. realização de exercício físico)	Mudanças nas características pessoais
Baixa autoestima (gostarem do corpo, colocarem-se em primeiro lugar, identificarem o que gostam em si, serem mais extrovertidos)	
Dificuldades académicas e profissionais (dificuldades de concentração e ansiedade face às avaliações)	Mudanças ao nível da performance académica
Dificuldades em lidar com o passado (falar sobre o acidente, aceitar as opções realizadas)	Mudanças na forma de perceber a realidade
Dificuldades em lidar com as expectativas (e.g. dos próprios, dos pais)	

3.1. Para melhor

Na categoria concetual “mudanças nas características pessoais”, os resultados apontaram para o facto de dois dos dez participantes serem agora capazes de se colocarem em primeiro lugar, dois deles terem um autoconceito mais positivo, e outro uma maior flexibilidade. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Já consigo pôr-me a mim às vezes em primeiro lugar” (P4)
“Já não tenho dificuldade em gostar das minhas coxas” (P10)
“Fez-me mais forte” “Fez-me sentir mais capaz” “Melhorou a minha autoestima” (P7)
“Sou mais flexível” (P1)

Na categoria concetual “mudanças de hábitos”, os resultados apontaram para o facto de dois dos dez participantes terem adquirido uma maior autonomia, um deles um maior compromisso com as responsabilidades (e.g. estudos), e três participantes alcançaram mudanças ao nível de novos hábitos, nomeadamente o facto de agora já fazerem exercício físico e comprarem o jornal para ler. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Em casa já consigo fazer muita coisa, por exemplo pegar num computador sozinha e ligar” “Já consigo transportar de cadeira sozinha” (P3)
“Já ando de transportes públicos” (P5)
“Estudo mais” (P5)
“Tenho mais cuidado com o que como” (P2)
“Agora faço exercício físico” (P5)
“Já compro o jornal todas as semanas para ler” (P2)

Na categoria concetual “mudanças na forma de perceber a realidade”, os resultados apontaram para o facto de três participantes terem alcançado uma mudança na forma de perceber a realidade. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Não penso tanto no passado” (P5)
“Fez-me sentir com mais objetivos” (P7)
“Vejo a vida diferente” “Aprendi uma nova forma de ver as coisas, situações” (P8)

Na categoria concetual “mudanças na expressão e regulação emocional”, os resultados apontaram para o facto de um dos participantes ter alcançado mais capacidade em exprimir sentimentos e quatro participantes alcançaram uma maior regulação emocional, sendo capazes por exemplo de controlar o riso ou a irritação e de regular a tristeza. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Já consigo dizer o que sinto às pessoas” (P4)
“Já não tenho dificuldade em controlar o meu riso. Consigo manter a calma” (P3)
“Sinto menos desconforto em sítios públicos (ex. cantina)” (P5)
“Já não tenho dificuldade em falar no acidente que tive há nove anos” (P7)

Na categoria concetual “mudanças ao nível da performance académica”, os resultados apontaram para o facto de três dos dez participantes terem adquirido mais

concentração e outros três dos participantes terem alcançado uma menor ansiedade nas fases de avaliação (e.g. testes). As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Nas fases dos testes já me consigo concentrar mais do que antes” (P4)

“Estou menos tenso nas avaliações” (P5)

“Já não me sinto ansiosa com os testes” (P10)

Na categoria concetual “mudanças na relação com os outros”, os participantes apontaram mudanças na relação com os pares em geral e mudanças com pessoas específicas (familiares). No que respeita às mudanças na relação com os pares em geral, os resultados apontaram para o facto de um dos participantes ter alcançado mudanças ao nível da capacidade em falar num tom mais baixo, outro participante alcançou mudanças ao nível de uma maior capacidade de tolerância com os outros, quatro alcançaram mudanças ao nível de uma maior compreensão para com os outros/melhores relacionamentos, dois participantes adquiriram mais capacidade em expressar ideias/opiniões, um alcançou mais capacidade de definir limites aos outros, outro adquiriu mais capacidade em lidar com a opinião/olhares dos outros, quatro participantes adquiriam um menor sentimento de isolamento e abertura aos outros, três participantes alcançaram menor timidez/introversão na relação com os outros, outro participante adquiriu capacidade em colocar-se no lugar do outro, um participante alcançou mudança na forma de trabalhar em grupo, outro participante sentiu-se como um apoio/suporte para os outros, um participante alcançou um menor sentimento de exigência para com os outros, e outro adquiriu mais capacidade em lidar com o facto de ser dependente de terceiros. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Sou mais compreensivo com os outros e as suas circunstâncias” (P1)

“Já consigo fazer com que os outros me respeitem” (P3)

“Abri-me mais às outras pessoas e fico aliviada por o fazer” (P6)

“Já consigo dar o braço a torcer. Já não vejo só o meu lado, vejo os dois” (P8)

“Já não soffro por ser em algumas coisas dependente dos outros” (P7)

Relativamente às mudanças com pessoas específicas (familiares), os resultados apontaram para o facto de um dos participantes ter alcançado mudanças ao nível dos conflitos familiares, outro participante adquiriu mais capacidade em expressar ideias/opiniões, um participante alcançou um menor sentimento de revolta em relação à filha, outro participante sentiu-se mais paciente com os filhos, e outro participante

alcançou mais capacidade em lidar com a família da esposa. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Já não entro em conflito tão facilmente com a minha mãe e irmã” (P1)

“Estou mais paciente com os meus filhos” (P2)

“Já não tenho dificuldade em lidar com a família da minha esposa” (P7)

“Já não sinto aquela frustração de revolta pela minha filha. Transformaram-se em recordações” (P8)

“Já não tenho dificuldade em dizer o que penso aos meus pais” (P10)

No total, foram identificadas pelos participantes 62 mudanças. Foi solicitado a cada participante que avaliasse cada mudança relativamente: 1) ao grau de expectativa versus grau de surpresa de cada mudança; 2) Ocorrência das mudanças sem a participação no grupo sociodramático e, 3) Grau de importância atribuída a cada mudança.

No que concerne à avaliação das mudanças verificou-se que, relativamente ao grau de expectativa versus grau de surpresa de cada mudança, 19,4% das mudanças foram totalmente esperadas, 27,4% das mudanças foram algo esperadas, 17,7% das mudanças foram nem esperadas nem surpresa, 19,4% das mudanças foram algo surpresa, e 16,1% das mudanças foram totalmente surpresa, conforme ilustra o seguinte gráfico:

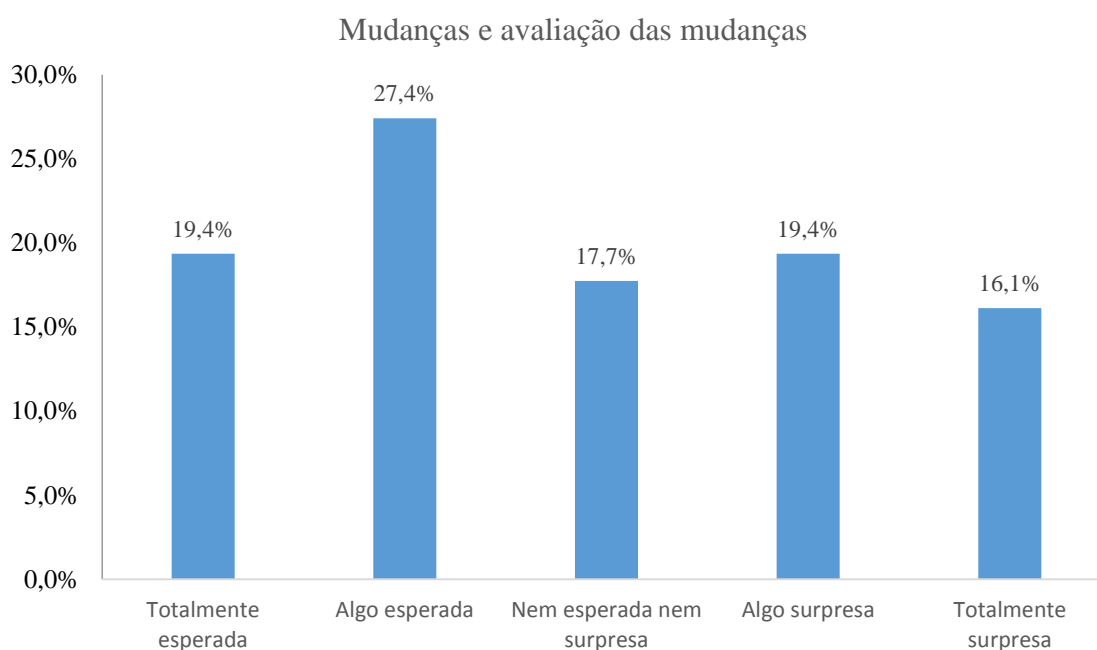


Figura 1 – Grau de expectativa Versus grau de surpresa de cada mudança

Quanto à possibilidade das mudanças poderem ocorrer sem a participação no grupo sociodramático, os participantes consideram que, 14,5% das mudanças de certeza não aconteciam, 32,3% das mudanças provavelmente não aconteciam, 21% das mudanças não sabem se aconteciam, 22,6% das mudanças provavelmente aconteciam, e 9,7% das mudanças de certeza aconteciam, tal como evidencia o seguinte gráfico:

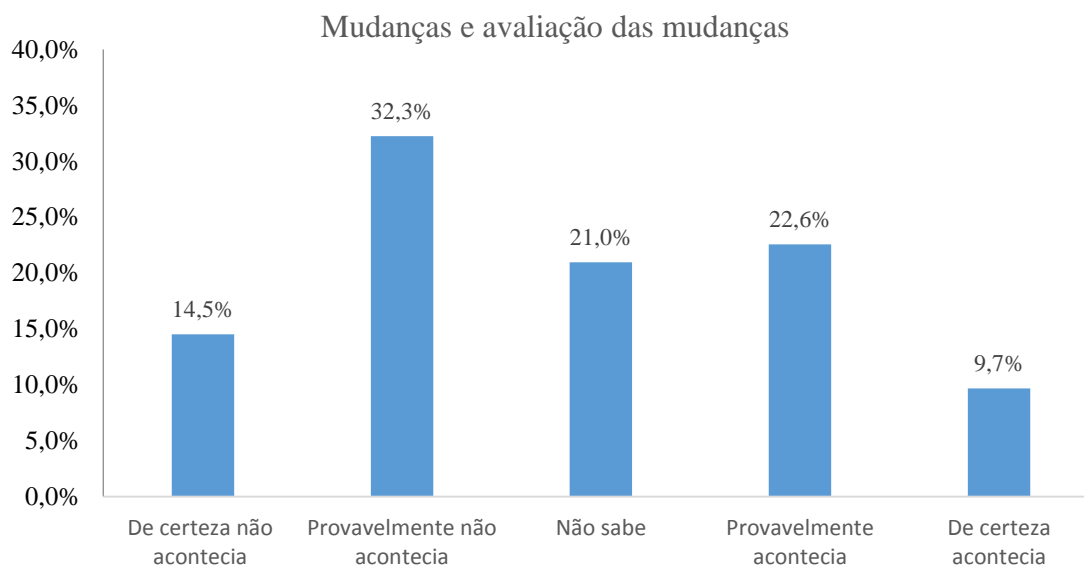


Figura 2 – Ocorrência das mudanças sem a participação no grupo sociodramático

Por fim, quanto ao grau de importância atribuída a cada mudança, os participantes consideram que, 0% das mudanças foram nada importantes, 1,6% das mudanças foram pouco importante, 14,5% das mudanças foram moderadamente importantes, 46,8% das mudanças foram muito importantes, e 37,1% das mudanças foram extremamente importantes, tal como comprova o seguinte gráfico:

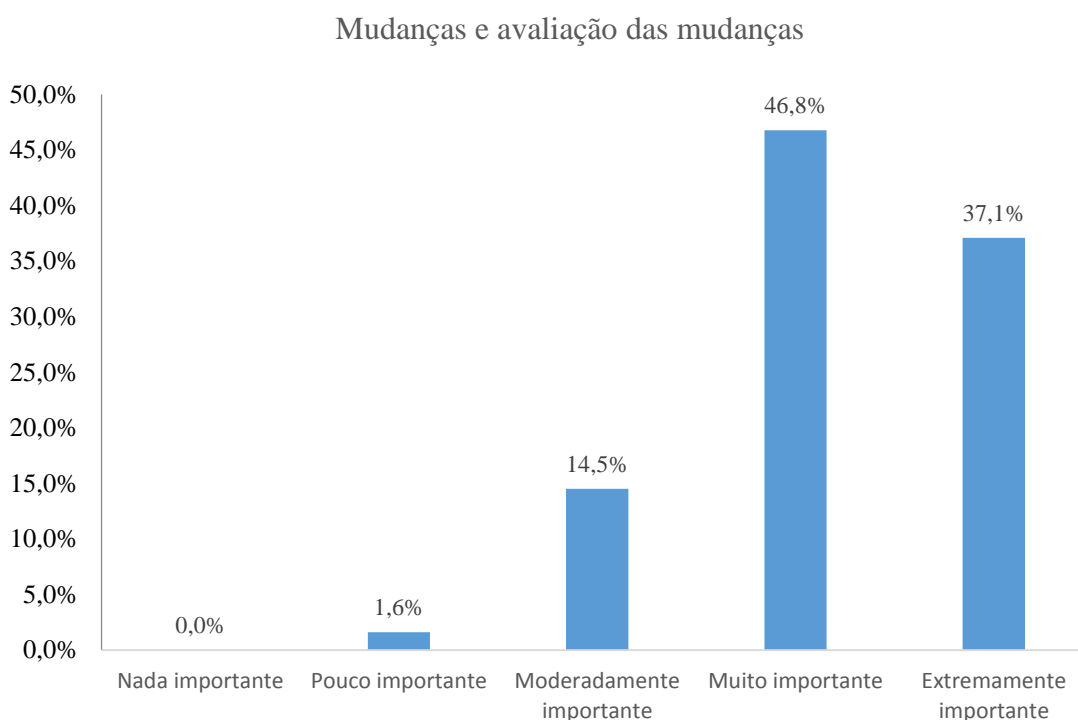


Figura 3 – Grau de importância atribuída a cada mudança

3.2. Para pior

Na categoria central “para pior”, nenhum participante referiu alguma coisa que tivesse mudado para pior.

3.3. Por concretizar

Na categoria central “por concretizar”, os resultados apontaram para o facto de os participantes estarem conscientes, no final da intervenção, de mudanças relativas a si (n=9) e relativas aos outros (n=2) que ainda gostavam que acontecessem. Ainda nesta categoria central, foi possível verificar que dois participantes referiram não ter nenhum aspeto/mudança por concretizar.

Na categoria concetual “em relação a si”, dois dos dez participantes gostariam de alcançar mudanças nas características pessoais (e.g. ser menos introvertido, ser menos exigente) um deles gostaria de alcançar mudanças ao nível dos sintomas (e.g. redução do delírio) dois gostariam de alcançar mudanças na expressão e regulação emocional (e.g. regular a tristeza), três gostariam de alcançar mudanças de hábitos/autonomia (e.g. deixar de fumar, sair mais) e outro mudanças ao nível das cognições (e.g. memorizar melhor) As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“(Pausa) É assim eu gostava, gostava de ser menos introvertido”. “Mais falador” (P5)

“(Pausa) Há claro” “ (...) Só que não depende de mim”. “(Pausa) É, é a doença que eu tenho que é ouvir vozes” “É. É um desconforto muito grande” “O que vale eu quando, durante o dia quando estou aqui raramente as ouço. Chego a casa é que ouço mais”. “ (...) Muitas vezes não estou bem da cabeça” “Às vezes ouço outras vezes não ouço. Depende” (P5)

“O que queria mudar (pausa) não ser tão, tão emotivo” (P7)

“Eu como tenho dificuldades em ir aos anos dos meus sobrinhos também tenho dificuldades em sair”. “Para sítios em que haja muito povo. Tenho muita dificuldade por isso é que eu me reservo um bocado em casa”. “É uma coisa que eu gostava de deixar de fumar, que ando a fumar muito” (P5)

“Aquilo que eu queria mudar é ter mais capacidade de, (pausa) como é que hei-de dizer, não sei explicar. (Silêncio) Mais capacidade de memória. (Pausa) Tipo estamos a dar uma, uma matéria o, a formadora está a explicar a matéria, até que nos, faz, no faz e tipo depois passado um bocado já não sei como é que hei-de explicar, como é que...” (P7)

Algumas mudanças pretendidas relacionam-se com deficiência/doença mental existente, podendo estar de certa forma comprometidas pela condição crónica, como por exemplo o desejo de redução do delírio ou o aumento da capacidade de memorização.

Relativamente à categoria concetual “em relação aos outros”, verificou-se que dois dos dez participantes gostariam de ver mudanças nos outros.

”Um pouco”. “ (...) Queria que as pessoas ponderassem um pouco as palavras. Muitas vezes magoavam e... acho que as pessoas muitas vezes não têm noção daquilo que dizem” (P3)

“Sim”. [Em relação ao pai] “(Ri) que pusesse as coisas em ordem (ri) mas não adianta, até a minha mãe resmungar com ele. (Ri)” (P1)

Tabela 8

Sistema categorial sobre as mudanças identificadas pelos participantes no final do processo

MUDANÇAS IDENTIFICADAS PELOS PARTICIPANTES NO FINAL DO PROCESSO		
Categoria central	Categorias conceituais	Subcategorias
Para melhor	Mudanças nas características pessoais	Colocar-se em primeiro lugar
		Autoconceito mais positivo
	Mudanças de hábitos	Maior autonomia
		Maior compromisso com as responsabilidades (e.g. estudos)
		Mudanças ao nível de novos hábitos
	Mudanças na forma de perceber a realidade	
	Mudança na expressão e regulação emocional	Mais capacidade em exprimir sentimentos
		Maior regulação emocional
	Mudança ao nível da performance académica	Mais concentração
		Menor ansiedade nas fases de avaliação (e.g. testes)
	Mudança na relação com os outros – com os pares em geral	Menor sentimento de exigência para com os outros
		Maior capacidade de tolerância com os outros
		Maior compreensão para com os outros/melhores relacionamentos
		Mais capacidade em exprimir ideias/opiniões
		Mais capacidade de definir limites aos outros
		Mais capacidade em lidar com a opinião/olhares dos outros
		Menor sentimento de isolamento e abertura aos outros
		Menor timidez/introversão na relação com os outros
		Apoio/suporte para os outros
		Mais capacidade em lidar com o facto de ser dependente de terceiros
Mudança na relação com os outros – com pessoas específicas (familiares)		Menos conflitos familiares
		Menor sentimento de revolta em relação à filha
	Mais capacidade em lidar com a família da esposa	
Para pior	Nenhuma (n=10)	
Por concretizar	Em relação a si	Mudança nas características pessoais
		Mudança ao nível dos sintomas
		Mudança na expressão e regulação emocional
		Mudança ao nível das cognições
	Em relação aos outros	Ver mudança nos outros

4. Atribuições dos participantes à mudança

Através do relato retrospectivo, no final do processo terapêutico, os participantes foram convidados a fazer atribuições à mudança anteriormente identificadas.

No domínio “atribuições dos participantes à mudança” foram identificadas duas categorias centrais, sendo elas: dentro das sessões e fora das sessões. Os participantes revelaram diferentes atribuições às mudanças. Dentro do processo terapêutico, os resultados apontaram para o facto dos participantes considerarem como atribuições à mudança, o grupo (n=10), o terapeuta (n=10), o ego auxiliar (n=4), sessões marcantes (n=10), as atividades consideradas mais úteis (n=11), técnicas específicas do psicodrama/sociodrama (n=10) e momentos difíceis ou dolorosos que possam ter ajudado (n=8). Relativamente às atribuições à mudança fora do processo terapêutico, os resultados apontaram para o facto de os participantes considerarem a autoconsciência/autoconhecimento (n=1), uma maior ocupação e empenho nos estudos (n=1) e o apoio de familiar na realização de exercício físico (n=1) como aspetos fora das sessões que contribuíram para o alcance das mudanças. A tabela 9 ilustra algumas categorias das atribuições à mudança.

4.1. Dentro das sessões

Os principais fatores referidos como úteis para as mudanças foram: o grupo, a ação do terapeuta, sessões marcantes, atividades consideradas úteis e as técnicas específicas do psicodrama/sociodrama.

Na categoria concetual “grupo”, os resultados apontaram para o facto de dez participantes terem referido o grupo, nomeadamente a partilha de vivências e a expressão/partilha de ideias/opiniões entre os colegas como algo importante para obterem mais confiança e força necessárias para ultrapassar as suas dificuldades (n=2), o apoio/ajuda do grupo (n=5) e as interações entre os elementos do grupo (n=3). As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“O A”. “ (...) A vivência dele de vida que deu para ultrapassar as nossas dificuldades” [Relativamente a ser um amigo que gosta de ouvir refere] “É. Dá-me confiança. Ajuda a ver se consigo ultrapassar isso tudo” (P4)

“Nas sessões, nas sessões senti que podia dizer tudo”. “Nas sessões como me pude exprimir mais já não sou tão tímida, como me pude expressar mais e sem, sem que os meus colegas se rissem de mim e eu Aaa participei e comecei a desenvolver, eu começou a repetir aquela timidez que tinha” (P10)

“Sim, sim. Apoiaram-me bastante” (P3)

“(…) Nós somos um grupo carente e precisamos do apoio uns dos outros, por isso somos um grupo muito unido e isso verificou-se ao longo das sessões (...) o grupo cada vez estava mais unido e se uniu, se uniu ainda mais” [o grupo foi muito importante para as suas mudanças?] “Foi”. “[Foi um suporte, o que é que o grupo fez para, para o ajudar a mudar?] “ (Silêncio) (Respira fundo) Deitar para fora o que sentia”. “Sentimentos, emoções” (P5)

“Sim. (Silêncio). Tive a ajuda deles” (P9)

“ [E os colegas do grupo M.? Também acha que a ajudaram?] Porque eu acho que sem eles, sem eles eu não conseguia, não conseguiria acho ultrapassar estas dificuldades” (P10)

Na categoria concetual “terapeuta”, os resultados apontaram para o facto de dez participantes terem referido características do terapeuta, nomeadamente o terapeuta como um apoio/amigo/figura de conforto (n=7), como alguém que transmite conhecimentos e novas ideias (n=1) e como alguém que abre horizontes (n=1). Um dos participantes referiu a relação terapêutica assente na compreensão e na aceitação (n=1). As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“O Dr. S. é a minha estrelinha da sorte. (Ri) ”. “ (...) Muitas vezes nós estávamos em baixo e ele muitas vezes nos apoiou (...) Sempre que vou fazer um teste é assim, lembrar-me do Dr. S. Se não for hoje é no próximo” “Haviam lá alturas em que estava mesmo irritada e ao longo da sessão, cada palavra, cada coisa que o Dr. S. dizia parece que acalmava (...)” (P3)

[A relação com os terapeutas foi importante?] “Bastante, o Dr. S. é impecável”. “ (...) Ponderado, tinha calma”. “Se, seguia-nos numa direção certa” [Ele era uma figura de conforto?] “Era” (P5)

“Foi o Dr. S. O Dr. S. ajudou-nos imenso. Foi ele um pilar, como se diz, ali uma pessoa que apoiava...”. “Amiga, conselheira, que no final nos aconselhou (...) Foi nosso amigo, foi nosso amigo mesmo. Gostei. Ainda o encontro por aí” “ (...) Um pilar, um apoio para nós todos, não foi só para mim” (P6)

“O, a gente para lidar com o, lidar é modo de falar com pessoas, neste caso o Doutor e a formadora”. “Com pessoas que nos transmite (pausa) conhecimento e sabedoria (...) ” (P7)

“(Silêncio) Sim. Não sei porquê mas há...costuma-se dizer que há pessoas que têm dons (Ri E) e... (Silêncio) eu por exemplo é...engraçado”. [Acha que o Dr. S. tem um dom?] “Acho que sim”. [Qual é o dom dele?] “É conseguir transmitir (pausa) uma nova forma, uma nova maneira (pausa) de ver o que a vida nos propõe. (Pausa) Agarrados, tão firmes a uma ideia que não vemos mais ao horizonte. E ele... consegue abrir os horizontes a uma pessoa” (P8)

“(...) Dr. S. foi sempre compreensivo comigo, muito muito compreensivo com toda a gente da turma”. “Aaa, (pausa) claro que tinha que ser mas era muito compreensivo conosco”. “Compreendia os nossos pontos de vista (...) aceitava-nos” (P10)

Na categoria concetual “ego auxiliar” os resultados apontaram para o facto de três participantes terem referido o ego-auxiliar como alguém que contribuiu para o alcance das mudanças e como sendo um aspeto útil no sociodrama e outro participante considerou as características do ego-auxiliar, nomeadamente a transmissão de conhecimentos e novas ideias. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“O, a gente para lidar com o, lidar é modo de falar com pessoas, neste caso o Doutor e a formadora”. “Com pessoas que nos transmite (pausa) conhecimento e sabedoria (...) Os formadores aqui também nos ajudam muito. Neste caso a formadora E.”. “Ela houve lá alturas entre aspas ela a dar-nos nas orelhas”. “Que era para a gente saber (silêncio) fazer para adquirir as competências”. “Prontos, saber transmitir o conhecimento, o, as técnicas que eles usaram” (P7)

Na categoria concetual “sessões marcantes”, os resultados apontaram para o facto dos participantes terem considerado as sessões da segunda parte do processo como as sessões mais marcantes. Dois dos dez participantes referiram a sessão 6 “visionamento de um vídeo da atleta Janine”, um participante referiu a sessão 7 “o que levo dos meus pais”, dois referiram a sessão 9 “baú das coisas por dizer”, outro participante referiu a sessão 11 “ajudar e receber ajuda”, dois participantes referiram a sessão 13 - confronto direto entre o P1 e o P6, e outros dois participantes referiram a última sessão: túnel do amor. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Sim, que também acho que também foi o, o abraço final com a formadora ou com o ego auxiliar, a formadora E. (Risos)” (P1)

“Foi numa das sessões em que tivemos que (pausa) era uma sessão em que pretendíamos falar da nossa família, em que tínhamos que falar do nosso pai, irmão e mãe”. “E eu, essa sessão também me tocou bastante porque a parte de falar do meu pai, falar do meu pai eu não consigo mesmo por muito, chorei, chorei mesmo (pausa) os meus colegas nesse dia apoiaram-me bastante mesmo, mesmo até o Dr. S. e a formadora E (...) Eram as minhas estrelinhas naquele dia, mesmo” (P3)

“O da atleta é por causa de ter força de vontade e ultrapassar as coisas” (P4)

“Houve, houve uma que era o tema o ajudar e ser ajudado e eu, e eu por acaso senti isso na pele”. “Aliás até depois até comentei com o Doutor e com a formadora”. “Porque eu ajudei uma pessoa e ainda estou ajudar”. “E essa pessoa automaticamente sem eu pedir ajuda está-me ajudar porque eu, porque eu, porque eu ao ajudar essa pessoa...”. “Sinto-

me quase reá, reá, realizado”. “Saber que estou ajudar uma pessoa”. “Depois claro essa pessoa também está sempre, sempre ajudar” (P7)

“Gostei da sessão, da sessão pessoal de fazer as pazes com o meu colega. Essa foi, pronto fez-me bem, fez-me muito bem. (Pausa) (...) E até não me fez bem só a mim como ao meu colega, mas também ao grupo todo”. “Porque o grupo todo também estava a sentir” (P6)

“Foi o abraço, não só do Dr. S. mas também do ego-auxiliar” (P6)

“Que foi uma sessão que nós tínhamos de dizer, foi uma sessão em que (pausa) tínhamos de dizer (pausa) o que sentimos mas não dizemos”. “Que foi (pausa), foi num postite enumerarmos três acontecimentos em que três acontecimentos que sentimos que podíamos dizer alguma coisa mas não dizemos”. “E depois tínhamos que falar, fa, fazer uma história tipo explícito e eu apresentei o caso de falecimento da minha madrinha”. “Que eu, eu não lhe insisti eu disse-lhe eu não lhe insisti que tinha que dizer muitas vezes o quanto, quanto a amava” (P10)

Na categoria concetual “atividades consideradas mais úteis”, os resultados apontaram para o facto de um dos participantes terem referido a atividade “as minhas qualidades” (sessões 2, 3, 4 e 5), dois participantes referiram a atividade “carta na floresta” (Sessões 2, 3, 4 e 5), um referiu a atividade “o que levo dos meus pais” (sessão 7), um dos participantes considerou o visionamento de um vídeo de uma atleta que sofreu um acidente (sessão 6), quatro dos dez participantes referiram o relaxamento, outro referiu os momentos musicais”, e outro participante referiu os exercícios de imaginação com música como as atividades mais úteis de todo o processo terapêutico. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Houve lá um vídeo que me tocou bastante” (P4)

“Cantamos, sei que cantamos também”. “Fizemos um círculo, o grupo fez um círculo (pausa)” (P6)

“(…) Havia sessões em que punha, em que tínhamos que ficar assim a pensar no mundo, naquelas paisagens...”. “Com música de fundo” (P6)

“A da carta. Foi a da carta, essa foi uma carta”. [E o que é que aconteceu na da carta?]

“Não contava que essa vida era eu (silêncio)”. “Sim, Aaa quando nós estávamos de costas e que nós fechávamos e percorríamos-se, sei lá percorremos quase como desde pequenino a procurar uma pessoa algo”. “A imaginação”. “Mas fizemos duas, essas e isso foi bom. Aí é que eu encontrei, entre eu, entre o meu eu e o meu passado e o meu presente e possivelmente o meu futuro”. “Foi uma, uma conjugação total” (P8)

“Talvez as sessões de relaxamento” (P9)

Na categoria concetual “técnicas específicas do psicodrama/sociodrama”, os resultados apontaram para o facto de oito dos dez participantes terem referido a técnica

da inversão de papéis e dois participantes referiram a técnica da estátua, como sendo as duas técnicas do psicodrama/sociodrama mais úteis. As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Foi uma sessão em que o A. quando se resolve trocar papel com, com o A.” (P2)

“É difícil pôr no lugar da pessoa e é completamente difícil saber algumas coisas dos outros” “De pôr no papel do outro”. “No papel do outro é difícil pôr no lugar da pessoa e é completamente difícil saber algumas coisas dos outros” (P4)

“No, as estátuas pronto, Aaa uni-me não é que não esteja unida aos meus colegas durante as sessões de sociodrama eu uni-me mais aos meus colegas porque estava, eu estava unida mas queria unir-me mais aos meus colegas”. [E acha que conseguiu?] “Consegui. E nessas sessões eu consegui alcançar esse objetivo” (P10)

Na categoria concetual “momentos difíceis ou dolorosos que possam ter ajudado”, os resultados apontaram para o facto dos participantes terem referido como momentos difíceis e/ou dolorosos mas que ajudaram, a sessão 0 “jogo de identificação com um objeto” (n=1), a sessão 7 “o que levo dos meus pais” (n=2), a sessão 9 “baú das coisas por dizer” (n=2) e a técnica da inversão de papéis (n=2). As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

[Momentos difíceis ou dolorosos que possam ter ajudado] “ (...) penso eu com o pai, com a mãe e depois aquilo que o pai, não me recordo do tema qual foi”. [Inversão de papéis] “não com o colega mas com, com um parente, com uma pessoa amiga” [Razão pela qual o momento foi difícil] “Mais pela ligação que eu tive e tenho ao meu pai, também uma forte ligação que tenho à minha mãe e a minha idade de dependência” (P1)

[Momentos difíceis ou dolorosos que possam ter ajudado] “Quando tivemos que fazer a nossa apresentação (pausa) tínhamos que fazer a nossa apresentação e eu não consegui. [ajudou-a esse momento?] “Ajudou porque agora eu consigo fazer isso. Tranquilamente, sem (pausa) sem drama, sem nada” (P3)

[Momentos difíceis ou dolorosos que possam ter ajudado] “Sim, no caso...” [Do pai?] “Sim. Foi aquele momento de relembrar. Já foi há muito tempo, mas fica, fica... Ah também de vez em quando falava da minha mãe porque a minha mãe, a minha mãe fez um transplante renal, mas também comentei numa das sessões, porque eu não sei qual foi das sessões, mas acho que foi assim no início. Teve um grande problema de saúde, esteve quase a morrer. [Porquê é que foi tão doloroso falar da mãe, do pai] “Oh porque é a minha família. (Ri)”. “É doloroso perder uma mãe ou um pai”. “[Estes momentos ajudaram?] “Sim, eu falei só pouco. Não falei muito. (Lágrimas vieram-lhe aos olhos)” (P6)

[Momentos difíceis ou dolorosos que possam ter ajudado] “Acho que poderão vir ajudar”. “Talvez a inversão de papéis, acho que”. “Porque era difícil estar no lugar do outro” (P9)

[Momentos difíceis ou dolorosos que possam ter ajudado] “Sim”. “No caso do falecimento da minha madrinha (...)”. “E que não tive a oportunidade, eu disse-lhe uma

ou duas vezes, não tive, não tive oportunidade de lhe dizer mais vezes que a amava”. [Então acha que falar nesse momento foi difícil e doloroso mas acha que a ajudou? Em que sentido M.?] “No sentido de me abrir mais porque (pausa) eu estava com isso na consciência de nunca ter dito que não, não dizer mais vezes à minha madrinha que a amava” (P10)

4.2. Fora das sessões

Na categoria concetual “autoconsciência/autoconhecimento”, os resultados apontaram para o facto de um dos participantes ter considerado a consciência dos seus sentimentos, cognições e comportamentos no exterior como algo fundamental para as mudanças. A afirmação seguinte ilustra esta categoria concetual:

“Mas também fora”. “Nomeadamente (pausa) que eu me mentalizei que, que eu que as pessoas têm que gostar de mim...” “Não posso, não posso mudar, as pessoas têm que gostar de mim como eu sou” (P10)

Na categoria concetual “maior ocupação e empenho nos estudos”, um dos participantes considerou a ocupação e um maior empenho e responsabilidade nos estudos como uma das atribuições às suas mudanças.

“O tar ocupado” “O, o estudar, o estudar ajudou-me a melhorar” (P5)

Na categoria concetual “apoio de familiar na realização de exercício físico”, um dos participantes referiu sentimentos de suporte/apoio de um familiar na prática de exercício físico como uma das atribuições às suas mudanças.

[Também ajuda o facto da irmã agora querer, puxá-lo para fazer exercício físico?] “Possivelmente. (Risos)” (P5)

Tabela 9

Sistema categorial sobre as atribuições dos participantes à mudança

ATRIBUIÇÕES DOS PARTICIPANTES À MUDANÇA			
Categoria central	Categorias conceituais	Subcategorias	Sub-subcategorias
Dentro das sessões	Grupo	Partilha de experiências e a expressão/partilha de ideias/opiniões	
		Apoio/ajuda do grupo	
	Terapeuta	Caraterísticas do terapeuta	Apoio/amigo/conselheiro/figura de conforto
			Transmissão de conhecimentos e novas ideias
			Terapeuta como alguém que abre horizontes
		Relação terapêutica	Compreensão/aceitação
	Sessões marcantes	Sessão 6 “visionamento de um vídeo da atleta Janine”	
		Sessão 7 “o que levo dos meus pais	
		Sessão 9 “baú das coisas por dizer”	
		Sessão 11 “ajudar e receber ajuda”	
		Sessão 13: confronto direto entre o P1 e o P6	
		Última sessão: túnel do amor	
	Atividades consideradas mais úteis	Atividade “as minhas qualidades”	
		Atividade “o que levo dos meus pais”	
		Visionamento de um vídeo de uma atleta que sofreu um acidente	
		Relaxamento	
		Momentos musicais	
	Técnicas específicas do psicodrama/sociodrama	Inversão de papéis	
		Estátua	
	Momentos difíceis ou dolorosos que possam ter ajudado	Sessão 0 “jogo de identificação com um objeto	
Sessão 7 “o que levo dos meus pais”			
Sessão 9 “baú das coisas por dizer”			
Técnica da inversão de papéis			
Fora das sessões	Autoconsciência/autoconhecimento		
	Maior ocupação e empenho nos estudos		

5. Aspectos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes

Através da CCI e dos registos semanais dos participantes, foi possível perceber quais os aspectos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes face ao sociodrama.

O domínio “aspectos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes” refere-se a aspectos do grupo de sociodrama que os participantes consideraram que faltou e que poderia ter tornado o grupo sociodramático mais benéfico, assim como possíveis sugestões dos participantes. Efetivamente, cinco participantes não referiram aspectos em falta no grupo de sociodrama e sete participantes não referiram sugestões. No entanto, os resultados apontaram para o facto dos participantes considerarem que deveria ter existido mais momentos de tomada de posição em grupo face algum tema (técnica de sociometria) (n=2), mais momentos de treino de comunicação (n=1) e um maior número de sessões de sociodrama (n=3), tal como ilustra a tabela 10.

As afirmações seguintes ilustram esta categoria do processo terapêutico:

“Gostava de (pausa) que houve mais, portanto nós acho que só fizemos numa das sessões. Aaaa, argumentar. Portanto, um tema que fosse ele qual fosse, acho que até o único que argumentamos, portanto houve ali uma divisão no grupo e por acaso os homens num lado e as senhoras do outro. E pronto, acho que aí podia haver, ou melhor devia ter havido”. [Faltava no grupo mais momentos de argumentação?] “Sim, porque depois defendemos o... (...) cada um defende o seu ponto de vista, estão todos certos, estamos todos errados” (P1)

“Um da comunicação”. “Acho que sim, acho que sim. Que às vezes estamos a falar e tentamos explicar ou expor a nossa ideia e se calhar nem sempre somos bem compreendidos” (P1)

“Sim e também o tempo. Para mim acho que não são assim tantas” (P1)

“Hum, só acho que as sessões são poucas”. “15 Sessões é muito pouco. (Ri)” [Acha que ainda havia coisas para trabalhar?] “Bastantes”. (P5)

“Acho que devem continuar com isto. É ótimo” (P3)

Tabela 10

Sistema categorial sobre os aspectos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes

ASPETOS CONSIDERADOS EM FALTA OU SUGESTÕES DADAS PELOS PARTICIPANTES
Categorias
Mais momentos de tomada de posição em grupo face algum tema (técnica de sociometria)
Mais momentos de treino de comunicação
Maior número de sessões de sociodrama

CAPÍTULO 7

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Seguindo a mesma lógica de apresentação dos resultados, esta discussão irá ser realizada em termos dos resultados sobre: 1. A vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático; 2. A ação e impacto reconhecidos pelos participantes ao longo das sessões sociodramáticas; 3. Os problemas iniciais e mudanças identificadas pelos participantes no final do processo; 4. As atribuições dos participantes à mudança e, 5. Os aspetos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes.

1. Vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático

Os resultados deste estudo apontam para o facto do sociodrama ter começado por ser uma experiência mais negativa do que nos momentos seguintes, em que os participantes vivenciaram momentos iniciais de algum nervosismo, ausência de interesse e apreensão. Contudo, durante o processo terapêutico e no final, os participantes consideraram a experiência positiva, predominando sensações de bem-estar, como o alívio/descontração, esperança, liberdade/abertura, satisfação consigo e com os outros, alegria/boa disposição, estando também presente o sentimento de utilidade. De facto, e segundo Bechelli e Santos (2005), os participantes quando iniciam a psicoterapia de grupo, transportam para as sessões a sua bagagem pessoal, familiar e social, com o seu sistema de crenças e valores, atitudes e distorções que originam dificuldades, apreensões e/ou comportamentos inapropriados. Para além disso, e ainda segundo a perspectiva destes autores, é compreensível que, no início das sessões, os participantes não compreendam como é que a terapia poderá promover as mudanças. As sensações de bem-estar vivenciadas pelos participantes durante e no final do sociodrama, é congruente com o estudo de Furnes, Natvig, e Dysvik (2014) que concluíram que os clientes, em psicoterapia de grupo, referem sentir alívio emocional, com mais esperança, livres e seguros na expressão de sentimentos e pensamentos, considerando o clima seguro entre o grupo como um elemento essencial para a abertura e vontade de partilhar experiências. De acordo com Bechelli e Santos (2006) os participantes alcançam, durante as sessões, níveis mais elevados de satisfação consigo mesmos e com a sociedade, tal como se verificou no presente estudo.

A vivência negativa experienciada no início do sociodrama e a sensação de uma experiência mais positiva durante as sessões e no final do processo, poderá ainda ser

explicada pelas fases de grupo sugeridas por Tuckman nos anos 60. Segundo Tuckman (2001) todos os grupos passam por cinco estágios de desenvolvimento, nomeadamente pela fase de *forming* (formação), de *storming* (conflito) de *norming* (acordo) de *performing* (desempenho) e de *adjourning* (dispersão).

A fase de *forming* (formação) constitui-se enquanto fase de orientação e de dependência. Nesta fase, cada participante procura, dentro do grupo, um líder que lhes possa proporcionar um ambiente de segurança e de conforto. Os elementos do grupo procuram descobrir quais os comportamentos interpessoais aceitáveis no grupo, com base nas reações do terapeuta e dos elementos do grupo. O grupo procura definir e descobrir as regras e os papéis sociais. Durante esta fase poderão estar presentes objetivos pouco claros, pouco envolvimento e pouca interação entre os elementos, pouca expressão emocional. A fase de *storming* (conflito) diz respeito aos conflitos no grupo. A falta de unidade é uma característica marcante nesta fase. A procura de individualidade constitui na principal causa dos conflitos. Os elementos do grupo podem discordar das regras, das tarefas, dos objetivos, dos papéis. A interação é diferente e os conflitos internos são comuns. A fraca coesão grupal, os conflitos entre os elementos do grupo, a subjetividade estão presentes nesta fase. À medida que os conflitos vão sendo ultrapassados, o grupo passará para a fase de *norming* (acordo). Nesta fase, a coesão grupal está presente. O grupo torna-se numa entidade única. Os conflitos de tarefa são evitados para assegurar a harmonia. Há uma troca aberta de informações. Na fase de *performing* (desempenho) o grupo trabalha no sentido de solucionar os problemas. O grupo encontra-se orientado para o alcance dos objetivos. Nos grupos as soluções são menos intelectuais e impessoais. A ênfase está na ação construtivista. A criatividade, as relações mais abertas, a ação, a confiança, a segurança e a flexibilidade estão presentes nesta fase. Por fim, a fase de *adjourning* (dispersão) refere-se à dissolução do grupo (Tuckman, 2001). A experiência mais negativa vivenciada pelos participantes, no início do processo terapêutico, poderá relacionar-se com as duas primeiras fases definidas por Tuckman, nomeadamente a fase de formação do grupo terapêutico e de conflito. Os relatos evidenciaram que, nestas duas fases, os participantes vivenciaram nervosismo, ausência de interesse e apreensão. Por outro lado, as sensações de bem-estar relatadas pelos participantes, durante e no final do sociodrama, parecem corresponder às fases seguintes, nomeadamente à fase de acordo, à fase de desempenho e à fase de dispersão.

A experiência em sociodrama foi considerada, pelos participantes, durante e no final, como uma experiência positiva e satisfatória, associada a bem-estar. Estes dados

refletem a perspectiva de Marwood & Hewitt (2012) que consideram que as pessoas com deficiência avaliam positivamente a sua participação em psicoterapia de grupo. Segundo Lambert e Hill (1994) o bem-estar vivenciado pelos participantes nos grupos terapêuticos significa que a psicoterapia proporcionou resultados terapêuticos positivos.

A perspectiva dos participantes deverá ser considerada, numa tentativa de avaliar a vivência/experiência dos indivíduos em psicoterapia de grupo, assim como as mudanças alcançadas (Gordon, 2000).

2. Ação e impacto reconhecidos pelos participantes ao longo das sessões sociodramáticas

Durante as sessões, no registo semanal, a fase de aquecimento foi muito referida pelos participantes como útil nas primeiras sessões, na fase de formação do grupo. Este resultado poderá ser explicado pelo facto da fase de aquecimento possibilitar a estimulação da criatividade e da espontaneidade dos elementos do grupo, facilitar as interações entre os elementos do grupo, desenvolvendo o sentimento de coesão e confiança, por exemplo através da partilha de experiências ou através de atividades físicas que envolvam contacto ou comunicação não-verbal, e auxiliar os elementos do grupo a focalizar problemas pessoais em relação aos quais gostariam de trabalhar em psicodrama/sociodrama (Holmes & Karp, 1991). Possibilita ainda, aos elementos do grupo, desligar/desviar a atenção do mundo externo, para se integrarem no espaço do mundo interno (Cukier, 1992).

A dramatização foi a fase da sessão mais referida em todos os HAT's e registos semanais. Nesta fase, foram destacados as atividades/jogos sociodramáticos. As atividades/jogos sociodramáticos proporcionam o relaxamento de conduta. À medida que as pessoas são solicitadas a “brincar”, é-lhes oferecida uma maneira de atuar mais descontraída no mundo do “como se”. A tensão diminui, uma vez que se trata de uma situação permissiva e protegida, com determinadas regras a serem alcançadas, o que promove o surgimento de respostas mais espontâneas e criativas (Monteiro, 2012).

As técnicas mais clássicas do sociodrama foram identificadas pelos participantes como úteis apenas a partir da 6ª sessão. A técnica da sociometria foi a mais salientada pelos participantes nas diferentes sessões, algo que poderá contribuir para o empowerment desta população.

Relativamente às técnicas específicas do psicodrama/sociodrama, apesar da técnica de inversão de papéis e da estátua terem sido referidas como técnicas importantes

para a mudança, estas não foram tão evidenciadas nos aspetos úteis das sessões (HAT's). Este dado é consistente com os resultados obtidos no estudo de Vieira (2014) em que constatou que, a referência às técnicas específicas do psicodrama/sociodrama, como por exemplo a inversão de papéis, não foi muito evidente. A autora sugeriu que nas atividades/jogos dramáticos propostos pelo diretor, recorre-se às técnicas específicas dos métodos de ação, como por exemplo a técnica de inversão de papéis, estátua e solilóquios, e que portanto se torna difícil perceber se os participantes se referem às atividades/jogos sociodramáticos quer pelo tema explorado ou então pelas técnicas usadas ao longo das dramatizações.

Outro resultado deste estudo remete para o facto dos comentários finais, quase não terem sido referidos pelos participantes (apenas por um participante numa única sessão) como aspetos úteis a salientar. Este resultado poderá ser justificado pelo facto dos participantes terem atribuído maior relevo e importância à representação de situações, à dramatização do que propriamente à dimensão cognitiva, no que respeita aos comentários do grupo e/ou da equipa terapêutica, no final de cada sessão. Parece assumir-se assim, a importância que os métodos ativos têm na população com deficiência e incapacidade. Neste sentido, e segundo Quezeda (2008) a terapia de grupo têm-se demonstrado eficaz com pessoas com deficiência e incapacidade, quando se utiliza um certo estilo diretivo com sessões relativamente estruturadas e concretas, estimulando mais os processos sensoriais e afetivos da aprendizagem, recorrendo-se a técnicas ativas e interativas.

Especificamente na psicoterapia de grupo, os fatores terapêuticos podem decorrer das ações do terapeuta, dos elementos do grupo, ou então do próprio cliente (Bloch, Reibstein, Crouch, Holroyd, & Themen, 1979). Este dado é consistente com os resultados obtidos na presente investigação.

A ação do terapeuta foi a mais referida ao longo de todo o processo terapêutico. Determinados fatores têm sido indicados como sendo responsáveis pelos resultados observados em processos terapêuticos, nomeadamente fatores comuns ou relacionais (e.g. a aliança terapêutica, a confiança, a compreensão, a aceitação, a empatia, a atitude positiva do terapeuta) (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2001).

Seguidamente, foi destacada a ação do próprio e a ação do grupo. O destaque que os participantes atribuíram à sua própria ação, sugere-nos que, não só a ação do terapeuta e do grupo promovem a mudança e são importantes. Este resultado vai ao encontro daquilo que a literatura nos diz. Ou seja, as evidências apontam para diferentes fatores de mudança, nomeadamente os fatores relacionados com os clientes (e.g. a motivação,

capacidades cognitivas, vontade, confiança, experiências, possibilidade de falar livremente (catarse), abertura para novas possibilidades, capacidade de enfrentar situações e identificar problemas, rede/ suporte social, e severidade da perturbação) (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2001; Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009). A importância da ação do grupo para os participantes poderá ser explicada pelo facto do apoio entre os indivíduos consolidar a coesão grupal face a um determinado objetivo em comum (Bechelli & Santos, 2002). Os participantes recriam no grupo os seus modelos de relação, confrontando-se e sendo também confrontados com as diferenças individuais, sendo esta uma condição necessária para apreenderem a diferenciação entre a sua experiência emocional e a dos outros, sendo cada um dos elementos do grupo agentes terapêuticos dos demais (Moreno, 1974).

Em termos do impacto das sessões, a expressão e experiência emocional foi a categoria mais salientada pelos participantes. Este resultado é consistente com os estudos de Timulak (2007) e Paulson, Tuscott, e Staurt (1999) que verificaram que a exploração e experimentação de sentimentos/emoções – alívio emocional constituem-se como os aspetos mais úteis identificados pelos participantes no processo terapêutico. Os fatores grupais foram também bastante salientados pelos participantes. Este resultado é consistente com outros estudos que destacam a troca e partilha de vivências entre os elementos do grupo, em que se permite ouvir, representar e dar a conhecer os conflitos vividos no dia-a-dia, a coesão grupal e o relacionamento interpessoal como sendo fatores proporcionados pela intervenção em grupo (Yalom & Leszcz, 2005; Domingues, 2012).

O autoconhecimento/autoconfiança foi igualmente valorizado pelos participantes ao longo do processo terapêutico. Para Pio-Abreu (2006), existem alguns fatores terapêuticos em psicodrama, sendo que um deles recai sobre uma melhor compreensão/conhecimento de si. No estudo de Timulak (2007) um dos aspetos úteis identificados pelos participantes foi a autoconsciência/autoconhecimento/auto-compreensão, sendo que estes aspetos são congruentes com o resultado da presente investigação. Para além de outros estudos que constataram o facto dos participantes, em intervenção grupal, alcançarem autoconsciência das suas próprias experiências internas (Levitt & Williams, 2010) o autoconhecimento e auto-compreensão (Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009; Svanborg, Baarnhielm, Wistedt, & Lutzen, 2008) e a autoconfiança (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2001).

Outro resultado evidente no presente estudo foi a visão positiva de si/empoderamento, salientado pelos participantes ao longo do processo terapêutico.

Sentimentos de auto-valorização, de força, de avaliação positiva de si e desenvolvimento de capacidades/competências para lidar com as dificuldades/situações foram fatores terapêuticos muito importantes e que possibilitaram um crescimento pessoal. Este resultado é congruente com o estudo de Richards e Timulak (2012) em que o empoderamento é referido como um dos aspetos úteis no processo terapêutico. O alcance de empoderamento revela ser um fator muito importante para esta população, na medida em que os participantes sentem-se mais capazes de lidar com as dificuldades/situações que vão surgindo nas suas vidas e que estão presentes na população com deficiência e incapacidade, tais como o lidar com a sua condição, com os preconceitos de que são alvo, com o estigma, com as dificuldades relacionais, com o ser-se dependente de terceiros. O empoderamento possibilita a atenuação das vulnerabilidades das pessoas com deficiência e incapacidade, pois oferece a esta população a possibilidade de reconhecerem o seu valor e a capacidade para lidar com os problemas (Dantas, Silva, & Carvalho, 2014). A psicoterapia de grupo proporciona, para além de outros aspetos, o crescimento pessoal (Hurley, Tomasulo, & Pfadt (1998).

Ainda no presente trabalho, é de realçar a importância que os participantes atribuíram à auto-revelação/abertura. No estudo de Paulson, Tuscott, e Staurt (1999) a auto-revelação do cliente foi identificado como um aspeto útil experienciado pelos indivíduos em psicoterapia.

No que concerne aos aspetos não úteis identificados pelos participantes em sociodrama, emergiu uma categoria que se refere às dificuldades que os participantes foram sentindo ao longo do processo terapêutico. As dificuldades referidas por alguns participantes (quatro participantes em apenas 11 HAT's de 122) relacionam-se com a expressão e experienciação emocional, a introversão e com dificuldades em comentar determinados temas/assuntos, como este participante elucida “ (...) *A maior dificuldade que tenho é os comentários nunca sei o que dizer*”. Estudos futuros são necessários para se perceber se esta dificuldade em comentar constitui uma especificidade desta população.

3. Problemas iniciais e mudanças identificadas pelos participantes no final do processo

Os participantes do grupo de sociodrama identificaram nove tipos de problemas/dificuldades iniciais e seis tipos de mudanças. As psicoterapias,

independentemente das orientações teóricas que as inspiram, parecem ser capazes de produzir mudança (Lambert, 1991).

A relação com os outros foi a queixa mais referida, como também a mudança mais salientada pelos participantes. Maior capacidade de tolerância com os outros, uma maior compreensão para com os outros/melhores relacionamentos, capacidade em colocar-se no lugar do outro, menor sentimento de exigência para com os outros, foram algumas das mudanças alcançadas pelos participantes e que nos levam a refletir que os participantes aceitam melhor os outros. Efetivamente, os resultados de algumas investigações evidenciaram melhores relacionamentos interpessoais, maior abertura aos outros, menor sentimento de isolamento, sentimento de apoio dos elementos do grupo, como mudanças importantes referenciadas pelos indivíduos sujeitos a psicoterapia de grupo, nomeadamente psicodrama e sociodrama (Mallinckrodt, 1989; Sousa & Moura, 2011; Dogan, 2010; McVea, Gow, & Lowe, 2011; Yildiran & Holt; 2014). No estudo de Quijada e Torres (2007) os autores verificaram que os participantes alcançaram uma maior capacidade em estabelecer limites, mais capacidade de se colocar no lugar do outro, maior reconhecimento pelo outro, tendo o psicodrama possibilitado a esta população a liberdade na expressão de ideias/opiniões, permitindo assim melhorar os relacionamentos.

A mudança de hábitos e a mudança na expressão e regulação emocional foram igualmente salientadas pelos participantes, com grande expressão. As dificuldades em lidar com a doença (aceitar as sequelas e limitações) e com a dependência e a fraca motivação para tarefas do dia-a-dia (e.g. realização de exercício físico) parecem ter sido superadas não só pelas mudanças de hábitos, que os participantes identificaram, como também pela mudança na relação com os outros (nomeadamente o facto de considerarem que aceitam melhor, no final da intervenção, o facto de serem dependentes de terceiros em alguma dimensão). Os relatos evidenciaram que a mudança de hábitos associa-se a uma maior autonomia, maior compromisso com as responsabilidades (e.g. estudos), e mudanças ao nível de novos hábitos (nomeadamente o facto de agora já fazerem exercício físico e comprarem o jornal para ler). O alcance de uma maior autonomia é congruente com os dados obtidos no estudo de Quijada e Torres (2007) que sugerem que o psicodrama, como um método de ação, possibilitou esta mudança aos participantes com deficiência e incapacidade. Um maior compromisso com as responsabilidades (e.g. estudos) também foi um resultado obtido no estudo de McLennan e Smith (2007).

As dificuldades em controlar comportamentos (e.g. alimentares) e emoções (e.g. riso, choro, irritação, impulsividade) e os sintomas de sofrimento psíquico (e.g. tristeza, solidão, problemas de sono) parecem encontrar correspondência com as mudanças ao nível da expressão e regulação emocional. Mais capacidade em exprimir sentimentos e uma maior regulação emocional foram salientadas pelos participantes. Esta mudança também possibilitou aos participantes exprimir sentimentos em relação aos outros. Este resultado é consonante com alguns estudos que referem o psicodrama e sociodrama, como métodos terapêuticos, que proporcionam aos indivíduos maior capacidade em expressar emoções/sentimentos e experiência emocional (Fong, 2006; Valladares, Avanci, Abrão, Pedrão, Luis, & Soares, 2005; McLennan & Smith; 2007). Quijada e Torres (2007) referem que o psicodrama possibilitou aos participantes com deficiência e incapacidade a liberdade na expressão de emoções/sentimentos. Os métodos de ação, como o sociodrama, proporcionam uma maior oportunidade para a expressão de emoções, num ambiente seguro e confortante (Tomasulo, 1994).

A baixa autoestima relatada pelos participantes no início do processo parece ter sido superada com as mudanças que os participantes identificaram nas características pessoais, nomeadamente o facto de gostarem do corpo, serem capazes de se colocarem em primeiro lugar, serem mais extrovertidos. Serem mais capazes de se colocarem em primeiro lugar, definirem-se de forma mais positiva e o serem mais flexíveis, assumiram-se como mudanças muito importantes para esta população. Tomasulo e Razza (2006) referem que a psicoterapia de grupo oferece às pessoas com deficiência a oportunidade de pensarem mais em si, aumentando a sua autoconsciência. O alcance de um autoconceito mais positivo é congruente com os dados obtidos noutras investigações que referem que, o método de ação possibilitou aos participantes da terapia psicodramática e sociodramática alcançar mudanças ao nível de uma maior autoconfiança e autoestima (Torres, Lima, & Ramos-Cerqueira, 2001; Gazziero & Danielski, 2013).

As dificuldades académicas e profissionais (dificuldades de concentração e ansiedade face às avaliações) parecem igualmente ter sofrido melhorias, tendo os participantes relatado mudanças ao nível da performance académica. O alívio de sintomas, nomeadamente ansiedade, é também uma mudança identificada no estudo de Yildiran e Holt (2014) acerca da efetividade da intervenção em grupo com pessoas com deficiência.

As dificuldades em lidar com o passado (falar sobre o acidente, aceitar as opções realizadas) parecem estar associadas a uma mudança na forma de perceber a realidade

identificada pelos participantes no final do processo terapêutico, relacionada com o facto de verem a vida de forma diferente, terem menos pensamentos centrados no passado e mais pensamentos voltados para o futuro. No estudo realizado por Mondardo, Piovesan, e Mantovani (2009) uma das principais mudanças alcançadas em intervenção grupal, relaciona-se com a mudança na forma de perceber a realidade.

As dificuldades em lidar com as expectativas (e.g. dos próprios, dos pais) não encontram correspondência com as mudanças identificadas. Ainda assim, mudanças a outros níveis poderão atenuar estas dificuldades.

Em suma, mudanças nas relações com os outros, mudanças de hábitos, mudanças na expressão e regulação emocional, mudanças nas características pessoais, mudanças na performance académica e mudanças na forma de perceber a realidade parecem ter sido mudanças muito importantes para esta população e que vão ao encontro das dificuldades iniciais identificadas pelos participantes. Sabendo-se que, a deficiência tem impacto ao nível das emoções, ao nível dos relacionamentos interpessoais, da autoestima, da aceitação social, da perda de identidade, da autonomia, o sociodrama, enquanto método de ação, permitiu a estes participantes colocarem-se em primeiro lugar/pensarem mais em si (Tomasulo & Razza, 2006); o incremento da autoestima; o tornarem-se mais flexíveis; viverem e (re) significarem estados emocionais (Mondardo, Piovesan, e Mantovani, 2009); maior experienciação emocional; mudanças nas relações interpessoais; (Yildiran & Holt, 2014); menor sentimento de isolamento (Mallinckrodt, 1989); o alívio de sintomas (Yildiran & Holt, 2014); mudança na forma de perceber a realidade e o aumento do bem-estar (Mondardo, Piovesan, e Mantovani, 2009).

Pelo exposto e pelos resultados obtidos no presente estudo, o sociodrama demonstrou ser uma psicoterapia de grupo com resultados terapêuticos relatados bastante positivos, já que foram indicadas, pelos participantes, diversas mudanças sentidas ao longo do processo terapêutico. Para além disso, 84% das mudanças foram consideradas pelos participantes como mudanças “muito importantes” e segundo a perspectiva dos próprios quase 50% das mudanças “provavelmente não aconteciam” sem o grupo sociodramático. Apesar de cerca de 50% das mudanças terem sido “algo esperadas”, o grau de surpresa também foi evidente nos resultados (40%).

4. Atribuições dos participantes à mudança

Na análise retrospectiva realizada com os participantes, o grupo e o terapeuta foram referidos por todos como os principais motores da mudança. Foi apontada a importância

do grupo, por via da partilha de vivências e a expressão/partilha de ideias/opiniões entre os colegas como algo importante para obterem mais confiança e força necessárias para ultrapassar as suas dificuldades, o apoio/ajuda do grupo e as interações entre os elementos do grupo. Na psicoterapia de grupo todos os elementos do grupo são agentes terapêuticos da mudança (Moreno, 1974). A mudança terapêutica provém da força dos elementos do grupo (Bechelli & Santos, 2002).

Os participantes referiram-se ao terapeuta como um apoio/amigo/conselheiro/figura de conforto, como alguém que transmitiu conhecimentos e novas ideias e que abriu horizontes, bem como apontaram a compreensão/aceitação por parte do terapeuta. Segundo Bakali, Wilberg, Hagtvet, e Lorentzen (2010) na intervenção em grupo o principal agente da mudança é o próprio grupo, sendo o oposto na intervenção individual em que o terapeuta é visto como o principal agente da mudança. O presente estudo contraria esta perspectiva dos autores, na medida em que o terapeuta foi considerado pelos participantes como tendo sido importante para o alcance das mudanças, ficando assim evidente que o terapeuta foi também um agente importante para a mudança no sociodrama para estes participantes.

No final, e retrospectivamente, foram salientadas pelos participantes como as sessões mais marcantes, as sessões da segunda parte do processo terapêutico, nomeadamente a sessão 6, 7, 9, 11, 13 e 14. Dado que estas sessões foram consideradas, pelos participantes, como as mais importantes, parece que, o desenvolvimento de estratégias, atitudes e competências de resiliência face às adversidades, através da visualização de um vídeo relacionado com um atleta que sofreu um acidente, o autoconhecimento relativamente à herança emocional, atitudinal e comportamental do pai e da mãe, através da atividade “o que levo dos meus pais”, o desenvolvimento de estratégias relacionais que permitissem uma maior capacidade de expressão e de negociação subjetiva, através da atividade “baú das coisas por dizer”, o desenvolvimento de estratégias relacionais que permitissem uma maior competência na gestão de relações de ajuda, através da atividade “ajudar e receber ajuda”, o desenvolvimento de uma imagem corporal mais positiva, através da atividade “olhos nos olhos”, a resolução de conflitos entre elementos do grupo e a identificação sobre o que cada um leva para a sua vida a partir da vivência sociodramática, através das atividade “oferta de presentes e túnel do amor” foram muito importantes para os participantes e que permitiram confrontar e trabalhar, algumas das dificuldades dos participantes. Para além disso, o facto dos participantes terem relatado como as sessões mais marcantes as da segunda parte do

processo, tal poderá estar relacionado com a fase de desenvolvimento em que o grupo se encontrava, nomeadamente a fase de acordo e a fase de desempenho, na qual o grupo já se encontrava consolidado. O efeito da memória também poderá estar na base da escolha e recordação das sessões da segunda parte do processo.

Para além das sessões mais marcantes, os participantes referiram atividades úteis, como os momentos musicais, relaxamento, atividades relacionadas com o autoconceito, com o lidar com a doença e a relação com os outros. A importância atribuída pelos participantes aos momentos musicais, relaxamento, poderá ser justificada pelo facto do relaxamento com música contribuir para o controlo da mente e para a vivência de sensações positivas (Chiarelli & Barreto, 2012). Para além disso, as atividades relacionadas com o autoconceito, com o lidar com a doença, e a relação com os outros, podem ter sido consideradas as mais úteis por terem permitido trabalhar as queixas identificadas (baixa autoestima, dificuldades em lidar com as sequelas da doença, e dificuldades relacionais). No final do processo terapêutico, os participantes salientaram a técnica da inversão de papéis e a estátua como as técnicas mais importantes para a mudança. Segundo Kipper e Ritchie (2003) a técnica de inversão de papéis é a técnica mais usada e salientada pelos participantes. Importante ainda referir que, os participantes evidenciaram momentos difíceis ou dolorosos, mas que ajudaram. As sessões mais úteis e a técnica mais importante foram também as mais difíceis.

5. Aspectos considerados em falta ou sugestões dadas pelos participantes

Mais momentos de tomada de posição em grupo face a algum tema (técnica de sociometria), mais momentos de treino de comunicação e um maior número de sessões de sociodrama foram os aspectos em falta/sugestões realçados pelos participantes. Estes resultados parecem salientar a importância atribuída pelos participantes à tomada de posição em relação a determinado assunto por via da técnica de sociometria. Este dado sugere a importância que a técnica de sociometria pode assumir para esta população. O posicionamento dos participantes face algum tema/assunto em questão poderá contribuir para o desenvolvimento do empoderamento da população com deficiência e incapacidade. O facto dos participantes se puderem posicionar perante determinado assunto, poderá permitir aos mesmos desenvolver potencialidades, competências de expressão e de comunicação, de lidar e liderar a sua própria vida. Sendo que, deste modo a pessoa com deficiência e incapacidade ao desenvolver e alcançar empoderamento sente-

se mais capaz na tomada de decisão e mais responsável pelas decisões tomadas (Dantas, Silva, & Carvalho, 2014).

Apesar do sociodrama ajudar a melhorar a comunicação e compreensão entre os elementos do grupo, no sentido de estimular as discussões entre os mesmos (Telesco, 2006), este foi um aspeto em falta/sugestão referido pelos participantes. Para além dos dois aspetos acima referidos, os participantes salientaram a necessidade de um maior número de sessões de sociodrama/processo mais longo como outro aspeto em falta/sugestão. Este dado sugere que, o sociodrama foi sentido pelos participantes como uma experiência positiva ao ponto de sugerirem que o sociodrama fosse mais longo, com um maior número de sessões. Para além disso, outra hipótese poderá recair sobre os aspetos que ficaram por concretizar e que talvez poderiam ser alcançados se o processo fosse mais longo, do ponto de vista dos participantes.

Em suma, e como já foi referido, o sociodrama, enquanto psicoterapia de grupo, foi experienciado e relatado pelos participantes como uma intervenção útil para a mudança. Várias mudanças foram identificadas e atribuídas ao processo de intervenção. A intervenção em grupo parece ter sido importante para esta população, na medida em que possibilitou maior conhecimento e compreensão de si, a vivência de estados emocionais, o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e mais qualidade de vida e bem-estar.

6. Limitações e sugestões para estudos futuros

Relativamente às limitações do presente estudo, é possível referir o facto de só ter sido possível avaliar um grupo composto por dez participantes e este poder não ser um grupo representativo da população com deficiência e incapacidade. Num estudo futuro, seria pertinente avaliar mais do que um grupo, no sentido de poder ser mais representativo da população em estudo.

A informação recolhida nas CCI's foi muito mais rica, com bastante pormenor, o que não se verificou com a informação recolhida através dos HAT's, sendo assim esta uma limitação no presente estudo. Para esta população a adequação deste instrumento não parece ser total, uma vez que implicou o envio eletrónico dos HAT's para cada participante pelo motivo de alguns terem dificuldades na escrita devido às suas incapacidades motoras. Pela distância ao CRPG não foi possível estar presente no final das sessões sociodramáticas, no sentido de administrar presencialmente os HAT's. Considera-se que, num estudo futuro com pessoas que apresentam dificuldades ao nível

da escrita, no sentido de ser incentivado um preenchimento mais completo dos HAT's, possa ser importante que estes sejam administrados presencialmente.

As entrevistas de mudança parecem ser um instrumento adequado para esta população, sendo que no presente estudo a administração da entrevista foi realizada entre a segunda e a terceira semana após a conclusão da intervenção. A administração da entrevista logo após o fim da intervenção poderá ter sido uma vantagem, no sentido dos participantes recordarem mais facilmente os momentos e as sessões marcantes do processo terapêutico, por outro lado, poderá também ter constituído numa desvantagem, dado que por vezes a tomada de consciência relativamente à mudança e a compreensão dos fatores úteis que contribuíram para tal implica um tempo mais alargado.

No presente estudo, teria sido interessante confrontar os participantes com os resultados obtidos, para que os participantes pudessem expressar a sua concordância ou discordância, assim como entrevistar os participantes num momento posterior, nomeadamente após o estágio que realizaram no curso, no sentido de se perceber quais as mudanças que se mantiveram e de que modo estas mudanças foram importantes para a sua reintegração profissional.

Relativamente às limitações na recolha de dados, toda a codificação foi realizada pela autora da investigação em discussão permanente com a orientadora, contudo o processo de categorização não foi sujeito a um procedimento de acordo inter-juízes, que poderia ter levado a uma maior robustez da análise. Ainda assim, a análise de dados assumiu uma perspectiva construtivista, na qual toda a codificação foi realizada de forma muito próxima às unidades de sentido de cada participante.

Por fim, e como sugestão para um estudo futuro, seria muito interessante não só avaliar o ponto de vista dos participantes acerca do processo terapêutico, como também avaliar a experiência e perspectiva dos terapeutas sobre o processo terapêutico, no âmbito do psicodrama ou sociodrama.

Seria importante ainda, contrastar os resultados obtidos no presente estudo com os resultados alcançados no estudo quantitativo que se realizou no âmbito do projeto de investigação (Ferreira, Araújo, & Sales, s.d.).

CONCLUSÃO

A presente investigação, apesar das limitações surgidas, demonstrou-se bastante pertinente para compreender os processos e os fatores de mudança psicológica numa intervenção sociodramática aplicada a pessoas com deficiência e incapacidade, a partir da perspectiva dos próprios.

O recurso a uma metodologia de investigação qualitativa assente numa abordagem indutiva e ideográfica, permitiu compreender e descrever as questões individuais dos clientes, nomeadamente as experiências pessoais em psicoterapia de grupo e mudanças sentidas (Sales, Gonçalves, Fragoeiro, Noronha, & Elliott, 2007).

A deficiência e a incapacidade limitam o funcionamento psicossocial dos indivíduos (Araújo, Mondelli, Lauris, Richiéri-Costa, & Feniman, 2010). Neste sentido, e devido ao forte poder terapêutico que a psicoterapia de grupo tem, esta é uma modalidade de intervenção extremamente importante para pessoas com deficiência (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998). A terapia de grupo têm-se demonstrado eficaz com pessoas com deficiência e incapacidade, quando se utiliza um certo estilo diretivo com sessões relativamente estruturadas e concretas, estimulando mais os processos sensoriais e afetivos da aprendizagem, recorrendo a técnicas ativas e interativas (Quezada, 2008).

Os resultados da presente investigação parecem demonstrar que o sociodrama foi de facto uma terapia de ação útil para os participantes com deficiência e incapacidade. Em termos da vivência/experiência dos participantes ao longo do grupo sociodramático, o sociodrama começou por ser uma experiência negativa, contudo e com o avançar das sessões, os participantes foram vivenciando e relatando sensações de bem-estar. A experiência em sociodrama foi considerada, pelos participantes, durante e no final, como uma experiência positiva e satisfatória, associada a bem-estar.

Os participantes realçaram, em termos de aspetos úteis e em termos daquilo que aconteceu nas sessões de sociodrama, as atividades/jogos sociodramáticos, a fase de aquecimento, a ação do terapeuta, ação do próprio e ação do grupo. Para além disso, os participantes apontaram a expressão e experiência emocional, os fatores grupais, o autoconhecimento/autoconfiança, a visão positiva de si/empoderamento, e a auto-revelação/abertura, como os principais fatores úteis e importantes no processo terapêutico. A psicoterapia de grupo, independentemente do modelo teórico adotado pelo psicoterapeuta, parece ser capaz de promover mudanças nos clientes (Lambert, 1991). Este dado verificou-se no presente estudo, na medida em que o sociodrama contribuiu

para o alcance de mudanças comportamentais e emocionais. Assim, no final do processo terapêutico e através das CCI's, os participantes identificaram mudanças sentidas. Os participantes evidenciaram mudanças na relação com os outros (pares e familiares), mudanças de hábitos, mudanças na expressão e experiência emocional, mudanças nas características pessoais, mudanças na performance acadêmica e mudança na forma de perceber a realidade, como as mudanças ocorridas ao longo do processo terapêutico. Para os participantes, o grupo e o terapeuta foram os principais motores da mudança. Algumas sessões e atividades, relacionadas com o autoconceito, com o lidar com a doença, com a relação com os outros (pares em geral e familiares), com o dizer coisas que ficaram por dizer, foram também consideradas importantes para a mudança, assim como a técnica da estátua e a inversão de papéis. O facto do grupo ter assumido bastante relevância para os participantes, proporcionando a partilha de vivências, de ideias/opiniões, sentimento de ser aceite e de união, poderá reforçar a ideia que a intervenção em grupo assume grande relevância e importância para trabalhar, neste caso, com pessoas com deficiência e incapacidade.

Outro resultado a destacar foi a percepção dos participantes acerca dos aspetos que os mesmos consideraram que faltaram no processo terapêutico. Os participantes referiram mais momentos de tomada de posição em grupo face algum tema (técnica de sociometria), mais momentos de treino de comunicação e um maior número de sessões de sociodrama, como aspetos em falta/sugestões.

Em suma, o presente estudo permitiu compreender e identificar não só como os participantes vivenciaram o grupo sociodramático, como também permitiu identificar as mudanças e os fatores responsáveis pelas mudanças ocorridas ao longo do processo terapêutico. Os resultados do presente estudo reforçam a perspectiva de Tomasulo e Razza (2006) que consideram que a psicoterapia de Moreno é particularmente importante e adequada para pessoas cujas limitações estão na esfera cognitiva, ao envolver os indivíduos através de técnicas comportamentais e emocionais, proporcionando mudanças positivas nos participantes. Esta investigação é uma mais-valia para os estudos centrados no processo terapêutico, já que dá a conhecer como é que as pessoas com deficiência e incapacidade avaliaram a sua experiência no grupo sociodramático, assim como as mudanças que o sociodrama possibilitou e os aspetos úteis no processo terapêutico, segundo a perspectiva dos próprios. Para além disso, este estudo constitui numa mais-valia no panorama científico, onde não foram encontrados estudos em sociodrama com pessoas com deficiência e incapacidade, centrados no processo.

Assim, considera-se pertinente a realização de mais estudos em sociodrama, centrados no processo, que permitam perceber e compreender melhor como as pessoas avaliam a sua experiência em psicoterapia e quais as mudanças ocorridas ao longo do processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, P. G. V., Mondelli, M. F. C. G., Lauris, J. R. P., Richiéri-Costa, A., & Feniman, M. R. (2010). Assessment of the auditory handicap in adults with unilateral hearing loss. *Brazilian Journal Otorhinolaryngology*, 76 (3), 378-383.

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington: American Psychological Association.

Baile, W. F., Panfilis, L., Tanzi, S., Moroni, M., Walters, R., & Biasco, G. (2012). Using sociodrama and psychodrama to teach communication in end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (9), 1006-1010.

Bakali, B., Wilberg, J. V., Hagtvet, T., & Lorentzen, S. (2010). Sources accounting for alliance and cohesion at three stages in group psychotherapy: Variance component analyses. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14 (4), 368-383.

Barbotte, E., Guillemin, F., & Chau, N. (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: A review of recent literature. *Bulletin World Health Organization*, 79 (11), 1047-1055.

Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9 (4), 250-256.

Beail, N., Warden, S., Morsley, K., & Newman, D. (2005). Naturalistic evaluation of the effectiveness of psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied in Intellectual Disabilities*, 18 (3), 245-251.

Birdsall, J. (2008). Evaluation of anger management groups in learning disability populations. *Learning Disability Practice*, 11 (10), 18-23.

Bloch, S., Reibstein, E., Crouch, E., Holroyd, P., & Themen, J. (1979). A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry Mar*, 134 (3), 257-263.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Boyden, P., Freeman, A., & Offen, L. (2009). Setting up and running a loss and bereavement support group for adults with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 38 (1), 35-40.

Brown, F. J., & Hooper, S. (2009). Acceptance and commitment therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal Intellectual Disability*, 13 (3), 195-201.

Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana*, 10 (3), 383-391.

Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de grupo: Como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana*, 12 (2), 242-249.

Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2005). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (1), 118-125.

Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2005). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana*, 13 (2), 249-254.

Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2006). Transferência e psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (1), 110-117.

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. (2015). Sobre nós. Acedido em <http://www.crbg.pt/sobreNos/Paginas/default.aspx>

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 685-716.

Charlot, L., & Beasley, J. S. (2013). Intellectual disabilities and mental health: United States – based research. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6 (2), 74-105.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.

Chiarelli, L. K. M., & Barreto, S. J. (2012). A música como meio de desenvolver a inteligência e a integração do ser. *Revista Internacional da Criatividade*. Acedido em <http://musicaeadoracao.com.br/25473/a-importancia-da-musicalizacao-a-educacao-infantil-e-no-ensino-fundamental>

Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Client's perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy*, 77 (1), 67-89.

Coelho, L., & Coelho, R. (2001). Impacto psicossocial da deficiência mental. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (1), 123-143.

Cukier, R. (1992). *Psicodrama bipessoal: Sua técnica, seu terapeuta e seu paciente*. São Paulo: Ágora.

Dantas, T. C., Silva, J. S. S., & Carvalho, M. E. P. (2014). Entrelace entre gênero, sexualidade e deficiência: Uma história feminina de ruturas e empoderamento. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 20 (4), 555-568.

Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adult's attachment styles. *The Arts in Psychotherapy*, 37 (2), 112-119.

Domingues, W. C. (2012). Terapia de grupo ou terapia individual: Comparando resultados. *Revista IGT na Rede*, 9 (17), 302-316.

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

Elliott, R. (1993). Helpful aspects of therapy form. Acedido em <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.pdf>

Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 18 (3), 232-242.

Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20 (2), 123-135.

Elliott, R. (2012). Qualitative methods studying psychotherapy change process. In A. Thompson & D. Harper (Eds.), *Qualitative research methods in mental health & psychotherapy: An introduction for students & practitioners* (pp. 69-81). Chichester, UK: Wiley-Blackwells.

Elliott, R., Mack, C., & Shapiro, D. (1999). Simplified personal questionnaire procedure. Acedido em <http://www.experientialresearchers.org/instruments.html#PQ>

Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). *Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies*. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69-111). Lengerich, Germany: Pabst Science.

Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16* (5), 319-324.

Fergusson, M. E. M., Rodríguez, M. C., Duque, M. G., Ramírez, L. Y., & Pardo, O. B. (2006). Qué significa la discapacidad? *Revista Aquichan, 6* (1), 78-91.

Fernandes, D. (1991). Notas sobre os paradigmas de investigação em educação. *Revista Noesis, (18)*, 64-66.

Fernandes, E. M., & Maia, A. (2001). Grounded theory. In E. M. Fernandes & L. S. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação* (pp. 49-76). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Ferreira, G. (1989). Psicoterapias de grupo e grupo-análise: Suas especificidades e relações. *Análise Psicológica, 1-2-3* (7), 265-276.

Ferreira, P. D. P., Araújo, M. X., & Sales, C. M. D. (s.d.). *Intervenção sociodramática em adultos com deficiência e incapacidade: Estudo de efetividade terapêutica* (Dissertação de Mestrado não publicada) Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto, Portugal.

Fong, J. (2006). Psychodrama as a preventive measure: Teenage girls confronting violence. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 59* (3), 99-108.

Fontes, F. (2009). Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: Da caridade à cidadania social. *Revista Crítica de Ciências Sociais, 86*, 73-93.

Furness, B., Natvig, G. K., & Dysvik, E. (2014). Therapeutic elements in a self-management approach: Experiences from group participation among people suffering from chronic pain. *Patient Preference and Adherence, 16* (8), 1085-1092.

Gazziero, M. C., & Danielski, W. C. (2013). Sociodrama e conjugalidade: Um estudo com um grupo de mulheres. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21 (2), 133-140.

Ghafoori, B., Ratanasiripong, P., & Holladay, C. (2010). Cognitive behavioral group therapy for mood management in individuals with intellectual disabilities: A pilot study. *Journal Mental Health Research*, 3 (1), 1-15.

Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Gordon, N. S. (2000). Researching psychotherapy, the importance of the client's view: A methodological challenge. *The Qualitative Report*, 4 (3). Acedido em <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR4-3/gordon.html>

Greenberg, L. S., & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapy process: A research handbook*. New York: Guilford Press.

Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional psychology: Research and Practice*, 21 (5), 372-378.

Hantau, C., Igorov, M., Manos, M., Caracas, V., & Hantau, C. (2013). Study concerning the conflict prevention within the handball teams. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1591-1594.

Hastings-Vertino, K., Getty, C., & Wooldridge, P. (1996). Development of a tool to measure therapeutic factors in group process. *Archives of Psychiatry Nursing*, 10 (4), 221-228.

Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 84-135). New York: Wiley.

Hipólito, J., Roriz, P., & Laneiro, T. (2010). *Psicodrama: Raiz moreniana e centrado na pessoa*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.

Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3 (24), 363-372.

Holmes, P., & Karp, M. (1991). *Psicodrama: Inspiração e técnica*. São Paulo: Ágora.

Hosain, G., Atkinson, D., & Underwood, P. (2002). Impact of disability on quality of life of rural disabled people in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 20 (4), 297-305.

Hurley, A. D., Tomasulo, D. J., & Pfadt, A. G. (1998). Individual and group psychotherapy approaches for persons with mental retardation developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical*, 10 (4), 365-386.

Jones, C. (2001). Sociodrama: A teaching method for expanding the understanding of clinical issues. *Journal of Palliative Medicine*, 4 (3), 386-390.

Kim, K. (2003). The effects of being the protagonist in psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 55 (4), 115-127.

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

Konopik, D. A., & Cheung, M. (2013). Psychodrama as a social work modality. *Social Work*, 58 (1), 9-20.

Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 1-12). Washington: American Psychological Association.

Lambert, M., & Hill, C. E. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th edition) (pp. 114-139). New York: John Wiley & Sons.

Lambert, M., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 357-361.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 139-193). New York: Wiley.

Levitt, H. M., & Williams, D. C. (2010). Facilitating client change: Principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy Research, 20* (3), 337-352.

Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health, 8* (4), 325-337.

Mallinckrodt, B. (1989). Social support and the effectiveness of group therapy. *Journal of Counseling Psychology, 36* (2), 170-175.

Marinelli, R. P., & Orto, A. E. (1999). *The psychological social impact of disability* (4th edition). New York: Springer Publishing Company.

Marwood, H., & Hewitt, O. (2012). Evaluation an anxiety group for people with learning disabilities using a mixed methodology. *British Journal of Learning Disabilities, 41* (2), 150-158.

Maxeiner, V. (1988). Marchenspiel als gruppenpsychotherapie fur behinderte kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 37* (7), 252-257.

McLennan, D. M. P. (2012). Using sociodrama to help young children problem solve. *Early Childhood Education Journal, 39* (6), 407-412.

McLennan, D. P., & Smith, K. (2007). Promoting positive behaviours using sociodrama. *Journal of Teaching and Learning, 4* (2), 47-55.

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

Mondarvo, A. H., Piovesan, L., & Mantovani, P. C. (2009). A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica. *Aletheia, 30*, 158-171.

Monteiro, R. F. (2012). *O lúdico nos grupos: Terapêuticos, pedagógicos e organizacionais*. São Paulo: Ágora.

Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de seleção de tratamento*. Porto: Porto Editora.

Moreno, J. L. (1974). *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. São Paulo: Mestre Jou.

Moreno, J. L. (1993). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.

Nery, M. P., Costa, L. F., & Conceição, M. I. G. (2006). O sociodrama como um método de pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 16 (35), 305-313.

Nogueira-Martins, M. C. F., & Bógus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), 44-57.

O'Connor, H. (2001). Will we grow out of it? A psychotherapy group for people with learning disabilities. *Psychodynamic Counselling*, 7 (3), 297-314.

Oliveira, E. C. S., & Araújo, M. F. (2012). Aproximações do teatro do oprimido com a psicologia e o psicodrama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (2), 340-355.

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Relatório Mundial da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, de incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Paulson, B. L., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Client's perceptions of helpful experiences in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (3), 317-324.

Pinto, A. C. B., Lima, E. O., & Costa, A. M. B. (2008). Um espaço para ser: Sociopsicodrama em um abrigo para crianças. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 17 (1), 137-154.

Pio-Abreu, J. (2006). *O modelo do psicodrama moreniano*. Lisboa: Climepsi Editores.

Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 137-154.

Quezada, M. T. M. (2008). Grupos de desarrollo personal de jóvenes com discapacidad intelectual pertenecientes a un hogar de protección. *Revista Académica*, (34), 39-55.

Quijada, L. G., & Torres, E. N. (2007). *Psicodrama con discapacitados: Buscando la rehabilitación vincular* (Tesina Postitulo de Psicodrama). Santiago de Chile, Centro de Estudios de Psicodrama.

Ramalho, C. M. R. (2010). *Psicodrama e dinâmica de grupo*. Brasil: Iglu.

Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). The new research paradigm. In L. N. Rice, & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 7-27). New York: The Guilford Press.

Richards, D., & Timulak, L. (2012). Client-identified helpful and hindering events in therapist-delivered vs. self-administered online cognitive-behavioural treatments for depression in college students. *Counselling Psychology Quarterly*, 25 (3), 251-262.

Sales, C. M. D. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia: Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (104), 383-403.

Sales, C. D., Gonçalves, C., 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., Fernandes, E., Sousa, D., Silva, I., Duarte, J., & Elliott, R. (2007a). Procedimento do questionário pessoal simplificado (PQ). Instrumento não publicado.

Sales, C. M. D., Gonçalves, S., Fernandes, E., Sousa, D., Silva, I., Duarte, J., & Elliott, R. (2007b). Aspectos úteis da terapia (HAT). Instrumento não publicado.

Sales, C. M. D., Gonçalves, S., Fernandes, E., Sousa, D., Silva, I., Duarte, J., & Elliott, R. (2007c). Protocolo de Entrevista de Mudança do Cliente (CCI). Instrumento não publicado.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2005). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Editora Cultrix.

Silva, E. C. F. (2014). *Introdução à psicologia e pessoas com deficiência*. São Paulo: AgBook.

Silva, I. R., Kauchakje, S., & Gescieli, Z. M. (2003). *Cidadania, surdez e linguagem*. São Paulo: Plexus.

Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias: Possíveis contributos da perspetiva fenomenológico existencial. *Análise Psicológica*, 3, (24), 373-382.

Sousa, V. T., & Moura, L. (2011). Um olhar sobre a psicose através do psicodrama. *Saúde Mental: Revista*, 13 (3), 15-24.

Stein, S. A., Ingersoll, R. E., & Treadwell, T. W. (1995). Sociodrama and professional/ethical conflicts. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 48 (1), 31-41.

Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13 (6), 593-618.

Svanborg, C., Baarnhielm, S., Wistedt, A. A., & Lutzen, K. (2008). Helpful and hindering factors for remission in dysthymia and panic disorder at 9-year follow-up: A mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 8 (52), 1-9.

Telesco, G. (2006). Using sociodrama for radical pedagogy: Methodology for education and change. *Radical Pedagogy*, 8 (2).

Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17 (3), 310-320.

Tomasulo, D. J. (1994). Action techniques in group counseling: The double. *Habilit Ment Health Care Newsletter*, 13, 41-45.

Tomasulo, D. J. (2014). Positive group psychotherapy modified for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 18 (4), 1-15.

Tomasulo, D. J., & Razza, N. J. (2006). Group psychotherapy for people with intellectual disabilities: The interactive-behavioral model. *Journal of Group Psychotherapy*, 59 (2), 85-93.

Torrance, E. P. (1975). Sociodrama as a creative problem-solving approach to studying the future. *Journal of Creative Behavior*, 9 (3), 182-195.

Torres, A. R., Lima, M. C. P., & Ramos-Cerqueira, A. T. A. (2001). Tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 23 (3), 141-148.

Tuckman, B. W. (2001). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63 (3), 66-81.

Valladares, A. C., Avanci, R. C., Abrão, A. C. P., Pedrão, L. J., Luis, M. A. V., & Soares, F. C. (2005). Reflexão teórica sobre a utilização da dança e da máscara no sociodrama moreniano com adolescentes em situação de crise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 7, (1), 105-112.

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

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.

Vicente, L. B. (2004). Técnica mista. *Análise Psicológica*, 22 (4), 683-689.

Vicente, L. B. (2005). Psicodrama: Transferência e contratransferência. *Análise Psicológica*, 23 (2), 79-83.

Walle, R. C., Rodríguez, J. M., & Olaya, R. M. (2013). Discapacidad y desarrollo humano en México: El servicio social universitario como estrategia de mejora. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 12, 1-15.

Wanderer, A., & Pedroza, R. L. (2013). Adultos com deficiência na psicologia: Desafios para uma investigação psicológica politicamente consciente. *Psicologia Política*, 13 (26), 147-164.

Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62 (8), 857-873.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological Bulletin*, 122 (3), 203-215.

Willner, P. (2005). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: A critical overview. *Journal of Intellectual Disabilities Research, 49* (1), 73-85.

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

Yehoshua. & Chung, S. F. (2013). A review of psychodrama and group process. *International Journal of Social Work and Human Services Practice, 1* (2), 105-141.

Yildiran, H., & Holt, R. H. (2014). Thematic analysis of the effectiveness of an inpatient mindfulness group for adults with intellectual disabilities. *British Journal of Learning Disabilities, 43* (1), 49-54.

ANEXOS



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Gostaríamos de o/a convidar a participar numa investigação sobre a avaliação da eficácia do Sociodrama ao nível do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos. Esta investigação insere-se no projeto de Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, a decorrer na Universidade Portucalense Infante D. Henrique, coordenada pela Prof^a Doutora Maria Xavier Araújo. Por favor leia a seguinte informação e se tiver dúvidas, peça esclarecimentos adicionais.

Esta investigação implica a sua participação em quatro momentos, envolvendo: 1) num primeiro momento, a realização de uma entrevista e o preenchimento de questionários, antes de se iniciar o grupo de intervenção; 2) o preenchimento de um questionário de avaliação da sessão, no final de cada sessão; 3) o preenchimento de questionários, no final da intervenção em grupo e 4) num quarto e último momento, um mês após o término do sociodrama, a realização de uma entrevista e o preenchimento de questionários.

Os dados a recolher serão confidenciais. O anonimato é garantido e a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Será assegurado um ambiente de privacidade na recolha de dados.

A monitorização de resultados irá informar os investigadores e a equipa terapêutica de como está a evoluir o sociodrama. O preenchimento de questionários permite também à própria pessoa refletir sobre a intervenção grupal e sobre a sua experiência pessoal. A sua participação irá ajudar à compreensão do processo de mudança em sociodrama, sendo um contributo importante não só para este estudo em particular, mas também para a comunidade científica e a sociedade em geral. Não há nem benefícios económicos nem custos adicionais para o cliente pelo facto de colaborar na investigação.

Agradecemos a sua participação!

Maria Araújo

Professora universitária e investigadora

Universidade Portucalense

E-mail: maraujo@upt.pt

Patrícia Ferreira e Rute Nogueira

Investigadoras, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

E-mails: patriciad.ferreira@hotmail.com ; ruth.nogueira@hotmail.com

Assinatura/s:
.....
.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Código do participante: _____

Idade _____ (anos)

Género: Feminino Masculino

Local de residência: _____

Nacionalidade: Portuguesa Outra Qual? _____Estado Civil: Solteiro Casado Comprometido União de facto Número de filhos: 1 filho 2 filhos 3 filhos 4 filhos ou mais Escolaridade: 4ª classe 6º ano 9º ano 12º ano Bacharelato/Licenciatura Mestrado/Doutoramento Situação Profissional: Empregado Desempregado

Se respondeu empregado, indique a sua profissão: _____

Assinale com uma cruz [x], um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.**Mobilidade**Não tenho problemas em andar Tenho alguns problemas em andar Tenho de estar na cama **Cuidados Pessoais**Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a) **Atividades Habituais** (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, em famílias ou de lazer)Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

Entrevista de Mudança do cliente (CCI)

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 Rastreo PQ (entrevistas de pós-tratamento e acompanhamento) ou PQ de pós-tratamento (entrevistas de acompanhamento)
- Registo áudio

Notas de Rotulagem 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, adote 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 diretivo, até que o cliente sinta que não tem mais nada a acrescentar.

Guião da Entrevista de Mudança do Cliente

Agora que terminou o grupo de sociodrama gostaríamos de convidá-lo/a para uma entrevista semiestruturada, com sensivelmente uma hora de duração.

Os principais tópicos desta entrevista estão relacionados com as mudanças que tenha verificado desde o início do grupo de sociodrama, o que acredita ter contribuído para o alcance de tais mudanças, bem como os aspetos úteis e os aspetos desnecessários que identifica ao longo do processo terapêutico.

O objetivo central desta entrevista é permitir-nos obter informação/conhecimento acerca da psicoterapia e da investigação, nas suas próprias palavras. Esta informação ajudar-nos-á a compreender melhor como funciona o sociodrama, assim como ajudará também a melhorarmos a prática de intervenção em grupo.

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

1. QUESTÕES GERAIS

Que medicação está atualmente a tomar?

Tabela 1 - Medicação Psicofarmacológica

(incluindo medicamentos naturais)

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

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

(Desde que terminou o grupo de sociodrama fez algum acompanhamento psicológico/psiquiátrico?)

2. Como é que se sentiu no grupo sociodramático? (pistas: foi-se sentindo sempre da mesma maneira? Como se sentiu no início, e durante as sessões? Como é que ia para as sessões? Como é que saía delas?)

3. Como vão as coisas desde que começou o grupo? E agora que terminou?

4. MUDANÇAS SENTIDAS

(Solicitar mudanças sentidas desde o fim do grupo sociodramático)

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

A. Desde que começou o grupo de sociodrama que mudanças notou em si? E agora que terminou?

(pistas: Noto aqui que nos seus PQs..., Estas mudanças ocorreram quando... Tem agido, sentido ou pensado de modo diferente do que acontecia antes do grupo de sociodrama? Alguém notou alguma mudança em si? Pode dar alguns exemplos?)

B. Houve alguma coisa que mudou para pior, desde o início ou final do grupo de sociodrama? (Pistas: o quê?)

C. Há alguma coisa que gostaria de mudar e que ainda não mudou?

(em si, na relação com os outros – com quem?)

D. Desde que terminou o grupo de sociodrama surgiram outros aspectos que gostasse de mudar, dos quais não se tinha dado conta antes de terminar o grupo de sociodrama?

(Pista: Quais? Como lida atualmente com estes novos desafios)

5. 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)

A. Estava à espera destas mudanças, ou foram uma surpresa para si? (Pistas: Quais? Houve alguma inesperada? Por exemplo, noto aqui no PQ...)

- (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

B. Estas mudanças podiam ter acontecido sem a participação no grupo de sociodrama? (Pistas, Se sim, o que pensa ter contribuído para elas?)

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

C. Até que ponto estas mudanças são importantes para si?

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

6. ATRIBUIÇÕES

A. Em termos gerais, o que pensa ter causado estas mudanças?

(Pistas: perguntar para cada uma das mudanças efectuadas; incluindo aspectos que aconteceram nas sessões do grupo de sociodrama ou fora das sessões do grupo de sociodrama)

7. Momento marcante do processo:

Gostava agora de lhe propor um exercício de recordação. Pode fechar os olhos. Há pessoas a que isto ajuda. Demore todo o tempo que precisar. Algumas pessoas são rápidas outras necessitam de mais tempo, o que é absolutamente normal. Queria pedir-lhe para viajar consigo no tempo e queria que seleccionasse um momento do grupo que considerou marcante. Pode ser positivo ou negativo. Pode ter sido mais inicial ou mais final. O que importa é que o tenha marcado (aqueles momentos que voltamos a lembrarmos-mos). Quando tiver encontrado esse momento levante a mão. Se tiver encontrado mais que um, selecione apenas um. Até pode ser o primeiro que lhe veio à cabeça. E

agora quero que me conte este momento com o maior detalhe possível (o que estava a fazer, com quem, o que disse, o que os outros disseram, o que pensou, o que sentiu)

8. ASPETOS POSITIVOS

A. Poderia resumir que aspectos do grupo de sociodrama o/a ajudaram? Por favor, dê exemplos.

(Pistas: técnicas usadas, sessões marcantes, terapeutas, colegas do grupo)

9. ASPETOS NEGATIVOS

A. Houve aspectos grupo de sociodrama que não funcionaram ou que não a ajudaram? Ou que foram negativos ou decepcionantes? Quais?

B. Houve aspectos no grupo de sociodrama que foram difíceis ou dolorosos, mas que a ajudaram ou poderão vir a ajudar? (Pistas: descreva-me com pormenor um momento difícil ou doloroso que pensa o ter ajudado)

C. Na sua perspectiva, faltou alguma coisa no grupo de sociodrama? Há alguma coisa que poderia ter tornado o grupo de sociodrama mais benéfico/a para si?

10. Até que ponto considera que participar num grupo de sociodrama pode fazer diferença para os formandos do CRPG? Se sim, que tipo de diferença?

11. Recomendaria o sociodrama a alguém? Se sim, porquê? O que lhe diria?

12. SUGESTÕES

Tem algumas sugestões para nós, em relação à investigação ou ao grupo de sociodrama? Gostaria de fazer mais algum comentário acerca do grupo de sociodrama? Como correu esta entrevista para si? Gostava de acrescentar alguma coisa?

Tabela 2**Lista de mudança**

Mudanças	A mudança foi: 1 – Totalmente esperada 2 – Algo esperada 3 - Nem esperada, nem surpresa 4 – Algo surpresa 5 – Totalmente surpresa	Sem terapia, a mudança: 1 – De certeza NÃO acontecia 2- Provavelmente NÃO acontecia 3 - Não sei 4 – Provavelmente ACONTECIA 5 – De certeza ACONTECIA	A mudança foi: 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

Aspetos Úteis da Terapia (HAT)

Código do Participante: _____
Sessão 1

Formulário HAT

Aspetos 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)

Aspetos 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 disseram ou fizeram, ou algo que o grupo disse ou fez).

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----- ----- ----- ----- -----				
Não Ajudou nada	Ajudou pouco	Ajudou moderadamente	Ajudou muito	Ajudou muitíssimo

4. 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:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----- ----- ----- ----- -----				
Não Ajudou Nada	Ajudou pouco	Ajudou moderadamente	Ajudou muito	Ajudou muitíssimo

b. Por favor, descreva sucintamente o que aconteceu:

5. 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:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----- ----- ----- ----- -----				
Não Ajudou nada	Ajudou pouco	Ajudou moderadamente	Ajudou muito	Ajudou muitíssimo

b. Por favor, descreva sucintamente o que aconteceu:

Questionário Pessoal Simplificado (PQ)

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 perspetiva do entrevistado. No entanto, deverá tentar-se a inclusão de 1 ou 2 pontos em cada uma das seguintes áreas:

- * Sintomas
- * Humor
- * Nível de atividade geral (trabalho, etc.)
- * Relações interpessoais
- * Autoestima

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 objetivos 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 reflète 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:

- * Refletir uma área de dificuldade ao invés de um objetivo 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

QUESTIONÁRIO PESSOAL

Data: ___ / ___ / _____

Código Cliente: _____

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

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

QUESTIONÁRIO PESSOAL

Data: ___ / ___ / _____ Código

Cliente: _____

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

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

QUESTIONÁRIO PESSOAL

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 <u>Mal- Estar</u>	Muito Pouco	Pouco	<u>Mal-Estar</u> Moderado	Grande	Muito Grande	<u>Mal- Estar</u> Total
1.	1	2	3	4	5	6	7
2.	1	2	3	4	5	6	7
3.	1	2	3	4	5	6	7
4.	1	2	3	4	5	6	7
5.	1	2	3	4	5	6	7
6.	1	2	3	4	5	6	7
7.	1	2	3	4	5	6	7
8.	1	2	3	4	5	6	7
9.	1	2	3	4	5	6	7
10.	1	2	3	4	5	6	7

Registo dos terapeutas

Descrição da Sessão: Relato dos Terapeutas

Data da sessão: _____

Assiduidade dos participantes:

A.

M. A.

A. M.

N.

A.

R.

D.

S.

J.

V.

Descrição da sessão (estratégias utilizadas):

Observações acerca da sessão (apreciação global, relato possíveis incidentes):
