

Mudança Terapêutica num Processo Psicodramático: Importância do Corpo e da Palavra

Catarina da Silva Vaz

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Prof. Doutora Ana Conde

Co-orientação: Prof. Doutora Maria Xavier Araújo

Maio, 2017



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Catarina da Silva Vaz

**Mudança Terapêutica num Processo Psicodramático:
Importância do Corpo e da Palavra**

Dissertação apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof. Doutora Ana Conde e co-orientação do Prof. Doutora Maria Xavier Araújo

Departamento de Psicologia e Educação

Maio, 2017



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

AGRADECIMENTOS

Nesta fase final do meu percurso académico, não poderei deixar de expressar a minha sincera gratidão a todos aqueles que contribuíram para este último desafio. Entendo, que devo dar o devido destaque às seguintes pessoas:

À psicóloga e psicodramatista Rosa Rey Pousada, pela sua generosidade em transmitir os seus conhecimentos, por me apresentar o psicodrama de Rojas-Bermúdez e por ter permitido o meu contacto com este grupo psicodramático.

Ao grupo psicodramático, por ter aceitado a minha presença em todas as sessões e por ter consentido o avançar desta investigação.

À Professora Doutora Maria Xavier Araújo, por me ter fomentado, ainda no tempo da licenciatura o interesse pelo psicodrama, agradeço pela sua dedicação, pelo rigor, pela enorme competência ao longo da construção desta dissertação.

À Professora Doutora Ana Conde, como minha orientadora, por todas as palavras certas, o apoio incansável e pelas orientações unidas de um enorme profissionalismo.

À minha amiga Raíssa pela sua amizade, pelas palavras encorajadoras em momentos de tanto desânimo e horas de reflexão que me permitiram abrir horizontes.

Ao ENTRETanto Teatro por me abrir as cortinas do palco dos meus lamentos e preocupações e por me dar o guião da obra que me motiva na vida.

E por último aos meus pais que sempre viveram o meu percurso académico de uma forma tão atenta e preocupada e sobretudo por me proporcionarem a continuidade dos meus estudos zelando pelo meu futuro, a eles a minha eterna gratidão.

RESUMO

A presente investigação partiu do objetivo central, de analisar o processo de mudança terapêutica durante uma intervenção psicodramática. Para uma melhor compreensão do fenómeno, o presente investigação analisou as mudanças em relação aos níveis de *distress* psicológico ao longo do tempo terapêutico, em três momentos distintos de avaliação (inicial, intermédio e final). Para além da análise quantitativa, esta investigação buscou ainda explorar as representações dos participantes quanto às suas mudanças vivenciadas ao longo do processo através da análise das estátuas, codificando-as como sendo de poder ou de impotência, do discurso retrospectivo recolhido na última sessão de psicodrama e a relação de congruência entre a expressão corporal e a resposta verbal do solilóquio, articulando com a decisão de alta terapêutica. A investigação contou com nove participantes, todos do sexo feminino, inseridos num programa alargado designado por “Programa de trauma y disociación” a decorrer num Hospital de Dia na Galiza.

Os resultados quantitativos não apontam para diferenças estatisticamente significativas no sentido da diminuição do *distress* psicológico ao longo do tempo de intervenção, não confirmando a hipótese formulada inicialmente. Contudo, é possível observar nas análises complementares que, apesar da não significância estatística, valores sugerem um aumento dos níveis de *distress* psicológico na fase intermédia em comparação com a fase inicial. Ao contrário do que apontam os dados quantitativos, através da análise das estátuas representativas do processo terapêutico, é possível verificar mudanças percecionadas pelas participantes, inclusive algum benefício com o processo psicodramático no momento final, traduzido por posturas de poder. Em relação ao discurso retrospectivo analisado, regista mudanças entre o momento inicial e final e ganhos terapêuticos traduzidos por uma aquisição de competências e melhoria percebida. Contudo, ainda surgem relatos de necessidade de mais terapia e persistência de sintomas no momento final do processo. Os dados quantitativos e qualitativos apresentam certa consistência, contudo as medidas qualitativas apresentam informações mais expressivas acerca da evolução terapêutica do ponto de vista dos participantes, na sua visão, ocorreram mudanças terapêuticas.

Palavras-chave: Mudança terapêutica, intervenção psicodramática, *distress* psicológico, estátuas e discurso.

ABSTRACT

The present investigation arose from a central objective, which was to analyze the process of therapeutical change during a psychodramatic intervention. For a better understanding of the phenomenon, the present study analyzed the changes in relation to the levels of psychological distress during the course of therapeutic time, in three distinct phases of assessment (initial, intermediate and final). In addition to the quantitative analysis, this investigation sought as well to explore the participants' representations regarding the changes they experienced during the process through the analysis of the statues, codifying them as being of power or of impotence, of retrospective speech gathered in the last psychodrama session and the coherence relation between physical expression and the verbal response of the soliloquy articulated with the decision of therapeutical discharge. The investigation involved nine participants, all females, placed in an extended programme designated "Programa de trauma y disociación" decurring in a day hospital in Galicia.

The quantitative results do not point to statistically significant differences in the direction of a decrease in the psychological distress during the period of intervention, not confirming the hypothesis previously formulated. However, it is possible to observe in the complimentary assessments that, despite the statistical non-significance, the values suggest an increase of the levels of psychological distress in the intermediate phase in comparison with the initial phase. In contrast to what quantitative data points to through the analysis of the representative statues of the therapeutical process, it is possible to verify changes perceived by the participants, including some benefit with the psychodramatic process in the final moment, reflected by power figures. In relation to the analyzed retrospective speech, changes were recorded between the inicial and final phases and therapeutical gains, reflected by an acquisition of competences and perceived improvement. However, reports still arise of the necessity of further therapy and persistency of symptoms in the final moments of the process. The quantitative and qualitative data appear to be consistent; however qualitative measurements present more expressive information regarding therapeutic evolution from the participants' point of view: in their view, therapeutic changes have occurred.

Keywords: Therapeutic change, intervention psychodramatic, distress psychological, statues and speech.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CORE-OM- Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure

EMDR- Eye Movement Desensitization and Reprocessing

HSCED-Hermeneutic Single-Case Efficacy Design

SCL-90-R- Symptom Check List-90

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
I ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1. Diferentes momentos históricos da investigação em psicoterapia	12
1.1. Psicoterapia como produção científica.....	12
1.2. Investigação centrada nos resultados versus centrada no processo.....	15
2. Investigação em psicoterapia de grupo: o Psicodrama e a Mudança Terapêutica.....	19
2.1. Surgimento da Psicoterapia de grupo e os fatores de mudança.....	19
2.2. O psicodrama como método terapêutico	21
2.3. Estudos em Psicodrama: Como avaliam as mudanças terapêuticas?	30
3. A palavra e o corpo como representativos de processos psicológicos: dois veículos de expressão?	34
II ESTUDO EMPÍRICO	39
1. METODOLOGIA	40
1.1. Objetivos e hipóteses da investigação	40
1.2. Caracterização dos participantes	41
1.3. Procedimento de recolha de dados	42
1.3.1. Instrumentos de Avaliação	43
1.4. Procedimentos de Análise de Dados	44
2. ANÁLISE DOS DADOS	49
2.1. Análise quantitativa dos dados	49
2.2. Análise qualitativa dos dados	49
III DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	61
1. ANÁLISE QUANTITATIVA.....	62
2. ANÁLISE QUALITATIVA (articulando com a análise quantitativa)	64
CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS.....	80
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN.....	81
ANEXO 2 PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDIOS AUDIOVISUALES.....	83
ANEXO 3 CUESTIONARIO SOCIOLÓGICO DEL PARTICIPANTE	84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Técnicas psicodramáticas.....	28
Tabela 2: Itens CORE-OM (versão 10 itens).....	44
Tabela 3: Estátuas representativas do processo psicodramático do Grupo A.....	51
Tabela 4: Estátuas representativas do processo psicodramático do Grupo B.....	52
Tabela 5: Estátuas representativas do processo psicodramático de Grupo C.....	57
Tabela 7: Cruzamento dos dados qualitativos (estátua e solilóquio) Questão 3.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Posturas de poder e de impotência descritas por Cuddy (2010).....	46
---	----

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o início da investigação em psicoterapia passou pela gravação de sessões em suporte audiovisual na construção de instrumentos/escalas capazes de avaliar o comportamento verbal do terapeuta e registou-se uma evolução no sentido da complexidade da análise do processo de mudança terapêutica, fazendo intervir vários componentes existentes na ação terapêutica (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005). Atualmente observa-se nos novos estudos a importância de uma visão integrativa das metodologias quantitativas e qualitativas na tentativa de explicar cada vez melhor o fenómeno que é a mudança terapêutica. A presente investigação apresenta uma abordagem metodológica mista com o principal objetivo de analisar o processo de mudança terapêutica durante uma intervenção psicodramática. O primeiro objetivo específico prende-se com a análise das mudanças nos níveis de *distress* psicológico ao longo do tempo de intervenção. O segundo objetivo específico diz respeito à exploração das representações dos participantes sobre o processo de mudança, com recurso às estátuas e ao discurso retrospectivo recolhido na última sessão.

Observa-se que dentro do psicodrama são escassos os estudos sobre o processo, ou seja, estudos sobre os mecanismos envolvidos na mudança psicodramática, e que este método terapêutico é fundamentalmente avaliado através da perspectiva do cliente, e/ou do terapeuta como, por exemplo, através de escalas de autorrelato ou análise do conteúdo de entrevistas de mudança, privilegiando a expressão verbal ou escrita. Considerando que o psicodrama utiliza como instrumento de trabalho a ação, existindo uma intervenção ativa da expressão corporal (Rojas-Bermúdez, 1997), parte-se do pressuposto que poderá ser pertinente avaliar o corpo e a informação expressa nele, acrescentando esta variável na análise da mudança terapêutica de um processo psicodramático.

A seguinte dissertação está organizada em três partes principais. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, fazendo uma referência breve aos movimentos históricos da investigação em psicoterapia e à exploração da dicotomia entre a investigação centrada nos resultados e a investigação centrada no processo. Ainda no enquadramento teórico existe espaço para a descrição da psicoterapia de grupo mais especificamente o psicodrama e apresentação de alguns estudos em psicodrama.

Por último, este enquadramento procurará tecer algumas considerações sobre o corpo e como este tem sido considerado um veículo de expressão de processos psicológicos. A segunda parte corresponde ao estudo empírico, descrevendo inicialmente a metodologia adotada com exposição dos objetivos, hipótese/questões de investigação, a caracterização dos participantes, o procedimento de recolha de dados e os instrumentos administrados, bem como os procedimentos de análise de dados e a análise dos respetivos resultados. A terceira parte corresponde ao momento da discussão dos dados dando lugar por fim, às principais conclusões.

I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Diferentes momentos históricos da investigação em psicoterapia

1.1. Psicoterapia como produção científica

A psicoterapia como produção científica tem sofrido inúmeros desenvolvimentos nas últimas décadas (Sousa, 2006). Historicamente a investigação em psicoterapia pode ser dividida em três momentos, sendo esta uma proposta de Moreira, Gonçalves e Beutler (2005).

O **primeiro momento** deu-se antes de 1954, onde a investigação procurava a validação da psicoterapia como prática científica centrando-se no método terapêutico e nos recursos caracterizados de rigor e objetividade adotados pelo terapeuta (Moreira et al., 2005). O destaque foi dado aos comportamentos e ações do próprio terapeuta ditando que a mudança verificada no cliente passava pelas atitudes do terapeuta destacando a genuinidade, empatia e aceitação incondicional (Moreira et al., 2005). É neste período que a psicoterapia se afirma como ciência e surge um método experimental sob a forma de análise exaustiva de casos clínicos, com recurso a gravações das sessões terapêuticas, na tentativa de controlar e classificar as observações do processo terapêutico (Moreira et al., 2005), explorando o comportamento e ponto de vista do terapeuta (Soares, 2011).

O **segundo momento** deu-se entre o ano de 1952 e 1969, onde a questão de investigação já não se prendia com a necessidade de aferir se a psicoterapia se encaixava nos parâmetros da ciência, mas sim se a psicoterapia era uma forma de intervenção eficaz (Soares, 2011). Surge um interesse pelos comportamentos dos clientes, antes e depois do tratamento avaliando os resultados com recurso a metodologias quantitativas (Moreira et al., 2005). Observa-se uma exigência no uso de metodologias de investigação mais rigorosas com a construção de manuais e medidas standardizadas de resultados e com técnicas estatísticas para avaliar a significância clínica dos efeitos terapêuticos (idem). Neste período surgem investigações polémicas da autoria de Eysenck, na medida em que os seus estudos apontavam para uma correlação inversa entre recuperação e psicoterapia (idem). Eysenck foi autor de uma revisão baseada em 24 estudos onde sugeriu que a psicoterapia de orientação psicodinâmica e eclética apresentava resultados insuficientes para determinar o benefício da psicoterapia considerando provocatoriamente que esta era prejudicial para

o paciente (Sousa, 2006). Eysenck encontrou uma taxa de melhoria de sintomas nos grupos que tinham apenas acompanhamento em clínica geral de 72% e onde especificamente os pacientes neuróticos recuperavam consideravelmente (Moreira et al.,2005) e apenas 44% melhoravam com psicanálise e 64 % com abordagens ecléticas (Sales,2009). As primeiras críticas às conclusões de Eysenck, no seio dos investigadores centraram-se na inexistência de grupos de controlo (Moreira et al.,2005). Estas conclusões, de que a psicoterapia não facilitava a recuperação provocaram reações por parte dos investigadores, sobretudo na tentativa de contestar estas considerações e de comprovar a eficácia da psicoterapia. Para isso, surgiram novas investigações e com elas novas metodologias levantando a questão de “*como investigar*”. As novas investigações enfatizaram o controlo experimental e quantificação dos resultados, ou seja, introdução de grupos de controlo em comparação com grupos experimentais. Quanto à análise dos resultados observou-se a troca da análise intensiva de casos para a análise das diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pacientes submetidos a psicoterapia e grupos de pacientes que não foram sujeitos a intervenção psicoterapêutica (Sales, 2009).

Se o segundo momento foi caracterizado por dúvidas no que diz respeito aos benefícios da psicoterapia, o terceiro momento como afirma Moreira et al. (2005) foi caracterizado por um período de esclarecimento.

No **terceiro momento** desde 1969 até aos dias de hoje, as investigações esforçaram-se por avaliar a eficácia da psicoterapia onde surgiu entre outros, um estudo intitulado por “*Meta-analysis of psychotherapy outcome studies*” de Smith e Glass (1977), onde analisaram todos os estudos que comparavam grupos de controlo com grupos experimentais, com o objetivo de avaliar quantitativamente o efeito da terapia (Moreira et al., 2005). Os estudos revelaram que o grupo sujeito a terapia melhorava 70% ao contrário do grupo de controlo que melhorava 30% (Soares,2011). Os indivíduos avaliados nas mesmas condições, aqueles que sofrem uma intervenção psicológica, revelam mais melhorias do que aqueles que não foram sujeitos a qualquer psicoterapia (Lambert & Barley, 2001).

Perante estas considerações, deixam de haver dúvidas quanto à eficácia da psicoterapia no que concerne à condição do paciente antes e depois da intervenção, contudo surge uma nova polémica: *quais são os tratamentos mais eficazes?* (Sales,

2009). Os estudos comparativos efetuados por Luborsky (2002) e seus colaboradores em 1975 revelaram que diferentes intervenções psicoterapêuticas demonstravam igualmente eficácia, surgindo assim a famosa expressão da equivalência, ou o “Veredicto do Pássaro Dodô”, extraído do conto “Alice no país das maravilhas: onde todos ganham, todos merecem prêmios” (Lambert & Barley, 2001). Através do movimento do pássaro Dodô, que defende a igualdade de todos os tratamentos em termos de eficácia, a investigação passou a procurar os fatores comuns que estão envolvidos nos diferentes tratamentos e que determinam a variabilidade dos resultados (Moreira et al., 2005).

O foco dos novos estudos passou a ser a compreensão das variáveis internas que orientavam os resultados terapêuticos, ou seja, os mecanismos subjacentes à mudança terapêutica, uma vez que a eficácia da psicoterapia já estava comprovada (Sales, 2009). A investigação passa a valorizar a relação entre as variáveis subjetivas do terapeuta e os resultados terapêuticos, com o objetivo de compreender as experiências internas dos participantes num esforço de responder à questão “*como muda?*”, surgindo assim um paradigma de investigação centrado no processo (Moreira et al., 2005). A investigação em psicoterapia passa a procurar os fatores responsáveis pelos resultados alcançados na terapia (Machado, 1994). As linhas de investigação orientaram-se no sentido de ajudar a esclarecer o que se passa dentro do processo terapêutico, como é que o paciente interage e influencia a díade sendo que os pacientes são os informadores privilegiados do processo (Sousa, 2006).

Observa-se então que o objeto de análise na investigação em psicoterapia veio a complexificar-se gradualmente, uma vez que novas variáveis foram consideradas, como a perspectiva do terapeuta depois os resultados antes e depois da intervenção e também as mudanças individuais presentes ao longo das sessões de terapia, o que levou a um crescente interesse por ferramentas capazes de captar a evolução do cliente (Angus et al., 2010). Para o avanço da investigação centrada no processo, torna-se essencial esta análise e compreensão das experiências vividas pelo paciente, ao longo da terapia (Elliott, 2008). Contudo, a terapia é apenas uma das várias causas que possam estar envolvidas nos resultados positivos, sendo igualmente um ponto de análise os fatores externos, ou seja, são consideradas as variáveis que estão fora da sessão e que possam contribuir para a mudança terapêutica.

As metodologias passaram a ser quantitativas e qualitativas na busca de sistemas de codificação cada vez mais eficazes na avaliação dos resultados, do processo e interação entre o terapeuta e o paciente. Historicamente, o desenvolvimento da investigação em psicoterapia passou por uma separação entre dois domínios: a investigação centrada nos resultados e a investigação centrada no processo, sendo que estas duas investigações olham para o mesmo objeto, mas de maneira diferente (Moreira et al., 2005).

1.2. Investigação centrada nos resultados versus centrada no processo

A investigação dos resultados considera a psicoterapia como um processo que produz resultados e avalia-los será o caminho possível para validar a psicoterapia (Moreira et al., 2005). Através de uma investigação centrada nos resultados torna-se possível responder às seguintes questões: *Quanto muda?* e *Qual o grau de mudança?* (idem). Estas investigações visam encontrar validade nos procedimentos experimentais para comprovar a eficácia do tratamento terapêutico, utilizando uma amostra com critérios bem definidos, que procura avaliar a evolução do cliente principalmente em relação à redução da sintomatologia (Kendall, Holmbeck, & Verduin, 2004; Seligman, 1995 citado por Vieira, 2014). Em relação à metodologia adotada na investigação centrada nos resultados, prende-se por um controlo de variáveis, por exemplo: grupo de controlo e grupo experimental comparando normalmente indivíduos que não recebem tratamento e indivíduos que recebem avaliando a significância estatística das diferenças e avaliando estes grupos em diversos momentos, por exemplo: pré e pós-intervenção. Estes grupos também podem ser avaliados segundo uma comparação de valores normativos (Moreira et al., 2005). Estes estudos recorrem sobretudo ao uso de medidas centradas nos clientes, frequentemente escalas de autorrelato e empiricamente validadas, como por exemplo escalas de avaliação da sintomatologia psicopatológica (Symptom Checklist-90 Revised) ou escalas direcionadas para avaliarem os resultados da psicoterapia em relação ao ajustamento psicológico (CORE-OM) (Timulak, 2008). Ainda dentro das investigações centradas nos resultados, estas avaliam igualmente a perspectiva do terapeuta ou de um observador externo com uso de *check-lists*, medidas comportamentais e até fisiológicas (como por exemplo, o Índice de Massa Corporal) (Moreira, et al., 2005).

Surge uma questão transversal que é a separação entre uma investigação centrada nos resultados (como o cliente se encontra antes e depois da terapia) e outro paradigma que é a investigação centrada no processo (o que acontece e como acontece a relação terapêutica) (Sousa, 2006). Neste “outro lado da moeda”, os investigadores adeptos da compreensão do que se passa na psicoterapia tentam perceber *o que muda e como muda* no processo terapêutico. Na base, está o seguinte pensamento: se não há controlo sobre os componentes e procedimentos capazes de provocar a mudança não será possível replicar esta mudança (Moreira et al.,2005).

As investigações centradas no processo terapêutico visam compreender os princípios orientadores que proporcionam experiências de mudança ao paciente (Elliott, 2010). Segundo Ribeiro (1984), o processo de mudança envolve “movimentos internos”, algo que o indivíduo vivencia ao nível consciente e inconsciente, e os “movimentos externos” relacionados com a interação do indivíduo com o próprio ambiente, fazendo-se notar uma mudança ao nível do comportamento do indivíduo. O objetivo da investigação centrada no processo, segundo Greenberg e Pinsof (1986, citado por Moreira et al., 2005) passa também, por identificar os padrões e mecanismos de mudança na interação de dois sistemas paciente-terapeuta.

Em termos metodológicos uma investigação centrada no processo, pode avaliar a perspectiva através da observação do terapeuta, paciente ou investigador onde o objeto de estudo será o paciente ou o seu sistema como a família, o terapeuta ou até mesmo a interação paciente-terapeuta (Elliot,1991 citado por Moreira et al.,2005). A unidade de análise neste tipo de investigações pode ser a frase, o diálogo, a sessão, uma pessoa considerando o seu sistema de crenças, implicando a análise das estruturas cognitivas através da linguagem/narrativa (Moreira et al., 2005). A medição ou análise destas unidades podem ser por via de codificações da descrição verbal, passando por uma análise de conteúdo, questionários e escalas (Stiles et al.,1999 citado por Moreira et al.,2005). Observa-se assim que a metodologia da investigação centrada no processo premeia as análises dos resultados verbais ou escritos dos vários intervenientes da ação terapêutica.

Aliado a estas mudanças metodológicas na investigação sobre a psicoterapia, verifica-se a importância de articular a investigação e a prática clínica na procura da evidência científica, e considerar igualmente a opinião do cliente face à eficácia dos

tratamentos. Perante esta necessidade de avaliar a percepção do cliente sobre a sua mudança e os fatores que identifica como sendo úteis para a mudança, Elliott (2002) desenvolveu um *design* de investigação designado por *Hermeneutic single-case efficacy design* (HSCED). Este *design* visa reunir condições capazes de avaliar o tratamento utilizando métodos qualitativos e quantitativos (Elliott, 2008).

Elliott (2012, citado por Cruz, 2014), baseado em inúmeras investigações sobre a psicoterapia, decide reunir propostas metodológicas para o estudo dos processos que estão associados à mudança terapêutica, designado por *Change Process Research*. Destaca três estratégias para estudar o processo de mudança em psicoterapia, o que ajudou a identificar o que acontece no processo terapêutico (Sousa, 2006). As linhas de investigação defendidas por Elliott têm como referência a aliança terapêutica numa perspetiva do cliente, terapeutas e observadores buscando o resultado pós-terapia num primeiro momento. Numa segunda proposta, busca a análise da interação paciente-terapeuta, através de uma metodologia focada na sessão avaliando possíveis mudanças imediatas. Num terceiro *design* de investigação, o foco são as experiências relatadas pelos participantes destacando os fatores que possam ter contribuído ou impedido a mudança terapêutica (Elliott, 2012 citado por Cruz, 2014).

Em suma uma investigação centrada nos resultados tem em consideração o estado do cliente antes e depois da terapia e quando falamos de um estudo que se centra no processo terapêutico, este se concentra no que acontece e como acontece a relação terapêutica ao longo das sessões (Elliott, Saltick, & Urman, 2001; Greenberg & Pinsof, 1986; Rice & Greenberg, 1984 citado por Sousa, 2006).

Vieira (2014) destaca a importância de uma metodologia pluralista, onde o objetivo seja conhecer resultados, mas também o processo, ultrapassando a visão dicotómica referida por Sousa (2006). Pretende-se uma vertente mais integrativa onde o conhecimento deixa de ser um exercício de comparação entre o pré e pós-intervenção e passa a ser uma questão de complementaridade entre os resultados e o processo. Embora sejam distintas orientações, juntas num trabalho complementar resultam numa grande contribuição para melhorar a compreensão dos mecanismos envolvidos na mudança terapêutica (Vieira, 2014). Hoje a investigação centra-se no processo e a relação deste com os resultados, estudando o que acontece durante a psicoterapia e o que influencia para a sua eficácia. Deste modo, procura-se cada vez mais integrar aspetos de cada

abordagem metodológica com vista a criar uma investigação mais compreensiva e profunda sobre o objetivo de trabalho na psicoterapia que é a mudança do paciente.

Aliada a esta necessidade de investigação mais complexa, está a permanente preocupação de conciliar os efeitos das investigações na prática clínica do terapeuta. Pinsof e Wynne (2000, citado por Sales, 2009) afirmam que é necessária uma investigação que ajude os terapeutas a decidir o que fazer com pacientes e patologias específicas e em momentos específicos do processo terapêutico. Sousa (2006) é da mesma opinião, relatando como prioridade atual a aproximação da investigação com a prática clínica, uma vez que os clínicos não encontram resultados nas investigações nem elementos que ajudem a melhorar a sua prática (Sales, 2009).

2. Investigação em psicoterapia de grupo: o Psicodrama e a Mudança Terapêutica

2.1. Surgimento da Psicoterapia de grupo e os fatores de mudança

Quando se fala em psicoterapia de grupo, o seu verdadeiro início deu-se pelas mãos de Moreno, sendo este considerado atualmente o criador da psicoterapia de grupo e do psicodrama (Ferreira, 1989). Contudo o psicodrama como metodologia terapêutica teve a sua aparição no campo das psicoterapias depois da psicanálise e da psicoterapia de grupo (Rojas-Bermúdez, 1997).

A psicoterapia de grupo é caracterizada por ser um encontro entre pessoas onde estas partilham vivências e identificam-se com os problemas uns dos outros. Vive-se o espaço terapêutico como um suporte social que permite o desenvolvimento de estratégias mais adaptativas e úteis para lidar com diversas situações. Para Fuhriman e Burlingane (2000), a psicoterapia de grupo representa um tratamento que visa responder aos problemas interpessoais, intrapessoais e o foco está nas mudanças comportamentais dos participantes ou membros do grupo.

Pio-Abreu (2006) enumera os seguintes fatores comuns que proporcionam a mudança terapêutica: relação de ajuda baseada na confiança, explicação da causa dos problemas, melhor conhecimento dos próprios problemas com descoberta de soluções alternativas, libertação das emoções e crença no método terapêutico e no terapeuta. Segundo Messer e Warren (1995) os resultados favoráveis em processos terapêuticos, passam por: 1) uma capacidade demonstrada pelo paciente para lidar com situações difíceis do passado, que pode estar relacionada com a sua capacidade de adaptação, 2) a capacidade de identificar e expressar os seus problemas e dificuldades, 3) disponibilidade para pensamentos alternativos, 4) o suporte social e, por último, 5) a motivação para a mudança (Messer & Warren, 1995). Estes fatores parecem estar associados quer à ação do paciente, quer aos seus recursos. No início do processo terapêutico o paciente leva a sua bagagem familiar e social, o seu sistema de crenças, de valores, que podem limitar na mudança de comportamentos e pensamentos mais inadequados e é compreensível que nas primeiras sessões não veja na terapia o meio de promoção de mudança (Bechelli & Santos, 2005).

Contudo, importa acrescentar que o processo terapêutico pressupõe uma relação terapeuta-paciente. Nesta medida, quando se fala dos fatores de mudança, é necessário considerar ainda a dinâmica entre os dois protagonistas, como fatores relacionais, aliança terapêutica positiva, empatia e a respetiva metodologia de intervenção (Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009).

Numa psicoterapia de grupo, ao registar-se um aumento dos intervenientes em ação terapêutica verifica-se possivelmente um aumento das variáveis potenciadoras de mudança, pelo que apesar dos mecanismos, pelos quais a mudança se dá, não serem muito diferentes dos já referidos, acresce assim outros fatores.

Yalom (1975, citado por Kellerman, 1992) considerou como principais fatores “curativos” nas terapias de grupo: 1) o autoconhecimento designado por *insight*, e 2) o desenvolvimento de competências sociais. Este desenvolvimento de competências sociais orienta na busca de soluções para os problemas, e adoção de respostas mais adaptativas (Yalom & Leszcz, 2005). Outro fator é a catarse, que corresponde a uma descarga emocional onde o paciente dispõe de um meio para libertar e expressar as suas emoções, no contexto terapêutico e, portanto existe uma valorização da expressão emocional. Ainda o fator da universalidade que permite que o paciente na descarga emocional partilhe informação de vivências e se dá conta que não é único e que os outros elementos do grupo apresentam problemas idênticos, existe, portanto, uma identificação (Yalom & Leszcz, 2005). O participante ao comparar-se com os outros pode aumentar o conhecimento e compreensão dos seus sentimentos e aceitação de si, mesmo, bem como o estabelecimento de uma visão acerca dos demais (Bechelli & Santos, 2005). Esta visão pode contribuir para o aumento do altruísmo, uma vez que os elementos do grupo são importantes para o processo terapêutico uns dos outros, este princípio, leva ao fator mais valorizado pelos participantes, que é a coesão grupal (Yalom & Leszcz, 2005). Yalom e Leszcz (2005) dão destaque à coesão grupal, como o fator possivelmente mais importante para o sucesso de um grupo, uma vez que possibilita o desenvolvimento de identidade e sentimento de pertença que são fulcrais no trabalho psicoterapêutico.

O psicodrama, sendo uma psicoterapia de grupo, para além de todos estes fatores, ao introduzir métodos de ação, tem por ventura associados outros fatores terapêuticos específicos. Observa-se que no desenvolvimento das diferentes

psicoterapias estas foram ganhando diversas formas de trabalho, que são consonantes com a estrutura da psicoterapia e a evolução dos conhecimentos psicológicos ao nível individual e grupal.

A primeira forma a considerar foi a psicanalítica onde se observa um divã para o paciente e uma cadeira para o terapeuta situado habitualmente atrás do paciente. Esta disposição física na terapia leva o paciente a não ver o terapeuta, mas este observa o paciente (Bartoli et al.,1988). **A segunda forma** corresponde às psicoterapias do tipo bipessoal, onde o paciente e o terapeuta estão sentados de forma que permite uma observação mútua e de fácil acesso à comunicação verbal e não-verbal procedente das mensagens como a linguagem corporal em interação. **A terceira forma** corresponde às psicoterapias em grupo, introdução de novos intervenientes no processo terapêutico e onde a disposição espacial é determinada pelos vários pacientes que normalmente ficam distribuídos em forma de leque e o terapeuta no centro. Nestas psicoterapias o vínculo terapêutico é do tipo bipessoal apesar de haver outros pacientes, uma vez que não se toma em consideração a dinâmica grupal. **A quarta forma** refere-se às psicoterapias de grupo, normalmente em forma de círculo que favorece a comunicação entre os membros e desta forma diminui a focalização da atenção no terapeuta. **A quinta forma** é a psicodramática onde há a introdução de um cenário (Bartoli et al., 1988).

O psicodrama faz intervir manifestamente um novo elemento na psicoterapia: o espaço transformando-o em cenário (Rojas-Bermúdez, 1997). Perante estas considerações regista-se uma transformação na estrutura de trabalho em psicoterapia, onde se observa gradualmente a introdução de novos elementos no processo terapêutico.

2.2. O psicodrama como método terapêutico

Historicamente o psicodrama representa o ponto decisivo na passagem do tratamento do indivíduo isolado para o tratamento do indivíduo em grupo e do tratamento do indivíduo com métodos verbais para o tratamento com métodos de ação (Moreno citado por Rojas-Bermúdez, 1997). Com o psicodrama, Moreno queria chegar a toda a população, ao contrário do que se verificava com o acompanhamento individual. Para isso, desenvolveu um método capaz de responder às necessidades do indivíduo, mas também do grupo designado por psicodrama (Corey, 2012). Moreno inicia assim uma intervenção individual através de um trabalho ao nível das relações grupais (Pio-Abreu, 2006).

Este método defendido por Moreno teve origem no teatro, onde os intervenientes tinham de desempenhar papéis num contexto de ação e este seria o mediador para eventuais mudanças comportamentais fora do espaço cénico. Moreno descobre o potencial terapêutico latente a um jogo de personagens em teatro espontâneo e o instrumentaliza num novo enquadre psicoterapêutico designado por psicodrama (Bartoli et al., 1988). Como considera Soeiro (1999), o psicodrama recorre a dramatizações que correspondem às vivências dos protagonistas, levando à mudança comportamental.

Do ponto de vista técnico, a ação é o principal do procedimento psicodramático, onde os atores envolvidos têm como ferramenta a improvisação que permite grande liberdade, o que constituiu uma ação criativa, expressando questões e problemas do foro do quotidiano (Soeiro, 1991). Como realça Rojas Bermúdez (1997), o psicodrama faz participar o corpo demonstrando-o ser um valioso método para evidenciar as defesas conscientes e inconscientes do paciente, assim como os seus comportamentos e quadros patológicos e é no ato de representar as vivências, esquemas psíquicos, situações conflituosas, que é possível a mudança terapêutica.

Como defende Moreno (1993), este método consiste numa ciência que trabalha com a verdade por métodos dramáticos, uma vez que o material dramatizado pelo protagonista está relacionado com a sua própria realidade, como conflitos, desejos, necessidades e dificuldades relacionais (Oliveira & Araújo, 2012). O método moreniano reside sobretudo no poder da ação assumindo a crença de que cada indivíduo assume um **papel** na sociedade, e que não se pode anular a existência de um papel complementar. O trabalho do psicodrama é focalizado nas particularidades do indivíduo, sendo este agente ativo de diversos papéis relacionais, como a relação pai-filho, cônjuge, papéis que implicam um complementar e onde existem dificuldades e potencialidades. A conceção de saúde mental e a não psicopatologia no âmbito do pensamento moreniano, centra-se no exercício de desempenhar papéis e a interação entre eles, unida de respostas adaptativas (Soeiro, 1991).

É através da ação dramática, que se cria um meio que proporciona a reflexão e a compreensão do significado dos papéis e possibilita o “experimentar” de novas ou alternativas interações. É na ação e no desempenho de um papel ativo no “aqui e agora” (Blatner, 2000), a concretização de experiências humanas sob uma variedade de condições simuladas (Kipper & Hundal, 2003), onde o paciente exterioriza no cenário

os seus problemas, revelando os seus esquemas mentais num ambiente protegido onde é possível a mudança terapêutica (Moreno, 1978).

O **enquadramento formal** do psicodrama pode-se dividir em: instrumentos fundamentais e nos aspetos respeitantes ao espaço e ao tempo. Os instrumentos fundamentais são: 1) a unidade funcional que engloba o diretor e o ego auxiliar, terminologia introduzida por Rojas-Bermúdez ou igualmente designada por equipa terapêutica, 2) o cenário, 3) o protagonista e 4) o auditório.

1) Na **unidade funcional** o **diretor** ou terapeuta é o principal responsável por todo o processo do psicodrama, coloca-se habitualmente na periferia da sala procurando o contacto visual com os egos auxiliares com o objetivo de dar instruções no momento da ação. Responsável por iniciar e finalizar as sessões e as diferentes etapas de cada sessão de psicodrama (Pio-Abreu, 1992). Corresponde ao diretor implementar as técnicas psicodramáticas adequadas para que o protagonista, escolhido por ele, possa representar no cenário o seu tema com todos os elementos psicológicos e psicossociológicos relevantes, para que possa encontrar as soluções para os seus problemas. O diretor permanece no contexto da realidade, ou seja, contexto grupal e as suas intervenções para o contexto dramático são feitas através de consignas diretas ao protagonista ou ao ego-auxiliar (Rojas-Bermúdez, 1997).

O **ego-auxiliar** assume um papel complementar ao do diretor uma vez que este último não entra no cenário nem na ação. O ego-auxiliar dentro do cenário deve respeitar as diretrizes dadas pelo diretor que está de fora do cenário. Outros membros do grupo podem ser escolhidos pelo protagonista para desempenharem a função de ego-auxiliar, designado por Moreno de ator espontâneo e por Rojas-Bermúdez de ego-auxiliar espontâneo. Contudo é habitual a permanência de um ego-auxiliar com treino em psicoterapia e psicodrama nas sessões sendo outro aspecto que difere das restantes psicoterapias (Rojas-Bermúdez, 1997).

2) O **cenário** é o equivalente ao palco teatral, embora esteja numa posição central e de dimensões mais reduzidas e de forma retangular. É neste espaço que se processa a ação, ou a representação, ou a dramatização terapêutica comandada pelo diretor (Pio-Abreu, 1992). O protagonista pode pedir aos outros elementos do auditório para desempenharem o papel de ego-auxiliar, estes devem estar sensibilizados para o facto de ser um espaço de liberdade onde tudo é possível e reversível e o diretor pode

intervir quando achar conveniente (Pio-Abreu, 1992). No cenário observa-se a participação ativa e de uma forma integrada, dos corpos e da palavra em dramatização e que se realiza em frente de um auditório sob a coordenação de uma unidade funcional (Rojas-Bermúdez, 1997). O psicodrama é a primeira psicoterapia que introduz o espaço com fins terapêuticos onde é possível enquadrar artificialmente os conflitos internos do protagonista e onde se constrói um contexto particular: contexto dramático (Rojas-Bermúdez, 1997).

3) O **protagonista**, ao contrário do que ocorre no teatro, no psicodrama é autor e ator da sua própria obra e considera-se protagonista o indivíduo que passa ao cenário e expõe um tema para dramatizar, frequentemente relacionado com a sua vida. Espera-se que o protagonista surja como um emergente dramático do grupo, por vezes este emergente não se encarna num elemento do grupo, podendo ser um tema protagonista (Rojas-Bermúdez, 1997), como assuntos partilhados por vários ou todos os elementos do grupo (Pio-Abreu, 1992). A escolha do protagonista avaliando a importância e oportunidade das vivências do mesmo é do diretor (Rojas-Bermúdez, 1997). Consoante, as etapas da sessão de psicodrama o elemento do grupo passa “de observador a observador participante e, finalmente, a protagonista” (Rojas-Bermúdez, 1997, p.31).

4) O **auditório** é o instrumento que diz respeito ao grupo de pessoas que se encontra ao redor do cenário e é constituído pelos pacientes/ participantes e pelos egos-auxiliares (Rojas-Bermúdez, 1997). O teatro como a vida social não existe sem plateia ou público, no psicodrama a dramatização só tem sentido com o seu próprio público, designado por auditório. Antes e depois de cada dramatização e no terminar da sessão o auditório é convidado a comentar e a exprimir as emoções experienciadas de modo a provocar algum efeito corretivo (Pio-Abreu, 1992), sendo o grupo um próprio fator de mudança terapêutica.

Em relação ao espaço, Rojas-Bermúdez partindo do enquadramento criado por Moreno e baseando-se na sua experiência clínica foi capaz de criar uma abordagem sistematizada das componentes teóricas e técnicas do Psicodrama introduzindo a noção de contextos associada ao espaço.

O **contexto social** diz respeito ao ambiente extragrupal e à estrutura social chamada “realidade social”, sendo esta a definição dada por Moreno. Este contexto orienta-se por normas sociais e obrigações por onde o indivíduo se deve orientar. É

deste contexto normalmente que provém o material a ser trabalhado no grupo de psicodrama (Rojas- Bermúdez, 1997). As características do contexto social prevalecem nos primeiros momentos das sessões de psicodrama, como questões da vida quotidiana, relações, normas, vínculos e gradualmente passam para questões relacionadas com o contexto grupal (Rojas-Bermúdez, 1997).

O **contexto grupal** é formado pelo grupo e pela equipa terapêutica regido por normas e leis particulares estipuladas por eles. Neste contexto cria-se um clima facilitador para o surgimento de um protagonista e que funciona como suporte para o contexto dramático (Rojas-Bermúdez, 1997).

O **contexto dramático** corresponde ao espaço do produto do protagonista, sendo artificial e considerado do campo da fantasia e onde os protagonistas jogam os seus papéis num permanente “faz de conta” ou “como se” (Rojas-Bermúdez, 1997). No jogo de papéis e na ação podem fazer e desfazer cenas, modificar acontecimentos e trocar personagens e até alterar o tempo (Rojas-Bermúdez, 1997).

Respeitante ao **tempo**, uma sessão de psicodrama é dividida em várias etapas sendo elas aquecimento, a dramatização e a fase dos comentários, que constituem passos sucessivos de um processo que pode terminar na etapa de comentários, mas que também pode se transformar numa base de aquecimento para outra dramatização. Este processo, que parte do grupo, vai ao indivíduo e regressa ao grupo e pode emergir novamente para outro indivíduo (Rojas-Bermúdez, 1997).

O **aquecimento** tem como principal objetivo preparar o organismo para a ação na etapa da dramatização (Rojas- Bermúdez, 1997). Na etapa de aquecimento o grupo apresenta-se como um conjunto de indivíduos relativamente alienados que se manifestam individualmente, os conteúdos individuais são partilhados e geram interações e que pouco a pouco criam um clima emocional que envolve todos os intervenientes. Destas interações podem surgir emergentes como o protagonista ou temática protagonista designado por emergente grupal (Bartoli et al.,1988). Na etapa do aquecimento é normalmente utilizada a comunicação verbal na procura da mobilização progressiva dos participantes. Esta etapa pode ser subdividida em aquecimento inespecífico e aquecimento específico. O **aquecimento inespecífico** corresponde ao primeiro período onde o grupo centra a sua atenção no diretor e gradualmente muda a sua atenção para o auditório e, com isso, diminuem os estados de tensão, facilitando a

interação grupal (Rojas-Bermúdez, 1997). O **aquecimento específico** realiza-se normalmente com o protagonista que emerge do grupo e observa-se a preparação de um contexto dramático e eleição das personagens que vão intervir (Rojas-Bermúdez, 1997).

Na **dramatização** procura-se resolver o conflito levado pelo protagonista, onde a diferença entre o psicodrama e o teatro é de não existir um guião a cumprir pelos atores e o protagonista sugere o tema e situações a dramatizar. O diretor enquadra o tema emergente segundo uma metodologia psicodramática com técnicas ativas e com a finalidade de concretizá-lo no cenário que permite: observar “*in vivo*” a estrutura do material interno e proporcionar mudanças, operar terapeuticamente no “*aqui e agora*”, verificar as modificações ocorridas e introduzir elementos terapêuticos (Rojas-Bermúdez, 1997). O diretor convida o protagonista a vir ao cenário na tentativa de reproduzir nesse espaço a sua vivência tornando-a observável e perceptível. As cadeiras são retiradas simbolizando que o espaço está aberto para a ação e assim diferenciar o contexto dramático do contexto grupal (Pio-Abreu, 1992).

A etapa dos **comentários** ou partilha é a terceira e última etapa de cada sessão psicodramática a atenção centra-se no auditório e solicitam-se comentários referentes à dramatização (Rojas-Bermúdez, 1997). Como observamos no teatro ou até mesmo na vida social, o desempenho dos protagonistas é comentado, existe uma crítica teatral, uma informação de retorno que vai ajudar na correção desse desempenho (Pio-Abreu, 1992). Quem desempenhou funções de ego-auxiliar, dizem como se sentiram em ação e como sentiram a relação com o protagonista, e no final o protagonista pode comentar sobre como encara os comentários recebidos (Pio-Abreu, 1992).

Para além do conceito de papel como explicado anteriormente, no que concerne à mudança terapêutica no âmbito do psicodrama é necessário compreender outros conceitos morenianos, tais como: espontaneidade, catarse de integração, a tele e o encontro.

Para Moreno (1997, citado por Vieira, 2014) a espontaneidade representa a capacidade do indivíduo de dar respostas adequadas a situações novas ou alterar respostas antigas habituais. Leal (2005) reconhece que é na utilização do “jogo” dramático espontâneo que está presente na ação psicodramática que se promove o enriquecimento pessoal. Na resposta espontânea o indivíduo encontra vias alternativas de resolução de problemas difíceis de serem alcançadas apenas pela via do raciocínio

(idem.). O treino de novas ações permite trabalhar na tomada de diferentes opções incluindo as possíveis consequências. Na ação dramática a atitude espontânea implica a recetividade e disponibilidade do organismo individual do participante que facilita na criação de novas respostas e assim o aumento da criatividade (Pio-Abreu, 2006). A **espontaneidade** permite o desenvolvimento de respostas mais adequadas e sem rigidez face aos acontecimentos promovendo assim a saúde mental (Moreno, 1997 citado por Vieira, 2014). Nesta redescoberta de respostas mais adaptativas verifica-se uma libertação emocional que por sua vez promove a **catarse de integração** (Pio-Abreu, 2006). No momento de dramatização, o protagonista pode encontrar novas soluções para a sua vida, o que pressupõe um crescimento. A esse crescimento dá-se o nome de catarse de integração. (Pio-Abreu, 1992).

A **Tele** é um fator terapêutico promotor de mudança que corresponde a um sentimento de empatia recíproca é, portanto, um elemento de ordem relacional (Moreno, 1997). A tele caracteriza-se por ser a capacidade de ver o outro tal como ele é, e não como o interpretamos na nossa subjetividade (Pio-Abreu, 2006). Como referido anteriormente, a forma psicodramática caracteriza-se pela presença de um cenário que ocupa o espaço do vínculo grupal. Existem habitualmente neste espaço, duas cadeiras que se tocam simbolizando o **encontro** entre os protagonistas e em torno do cenário encontra-se o auditório (Bartoli et al., 1988). Este encontro também é identificado como um fator promotor de mudança, relacionado com o momento de comunicar afetos (Pio-Abreu, 2006). Estes são os conceitos básicos que correspondem a processos potenciadores de mudança terapêutica segundo os teóricos.

Em forma de síntese é no contexto psicodramático, que ocorre uma ação terapêutica através de um trabalho conjunto, sobretudo entre o protagonista e os egos-auxiliares que decorre durante a dramatização. O cenário é o suporte do contexto dramático e a participação ativa na dramatização dos pacientes, os protagonistas e egos-auxiliares. Observa-se então que o campo operatório é o cenário e a operação terapêutica é a dramatização sendo o esclarecimento e resolução de situações conflituosas o objetivo da ação psicodramática (Rojas- Bermúdez, 1997). Para este efeito o diretor dispõe de certo número de técnicas que pode aplicar no momento que achar mais oportuno e que facilita no processo de descobrimento e tomada de consciência do protagonista. As técnicas ditas consensuais e vulgarmente usadas pela comunidade clínica são: inversão de papéis, solilóquio, espelho, duplo e interpolação de

resistências, escultura, átomo social, objetos intermediários, jogos dramáticos, sociometria, treino do papel (*role-playing*) e representação simbólica (Cruz, 2014).

A seguinte tabela descreve de uma forma sucinta as diferentes técnicas psicodramáticas:

Tabela 1: Técnicas psicodramáticas

Inversão de papéis	Em dramatização o protagonista e ego auxiliar (ou dois protagonistas) a pedido do diretor trocam de papéis passando cada um a interpretar o papel do outro. O ego-auxiliar repete as palavras do protagonista e invertem novamente voltando aos papéis originais. Por vezes o protagonista pode observar desde o auditório a uma reprodução da ação (Pio-Abreu, 1992 & Rojas-Bermúdez, 1997).
Solilóquio	Como forma de aceder a níveis mais profundos do protagonista, o diretor em algum momento da ação pede para o protagonista “pensar alto” e dizer o que está a sentir naquele momento (Pio-Abreu, 1992 & Rojas-Bermúdez, 1997).
Espelho	O diretor pede a um dos egos-auxiliares para se posicionar de frente para o protagonista de forma a imita-lo como se tratasse de um espelho (Pio-Abreu, 1992 & Rojas-Bermúdez, 1997).
Duplo	No decorrer da ação o ego-auxiliar coloca-se ao lado ou por de trás do protagonista adotando a sua postura corporal e adiciona gradualmente elementos que o protagonista por alguma razão não percebe ou evita expressar na ação, como pensamentos, emoções e sentimentos (Pio-Abreu, 1992 & Rojas-Bermúdez, 1997).
Interpolação de resistências	No decorrer da ação o diretor dá consignas ao ego-auxiliar, pode mudar condições do contexto dramático, introduz novos elementos imprevistos na tentativa de resolver certas resistências. O diretor altera papéis complementários ao do protagonista o que permite a este atuar de forma espontânea (Pio-Abreu, 1992 & Rojas-Bermúdez, 1997).
Escultura (Estátua, podendo estar incluída nas técnicas de construção de imagens)	O diretor pede para o protagonista utilizar os egos-auxiliares ou ele mesmo para representar de forma estática qualquer material interno como ideias, sentimentos, situações ou pessoas (Pio-Abreu, 1992 & Rojas-Bermúdez, 1997).

Tabela 1: Técnicas psicodramáticas (*Continuação*)

Átomo Social	Técnica que compreende uma sociometria no sentido do protagonista representar no cenário, relações mais significativas, com a ajuda do ego-auxiliares, dispendo-as a uma distância marcada pelo próprio protagonista. Existe uma inversão de papéis onde o protagonista passa em algum momento a desempenhar o papel da pessoa significativa, expressando um discurso verbal e depois volta ao seu lugar, podendo revelar interações habituais (Pio-Abreu, 1992 & Rojas-Bermúdez, 1997).
Objetos intermediários e Objetos “intraintermediários” de Rojas-Bermúdez	Corresponde a um objeto real e concreto, normalmente um boneco articulado facilitador de diálogo e interação com o protagonista onde a comunicação foi interrompida como, por exemplo, com doentes psicóticos. Os objetos “intraintermediários”, introduzidos por Rojas-Bermúdez, são utilizados pelo protagonista promovendo a comunicação consigo mesmo e com os outros, ele usa este objeto como protetor onde permite ocultar e proteger o rosto e possibilita a livre expressão (Pio-Abreu, 1992 & Rojas-Bermúdez, 1997).
Jogos dramáticos	São diversos procedimentos que utilizam a dramatização com fins criativos destinados a fortalecer papéis já desenvolvidos pelo indivíduo, como a improvisação ou um simples jogo de personagens (Pio-Abreu, 1992 & Rojas-Bermúdez, 1997).
Sociometria	Método que permite medir os relacionamentos interpessoais e fornecer um <i>feedback</i> rápido sobre o nível de organização de atração entre os elementos do grupo (Blatner, 1988, 1997 citado por Cruz, 2014).
Treino do papel (<i>Role-playing</i>)	Técnica que permite desempenhar um papel específico cujo desempenho provoca algum receio uma vez que esse papel não está muito desenvolvido e onde o ego-auxiliar desempenha na ação, o papel complementar (Pio-Abreu, 1992).
Representação simbólica (semelhança com a construção de imagens de Rojas- Bermúdez)	Quando a representação direta é difícil como, por exemplo, uma relação sexual opta-se, por exemplo, por representa-la através do uso do corpo, como as mãos (Pio-Abreu, 1992). Técnica semelhante com a técnica de construção de imagens que comporta um simbolismo, onde o protagonista representa o seu conteúdo interno numa figura, contudo ele não pode estar incluído na produção fazendo-se representar por outro elemento, pessoas ou objetos (Rojas-Bermúdez, 1997).

2.3. Estudos em Psicodrama: Como avaliam as mudanças terapêuticas?

Os estudos em psicodrama selecionados e de seguida brevemente descritos, apresentam-se segundo uma divisão: 1) as investigações centradas nos resultados sendo a metodologia quantitativa frequentemente adotada e 2) as investigações centradas no processo onde são as metodologias qualitativas predominantes.

Relativamente às investigações que comportam uma análise quantitativa com o objetivo de testar a eficácia do psicodrama, ou a avaliação da evolução de um indivíduo ou grupo referente à sintomatologia, serão privilegiados os estudos que aplicaram uma escala de avaliação dos níveis de bem-estar psicológico (por exemplo: CORE-OM).

Sobre a avaliação da sintomatologia, os estudos de eficácia terapêutica do psicodrama revelam, na sua generalidade resultados favoráveis no sentido da diminuição da sintomatologia. Por exemplo, o estudo de Gatta et al. (2010) com grupos de adolescentes com perturbação do comportamento, com avaliação em três momentos distintos (pré, intermédio e pós intervenção), num total de 12 sessões, através de um questionário de sintomatologia (Symptom Check List-90, SCL-90-R) sugeriu uma diminuição da sintomatologia em comparação com um grupo de controlo. Num estudo de efetividade do psicodrama em comparação com a dessensibilização sistemática, Kipper e Giladi (1978) avaliaram estudantes com sintomatologia ansiosa. Os resultados revelaram-se favoráveis em ambas as intervenções no sentido da diminuição da ansiedade numa avaliação de pré e pós-intervenção. No estudo de Costa et al. (2006), o psicodrama também revelou eficácia no sentido da redução de sintomas depressivos. Marques Teixeira (2004) estudou a evolução de um grupo de psicodrama composto por seis participantes no sentido de avaliar a eficácia do psicodrama, e os resultados foram igualmente reveladores de uma eficácia ao nível da diminuição da sintomatologia.

Ainda sobre a eficácia terapêutica no psicodrama o estudo quantitativo de Vieira (2014), contou com várias escalas entre elas o CORE-OM, onde se registou um aumento estatisticamente significativo do bem-estar e consecutivamente uma diminuição do *distress* psicológico, revelando desta forma que o psicodrama apresenta impacto positivo na diminuição da sintomatologia. Na sequência deste estudo Longarito (2016) avaliou o mesmo grupo psicodramático em avaliação *follow-up* de três anos, onde os resultados das subescalas do CORE-OM não registaram diferenças estatisticamente significativas, contudo avaliando as representações gráficas das

medidas, verificou-se melhoria nos níveis de bem-estar subjetivo, resultado que se revela congruente com o estudo original de Vieira (2014).

Em estudos de caso, os resultados quantitativos parecem ser igualmente favoráveis, apesar de considerar apenas um sujeito. Duarte (2012), sugerindo o modelo de análise *Hermeneutic Single Case Efficacy Design* (HSCED), com várias escalas entre elas, o instrumento CORE-OM encontrou diferenças significativas ao nível do ajustamento psicológico, no final do processo psicodramático. Também Rodrigues (2013) avaliou o impacto da terapia psicodramática num adulto que participou em 40 sessões. Em relação ao *distress* psicológico avaliado, em quatro momentos distintos do processo, os resultados evidenciaram melhorias “muito residuais”, ou seja, melhorias pouco significativas com registo de alguma “deterioração”. Por sua vez, Aniceto (2015), com um desenho de investigação semelhante, relatou que voltaram a confirmar a eficácia do processo psicodramático ao nível do aumento do ajustamento psicológico. Ainda no campo dos estudos de caso, Soares (2012) utiliza igualmente uma metodologia *Hermeneutic Single Case Efficacy Design de Elliott*, com a finalidade de avaliar um indivíduo que participou em 23 sessões de psicodrama, verificando uma maior evolução terapêutica entre o primeiro momento de avaliação e último observando-se não só uma diminuição dos níveis de mal-estar, como ainda uma passagem de valores clínicos para não clínicos. Para concluir, os estudos com carácter quantitativo, Cruz (2014) estudou o processo psicodramático do ponto de vista do cliente, através de vários instrumentos, entre eles, o CORE-OM na avaliação do bem-estar psicológico. Tendo em conta a primeira e última avaliação em follow-up a tendência pareceu ser de uma ligeira melhoria no que diz respeito à sintomatologia geral, embora os resultados não apresentassem diferenças significativas.

Em relação aos estudos qualitativos inseridos numa investigação centrada no processo, com o objetivo de encontrar os fatores promotores de mudança terapêutica do ponto de vista do paciente, Rodrigues (2013) aplicou *Hermeneutic Single Case Efficacy Design de Elliott*, com o objetivo de perceber se o cliente tinha mudado e qual o responsável dessa mesma mudança. Os fatores indicados como promotores de mudança foram: experiência afetiva vivenciada no grupo, expressão de afetos. As mudanças verificaram-se na quebra de mecanismos de defesa e melhoria na regulação do comportamento. No estudo sobre o processo terapêutico do psicodrama levado a cabo por Vieira (2014), no seio de mulheres com obesidade, procurou-se os fatores

facilitadores de mudança. A autora aplicou o *Helpful Aspects of Therapy Form* (Elliott, 1993), de autopreenchimento e avaliou a percepção do cliente sobre o processo de mudança. Em relação ao processo terapêutico, os aspetos considerados como uteis foram: o grupo, a partilha inerente ao processo terapêutico em grupo, sentimento de universalidade, desenvolvimento do *insight*, o autoconhecimento e a própria metodologia terapêutica, destacando a técnica da dramatização. No estudo de Cruz (2014) os resultados registados na investigação de carácter qualitativa vão ao encontro destas conclusões de Vieira (2014). Os clientes descreveram os eventos relevantes em cada sessão do processo psicodramático, registando-se uma prevalência de categorias relacionadas com o modelo terapêutico nomeadamente a dramatização, a partilha do grupo e a comunicação exercida pela unidade funcional. Aspetos que coincidem com as três fases de uma sessão psicodramática, e em articulação com os resultados qualitativos, Cruz (2014) concluiu que a informação obtida sobre as mudanças sentidas durante a terapia, era mais expressiva do que as informações inerentes às medidas quantitativas avaliadas.

Num estudo de caso, Filipe (2012) teve como objetivo de investigação conhecer os eventos significativos em terapia e como os participantes vivenciaram o processo de mudança, recorrendo a uma *Entrevista de Mudança do Cliente* de Sales (et al.,2010).

Os resultados evidenciam que o processo psicoterapêutico contribuiu gradualmente para a auto-consciencialização de alguns aspetos comportamentais, designado por *insight*. O terapeuta e o grupo surgem no início como facilitadores do processo e as emoções vividas em contexto dramático em momento de ação e o impacto positivo dessa experiência. Ainda num estudo de caso desenvolvido por Barba (2014), com o uso do modelo de análise *Hermeneutic Single Case Efficacy Design* (HSCED Elliott, 2002) entre vários instrumentos como a Client Change Interview, verifica-se apenas que a bateria de testes é fundamentalmente, centrada no registo verbal ou escrito, da percepção dos intervenientes sobre o processo terapêutico. Não havendo resultados preliminares.

Torres, Lima & Ramos Cerqueira (2001) estudaram o efeito de uma intervenção psicodramática na perturbação de pânico, tendo sido a dramatização o principal recurso terapêutico. O objetivo foi descrever a experiência de 4 anos de um grupo psicodramático num total de 40 sessões com média de 9 participantes. Os resultados

evidenciaram que os aspetos trazidos pelos pacientes eram vivências e/ou sentimentos de desamparo/desproteção. As principais conclusões ditam que o atendimento em grupo promove autoconfiança e autoestima e a capacidade de expressar sentimentos e de assumir o papel de “cuidador”. Na avaliação do processo psicodramático é possível registar em primeira instância a necessidade de compartilhar vivências trabalhando na coesão grupal, segundo a construção de um espaço confiável, terceiro os problemas pessoais que são relatados, surgem os conteúdos mais espontâneos, e quarto a aprendizagem que parte de uma expressão de emoções e discriminação de situações geradoras de conflito. Marques Teixeira (2004) destaca também a coesão grupal no início do grupo sendo este um fator positivo no que concerne à evolução do grupo e o nível da empatia com o diretor também é considerado como um fator facilitador de desenvolvimento da coesão grupal.

Apesar de o psicodrama ser um método terapêutico ativo, onde privilegia a ação como instrumento de trabalho e que faz intervir manifestamente a expressão corporal (Rojas-Bermúdez, 1997), todos os estudos encontrados baseiam-se em medidas de expressão verbal como, por exemplo, escalas de autorrelato avaliando a sintomatologia ou a entrevista de mudança avaliando o processo terapêutico. Considerando as formas e métodos de investigação em psicodrama coloca-se a questão, *será que para além da palavra (oral ou escrita), a imagem poderá ser representativa dos processos psicológicos e de mudança terapêutica presente na ação psicodramática?*

3. A palavra e o corpo como representativos de processos psicológicos: dois veículos de expressão?

Se durante muito tempo as psicoterapias privilegiaram métodos verbais com a introdução do psicodrama o tratamento psicoterapêutico passou a privilegiar métodos de ação (Moreno, 1993). Rojas- Bermúdez (1997) salienta esta ideia, de que o psicodrama revela-se como uma intervenção que se diferencia das outras psicoterapias puramente verbais, já que faz intervir manifestamente o corpo e as suas diferentes expressões e a interação com outros corpos, criando ações.

A importância dada ao corpo no psicodrama ganha relevo, segundo Rojas-Bermúdez (2012), tendo em conta que a cultura atual tradicional é fortemente influenciada pelo cristianismo e centrada no verbal com desvalorização do corporal, o que permite ver a palavra frente à imagem. O corpo e a mente são vistos atualmente como entidades distintas e separadas, nascendo, a dualidade mente-corpo. O autor acrescenta que a palavra é considerada o meio idóneo para a comunicação registando-se uma sobrevalorização da palavra em vários modelos psicoterapêuticos, nestes o corpo surge no sentido de produzir imagens a partir dele e noutros modelos, o corpo é utilizado na produção de atos/comportamentos. Resume-se o ser humano a um conjunto que compreende atos ou comportamentos, imagem e palavra (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012). Neste sentido, segundo o autor o psicodrama constitui um salto onde se passa de uma psicoterapia verbal para a ação e a criação de uma nova dimensão no processo terapêutico com a introdução de novos elementos e recursos técnicos como o corpo, os objetos e a ação.

Para Rojas- Bermúdez e Moyano (2012), o psicodrama constitui-se um modelo terapêutico mais integrador do psiquismo, que utiliza para além da dramatização que trabalha na relação corpo- ambiente também a construção de imagens, onde se trabalha a relação mente- ambiente, que introduz a representação icónica, plástica e visual dos processos internos procurando um modelo terapêutico mais integrador do psiquismo trabalhando assim com aéreas do corpo, mente e ambiente.

A técnica da estátua em psicodrama é um exemplo disto. Tradicionalmente conhecida por escultura no seio da terapia familiar e sistémica, a origem desta técnica é no modelo Moreniano, ainda que outros modelos teóricos utilizem esta designação,

desconhecendo a verdadeira origem (Blatner, 2007 citado por Cruz, 2014). A escola de Rojas-Bermúdez introduziu a expressão “*imagen sicodramática*” ou forma.

A imagem psicodramática com recurso a pessoas é construída em modo de escultura e pretende-se que seja estática embora se possam admitir alguns dinamismos (Rojas-Bermúdez, 1997). Normalmente imagens dinâmicas estão associadas à dificuldade de concretizar o esquema mental numa representação o que leva a alterações por parte do protagonista e isto promove a organização dos seus pensamentos (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012). Por vezes, grande quantidade de informação também se revela numa imagem dinâmica. Os participantes na realização da imagem podem utilizar pessoas ou objetos, e isto oferece ao sujeito maior possibilidade de objetividade e avaliação do que faz, sendo uma imagem realizada pelo indivíduo e por isso transparece as suas características facilitando o acesso aos seus conteúdos internos (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012).

Na construção de uma imagem psicodramática estão implicados processos de síntese, integração e organização espacial, onde resulta uma espécie de mapa mental (Rojas- Bermúdez & Moyano, 2012). As imagens são consideradas como manifestações psicológicas, que resultam de integração de diversos processos neurofisiológicos com predomínio do hemisfério direito. Rojas-Bermúdez (1997) desenvolveu e defende o papel da imagem na psicoterapia, combinando a utilização de imagens no hemisfério direito e aspetos verbais no hemisfério esquerdo, onde é possível complementar esta técnica da imagem com a técnica do solilóquio, ou seja, complementar a imagem com a expressão verbal associada.

Segundo Rojas- Bermúdez (2012) “*la imagen tiene una función ostensiva y la palabra una función conceptualizadora, la imagen es sensitiva, favoreciendo la representación concreta del mundo visible (aquí agregaríamos: e invisible) y la palabra es abstracta*” (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012, p.17). Deste modo a imagem pode representar os conteúdos internos do individuo de uma forma mais concreta, oferecendo limites, uma vez que a informação fica plasmada na imagem. O modelo psicodramático de Rojas-Bermúdez considera as formas como instrumentos para a compreensão do ser humano, as suas patologias ou questões levantadas na psicoterapia, “*pasan a ser los elementos de esclarecimiento y la guía fundamental de la labor terapêutica*” (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012, p.20).

O solilóquio está normalmente associado à estátua, ou construção de imagens como técnica complementar na recolha de informação sobre os esquemas mentais ou conteúdos internos do indivíduo. Na técnica do solilóquio, normalmente por pedido do diretor, num momento dentro do cenário, “*no meio da ação*” (Pio-Abreu, 1992, p.30), este pede para pensar, sentir e dizer em voz alta o que sente “interiormente” (Rojas-Bermúdez, 1997). Esta técnica pode ser usada como complemento à técnica de construção de imagens ou estátua que no caso é uma imagem realizada com pessoas, onde o protagonista deve tomar o lugar e adotar a postura corporal, para integrar a palavra à imagem criada por ele (Rojas-Bermúdez & Moyano, 2012). Para Rojas-Bermúdez, a imagem torna-se representativa dos esquemas internos e instrumento fundamental na construção do trabalho terapêutico. Também Pio-Abreu (2006) defende que o corpo é mais revelador que a palavra.

É certo que vários investigadores tentam explicar, ler ou codificar as expressões corporais ou expressões faciais considerando que o corpo pode ser um veículo de expressão dos processos mentais, e que na avaliação do corpo é possível chegar a traços de personalidade e a estados de ânimo. Exemplo disto são os estudos da evolução humana, de Darwin, que defendem que a linguagem não-verbal apresenta um traço evolutivo na história, sendo que posturas representativas de determinadas emoções são idênticas às dos animais como concluiu este autor no seu estudo sobre a expressão das emoções no homem e nos animais. A base fisiológica seria um fluxo de força nervosa, através dos necessários canais, que se torna habitual perante determinadas emoções, como por exemplo, alguém com vergonha cujo rosto fica roborizado (Darwin, 1872/2012). Em emoções como a tristeza, medo ou até mesmo impotência, Darwin identificou nos animais reações físicas como, por exemplo: o cão quando está triste coloca o focinho para baixo, as orelhas, a cauda e os beiços caídos e olhar apagado. Como em outros animais, como por exemplo, um “*sofrimento intenso é expresso nos cães através de ganidos e contorções de todo o corpo (...)*” (Darwin, 1872/2012, p.114). Em relação ao homem a sensação de impotência observa-se num encolher de ombros, na cabeça inclinada e um olhar para baixo (Darwin, 1872/2012).

Quando falamos do homem, na transmissão de emoções positivas com cariz de poder, observa-se um expirar profundo e um peito mais aberto e corpo erguido no sentido da superioridade (Darwin, 1872/2012), como por exemplo, quando erguemos os braços em “v” quando vencemos uma corrida (Cuddy, 2016).

Por outro lado existem investigadores como Amy Cuddy (2016), que associou determinadas posturas corporais a determinados processos psicofisiológicos. Determinadas posturas correspondiam a alterações mensuráveis dos níveis de determinadas hormonas, como por exemplo, a postura de poder estava associada a níveis altos de testosterona e níveis baixos de cortisol (hormona do stress) e a postura de impotência, os níveis de testosterona seriam baixos e de cortisol altos. Para Cuddy (2016) uma postura de poder corresponderia a processos psicológicos de autoconfiança, liderança, disponibilidade para correr risco por sua vez quem assumisse uma postura de impotência expressava com o corpo processos psicológicos de *stress*, hesitação ou impotência.

Tanto numa perspetiva evolutiva ou avaliações psicofisiológicas é certo que o funcionamento psicológico ou processos psicológicos geram determinadas posturas e respostas de ordem corporal. Como defende Rojas-Bermúdez, é possível explorar os esquemas psíquicos do indivíduo, Rojas-Bermúdez (2012) defende que é na etapa da dramatização quando o protagonista passa para o cenário, é o corpo que desempenha um papel importante na transmissão de estados interiores. Como por exemplo, na pele começa-se observar possivelmente uma palidez ou ruborização, que poderá representar uma perturbação psíquica e, portanto dá rápida informação do estado emocional do protagonista que por vezes ultrapassa a informação verbal que possa estar a oferecer naquele momento.

Depreende-se que o corpo é um veículo de expressão de processos psicológicos, assume-se que também poderá ser um veículo de expressão de mudança terapêutica. Apesar dos processos psicológicos em psicoterapia estarem a ser estudados até à data a partir da expressão verbal escrita ou oral, coloca-se a hipótese de estes processos poderem ser estudados também a partir das posturas corporais. Centrando se na presente investigação, a questão que se levanta é: De que forma estas imagens psicodramáticas poderão constituir se medidas de mudança terapêutica?

Neste sentido o presente estudo pretende explorar o processo de mudança através não só dos usuais autorrelatos verbais ou escritos, mas também das estátuas realizadas pelos participantes representativas das suas trajetórias durante o processo terapêutico. Valorizando o psicodrama a construção de imagem psicodramática, este estudo pretende explorar de que forma esta mesma construção nos informa sobre as

mudanças terapêuticas. Importa ainda perceber de que forma as imagens psicodramáticas construídas se articulam com os discursos verbais associados às estátuas e finalmente, de que forma esta perspectiva do participante se relaciona com os resultados pós-terapia, em termos de *distress* psicológico avaliado, e a decisão de alta terapêutica, num esforço integrador da palavra e o corpo.

II

ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A presente investigação assume-se como um estudo exploratório, apresentando uma metodologia de investigação mista.

1.1. Objetivos e hipóteses da investigação

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar o processo de mudança terapêutica durante uma intervenção psicodramática.

Como objetivos específicos, pretende-se:

- ❖ **Objetivo 1:** Analisar as mudanças nos níveis de *distress* psicológico ao longo do tempo de intervenção psicodramática (pré-intervenção, intermédia e pós-intervenção);
- ❖ **Objetivo 2:** Explorar as representações dos participantes acerca das mudanças vivenciadas ao longo do processo de intervenção psicodramática, com recurso às estátuas por si elaboradas e o seu discurso retrospectivo (dados recolhidos na última sessão de psicodrama).

O objetivo 1 pretende testar a seguinte hipótese:

- **Hipótese:** Registam-se mudanças significativas no sentido da diminuição do *distress* psicológico ao longo do tempo terapêutico.

Usando métodos de análise qualitativa de dados pretende-se dar resposta às quatro questões que se seguem, as quais estão compreendidas no objetivo 2.

Questão 1: Como é que os participantes representam a evolução terapêutica através das estátuas representativas do momento inicial, fase intermédia e final do processo terapêutico?

Questão 2: Como é que os participantes descrevem a evolução terapêutica nos seus discursos retrospectivos?

Questão 3: Em que medida existe uma congruência entre as representações dos participantes, acerca do modo como estes se vêm no final do processo de intervenção psicodramática através das estátuas e dos solilóquios, e sua articulação com a decisão de alta terapêutica?

1.2. Caracterização dos participantes

O estudo contou com nove participantes, todas do género feminino com idades compreendidas entre os 32 e os 52 anos. Relativamente ao estado civil, seis eram solteiras, quatro divorciadas, uma casada, uma viúva e uma com companheiro em regime de coabitação. Ao nível da escolaridade, quatro apresentavam o nono ano concluído, oito possuíam o ensino secundário e uma tinha formação superior. Em relação à condição laboral, no início da intervenção psicodramática quatro estavam reformadas, três desempregadas, duas trabalhavam e uma encontrava-se com baixa médica. O grupo era heterogéneo uma vez que envolvia vários diagnósticos, nomeadamente: sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, diagnósticos de perturbação dissociativa associada a histórias traumáticas por perdas, maus-tratos e/ou abuso sexual e perturbações da personalidade. Em relação aos problemas apresentados no início do grupo eram na sua maioria de carácter relacional, sobretudo com a figura materna, dificuldades de comunicação, ansiedade em contexto de trabalho, complicações físicas, baixo autoconceito, falta de assertividade e fraca rede social.

Paralelamente à intervenção psicodramática estas participantes eram seguidas na sua Unidade de Saúde com acompanhamento psicológico individualizado e/ou psiquiátrico, e com tratamento psicofarmacológico e terapia de Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Estavam inseridas num programa alargado, designado por “Programa de Trauma y disociación” desenvolvido para dar resposta às necessidades de indivíduos que passaram por experiências traumáticas sendo esta uma característica comum do grupo.

Inicialmente o grupo contava com treze participantes e ao longo do período de intervenção psicodramática, três participantes abandonaram o grupo no meio do processo e uma participante apenas compareceu à avaliação inicial. As participantes que abandonaram o grupo de psicodrama a meio do processo, e, portanto não estiveram presentes em todos os momentos de avaliação, não foram elementos de análise na presente investigação. No total de treze, nove participantes participaram em todos os momentos de avaliação e compareceram à última sessão, sendo estes os critérios de inclusão para o presente estudo.

1.3. Procedimento de recolha de dados

A intervenção psicodramática foi realizada num Hospital de Dia, inserido num serviço psiquiátrico de um complexo Hospitalar localizado no norte da Galiza, Espanha. Para a realização desta investigação houve autorização por parte da psicóloga clínica e psicodramatista que exerce funções neste Hospital, quer para o levantamento de dados pertinentes para o respetivo estudo quer de informação clínica das participantes.

Este hospital reúne um trabalho multidisciplinar dedicado aos pacientes internados no serviço de psiquiatria e aos que seguem um regime de internamento parcial e facultam acompanhamento psiquiátrico e psicológico a pacientes externos. A presente investigação avalia um grupo de psicodrama com participantes externos ao hospital, que foram encaminhados na sua maioria pelo profissional de psicologia que o acompanhava na sua Unidade de Saúde.

A equipa terapêutica era constituída por uma diretora psicodramática, um ego auxiliar do sexo feminino em fase final de formação especializada e a equipa de investigação era composta pela investigadora que foi igualmente observadora de todo o processo terapêutico. A intervenção psicodramática trabalhou com o emergente grupal e contou com 12 sessões, com uma periodicidade de uma sessão de 2 horas, de 15 em 15 dias, o que fez duas sessões por mês num total de seis meses (Janeiro a Junho de 2016).

A recolha de dados implicou três momentos de avaliação onde foi aplicado o CORE-OM (versão reduzida de 10 itens), em todos os momentos de avaliação, e o questionário sociodemográfico, na avaliação inicial. A **avaliação inicial (pré-teste)**, que teve lugar um mês antes do início da intervenção em Dezembro de 2015, e onde foi aplicado o questionário sociodemográfico e instrumento CORE-OM. A **avaliação intermédia ocorreu no final da quarta sessão** de psicodrama. A **avaliação final (pós-teste)** correspondeu à última sessão de psicodrama (12^a sessão).

O instrumento de autorrelato CORE-OM (10), foi facultado em papel e recolhido depois do preenchimento presencial no final das sessões (4^o e 12^a), tendo sido efetuado um esclarecimento de todas as dúvidas. No momento da avaliação inicial, todos os elementos do grupo foram devidamente informados sobre a investigação que se realizava paralelamente à terapia. Respeitando as questões éticas, solicitou-se a

participação voluntária através do preenchimento de um consentimento informado (Anexo 1: Consentimiento informado para la participación en la investigación) e, como forma de garantir o anonimato e a confidencialidade, foi atribuído um código a cada participante, utilizado na presente investigação (ex.: A1).

Foi ainda realizada a recolha de dados das 12 sessões por gravação audiovisual de cada sessão. Para este fim, foi previamente solicitada a participação voluntária e autorização dos participantes, através de um consentimento informado, para usar a imagem e registo verbal para a presente investigação (Anexo 2: Protocolo de consentimento informado para la utilización de médios audiovisuales). Numa fase posterior ao registo audiovisual, procedeu-se à transcrição integral da gravação e tradução para português da última sessão (12^a sessão). Foi analisado não só o material verbal, como também o material não-verbal, através das imagens de vídeo e dos apontamentos realizados pela investigadora, relacionados com as estátuas dos participantes.

1.3.1. Instrumentos de Avaliação

a) Questionário sociodemográfico e de dados clínicos

O principal objetivo deste instrumento foi recolher informação pertinente sobre os dados sociodemográficos do participante, sendo estes referentes ao género, idade, estado civil, agregado familiar, escolaridade, ocupação profissional. Para além destes dados foram questionados tópicos relativos ao historial médico, diagnóstico (s), tratamentos físicos e/ou psicológicos, antigos e atuais, e os problemas identificados no início do processo terapêutico (Anexo 3: Cuestionário sociológico del paciente).

b) Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, (CORE-OM versão reduzida de 10 itens)

O CORE-OM (versão reduzida de 10 itens) é um questionário de autorrelato que contém 10 itens e tem como objetivo medir o *distress* psicológico de indivíduos adultos. Esta escala foi escolhida dado que consiste num instrumento normalmente utilizado para avaliar a mudança terapêutica de pacientes com problemas e/ou patologias diversas, que permite um rápido e fácil preenchimento. Foi usada a versão do instrumento CORE-OM de Evans et al., 1998, traduzido para a língua espanhola por Feixas et al. (2012). Os estudos psicométricos realizados com a versão original do

questionário apontam para níveis de validade e fiabilidade adequados, tanto na população clínica como não clínica (Feixas et al., 2012). A escala de resposta para cada item do CORE-OM corresponde a uma escala de tipo Likert com 5 pontos (0-4), em que 0 significa “nunca”, 1 “muito poucas vezes”, 2 “algumas vezes”, 3 “muitas vezes” e 4 corresponde a “sempre ou quase sempre”.

Tabela 2: Itens Core-om (versão 10 itens).

Item (Espanhol)	Item (Português)
1.Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa.	1.Tenho-me sentido tenso(a), ansioso(a) ou nervoso(a).
2.He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado.	2. Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda se precisar.
3.Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal.	3.Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal.
4.Me ha costado mucho hablar con la gente.	4.Tem me custado muito falar com as outras pessoas.
5.He sentido pánico o terror.	5.Senti pânico ou terror.
6.He hecho planes para acabar con mi vida.	6.Fiz planos para acabar com a minha vida.
7.He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida.	7.Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite.
8.Me he sentido desesperada o sin esperanza.	8.Senti-me desesperado(a) ou sem vida.
9.Me he sentido infeliz.	9.Tenho-me sentido triste.
10.Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados.	10.Tenho-me sentido perturbado(a) por imagens ou recordações que não quero ter.

1.4. Procedimentos de Análise de Dados

Para a análise quantitativa dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20. O teste não paramétrico de *Friedman* foi aplicado com o objetivo de testar a existência de mudanças no *distress* psicológico ao longo do tempo de intervenção psicodramática, momento inicial (M1) corresponde ao pré-teste realizado um mês antes do início da intervenção; momento

intermédio (M2) realizado no final da 4ª sessão do processo terapêutico; e final (M3), correspondente à avaliação pós-teste no final da 12ª sessão de psicodrama. Quando os resultados no teste de *Friedman* evidenciam mudanças significativas são usualmente implementadas análises complementares através do teste não paramétrico de *Wilcoxon* que teve como objetivo comparar os diferentes momentos de avaliação entre si. Para a interpretação do nível de significância no teste de *Wilcoxon* procedeu-se à aplicação da correção de *Bonferroni* ($0,05/3=0,016666667$) sendo este nível de significância utilizado na análise estatística dos resultados neste teste.

A análise qualitativa baseou-se em dados recolhidos na última sessão de psicodrama.

Para dar resposta à questão 1 “Como é que os participantes representam a evolução terapêutica através das estátuas representativas do momento inicial, fase intermédia e final do processo terapêutico?” recorreu-se à análise das estátuas solicitadas pela diretora do grupo nesta última sessão. A diretora solicitou que cada participante assumisse uma forma que representasse: “*Como cheguei ao grupo*” (1ª estátua); “*adotar a forma que represente algo significativo no meio do processo terapêutico*” (2ª estátua); e, por último, “*adotar a forma que represente como é que vocês estão ou como vão?*” (3ª estátua). Considerou-se para a presente investigação, que estas estátuas corresponderiam às representações do momento inicial, fase intermédia e momento final do processo terapêutico.

Para a análise das estátuas utilizou-se o sistema de codificação proposto por Cuddy (2016), que divide posturas corporais em dois tipos principais: posturas de poder e as posturas de impotência. Para a codificação destes dois tipos de posturas foram levados em consideração os seguintes elementos do corpo: cabeça, pescoço, ombros, membros superiores e inferiores. Observados estes elementos, foi analisada a distância compreendida entre eles e o corpo, mais especificamente entre o tronco e/ou a cabeça, e analisada a postura geral do corpo, podendo esta ser mais vertical/reta ou mais para dentro/caída. Carney e seus colaboradores (2010) chegaram a cinco poses definidas como de grande poder, e cinco poses de poder reduzido, encontrando, como referido anteriormente, dois tipos de posturas, as designadas por *open postures* e as *closed postures*. Podemos considerar que seriam respetivamente posturas abertas ou expansivas e posturas fechadas ou contraídas, segundo as suas características.

As posturas de poder são expansivas, ocupando o corpo uma quantidade significativa de espaço, e abertas (Cuddy, 2016), encontrando-se os membros superiores e inferiores abertos e afastados do tronco (Carney et al., 2010). Por sua vez, as posturas de impotência são contraídas caracterizando-se pelo toque dos membros no corpo e, sobretudo, no tronco, minimizando o espaço que o corpo ocupa e levando-o para dentro (Carney et al., 2010). As figuras que se seguem são demonstrativas das posturas de poder e de impotência anteriormente descritas.

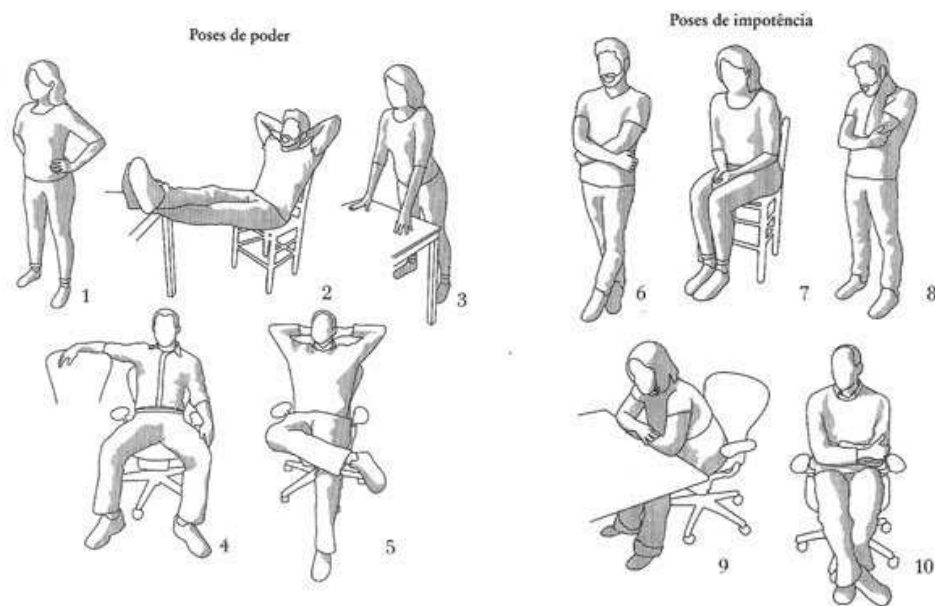


Figura 1: posturas de poder e de impotência descritas por Cuddy (2016).

Subjacente à ideia transmitida na proposta de Cuddy, de que determinadas posturas corporais transmitem poder ou impotência, está o princípio de que os processos psicológicos se fazem acompanhar por uma expressão corporal. Tal como, afirmava Darwin (1872/2012), as expressões corporais e gestos involuntários, usados pelo homem e pelos animais ocorrem sob o efeito de diversas emoções e sensações.

Perante a questão 2, "Como é que os participantes descrevem a evolução terapêutica nos seus discursos?" a análise dos dados incidiu nos discursos dos participantes durante a última sessão, onde os mesmos tiveram a oportunidade de fazer uma retrospectiva do processo. Esta sessão foi transcrita integralmente, sendo a transcrição dos discursos sujeita a uma análise de conteúdo. O processo de transcrição foi realizado em simultâneo com a tradução para a língua portuguesa no sentido de não

se fazer uma tradução literal, mas sim adaptada às expressões idiomáticas da língua portuguesa. O discurso dos participantes sofreu uma seleção prévia tendo sido codificados apenas os relatos que se referiam, explicita ou implicitamente ao início, meio e final do processo terapêutico, não se considerando outros relatos, nomeadamente, as apreciações e comentários realizados pelo grupo sobre as estátuas de cada participante. A análise de conteúdo dos discursos dos participantes, relativa à retrospectiva feita por eles referente ao momento inicial, fase intermédia e final do processo psicodramático teve em consideração tanto o discurso realizado em contexto grupal, na etapa de comentários ou de aquecimento como também os solilóquios respeitantes a cada estátua em contexto dramático, em que a diretora pediu a cada participante: *”diz o que sentes e pensas aí nessa postura”*.

Para Bardin (2009), o objeto de estudo na análise de conteúdo foca-se apenas nos registos de texto, documento, fala ou vídeo, não tendo em consideração a linguagem não-verbal dos participantes. A análise dos excertos deste estudo foi efetuada por dois tipos de codificação: aberta e axial. A codificação aberta passa por uma articulação de dois processos: fazer questões e fazer comparações (Fernandes & Maia, 2001). O primeiro passo é decompor os dados em unidades de sentido, correspondentes ao menor recorte de ordem semântica que se retira do texto, presente na transcrição da última sessão, podendo ser uma palavra-chave, um tema ou um sentimento (Bardin, 2009). O segundo passo é criar conceitos e agrupá-los em categorias, resultantes do estabelecimento de relações de similaridade entre os conceitos que parecem associar-se ao mesmo fenómeno (Fernandes & Maia, 2001). A codificação axial ocorre numa fase posterior à codificação aberta, onde os dados anteriormente conceptualizados sofrem uma reorganização com base no estabelecimento de ligações entre as categorias. Este procedimento permite a especificação das categorias criando subcategorias que emergem da categorização aberta (Fernandes & Maia, 2001). Através dos discursos dos participantes deste estudo, foram criadas três categorias principais referentes a três momentos do processo psicodramático: momento inicial, fase intermédia e o momento final, de forma a captar o modo como cada participante descreve a experiência em cada momento do processo terapêutico. Foram definidas três propriedades das subcategorias sendo elas, negativas, positivas ou ambivalentes.

Em relação à Questão 3: “Em que medida existe uma congruência entre as representações dos participantes, acerca do modo como estes se vêm no final do processo de intervenção psicodramática através das estátuas, e dos solilóquios e a sua articulação com a decisão de alta terapêutica?” foi realizada uma análise comparativa e intercruzada entre os dados codificados da estátua final e do discurso correspondente a esta estátua, bem como da sua articulação com a decisão de alta terapêutica. Esta decisão de alta foi dada pela equipa clínica que acompanhava as participantes. O primeiro passo de análise foi a codificação do solilóquio final, sendo codificado o solilóquio em 2 categorias: poder ou impotência. Anteriormente à codificação de poder ou de impotência, os solilóquios foram sujeitos a uma análise de conteúdo, sendo criadas categorias das verbalizações expressas.

2. ANÁLISE DOS DADOS

2.1. Análise quantitativa dos dados

O teste não paramétrico de *Friedman* foi aplicado no sentido de analisar se existiram mudanças significativas, ao longo do tempo de intervenção psicodramática, no *distress* psicológico dos participantes (**objetivo 1**). Tal como anteriormente indicado, considerados três momentos de avaliação um mês antes do início da intervenção; no final da 4ª sessão do processo terapêutico; e no final da 12ª sessão de psicodrama.

Os resultados obtidos evidenciaram mudanças marginalmente significativas no *distress* psicológico ao longo do tempo de intervenção ($\chi^2(2) = 5,63; p=0,06$). Análises complementares com o teste de *Wilcoxon* foram implementadas no sentido de comparar os momentos de avaliação entre si em termos dos níveis de *distress* psicológico. Os resultados indicam que os níveis de *distress* psicológico são maiores no momento intermédio (Mdn=3,00) comparativamente ao momento inicial (Mdn=4,71) (M2-M1: $Z = -2,11; p = 0,03$), apesar dos valores não serem estatisticamente significativos tendo em consideração a aplicação da correção de *Bonferroni*. De igual forma não se verificam diferenças significativas entre os restantes momentos de avaliação, (M3-M2: $Z = -0,169, p = 0,866$; M3-M1: $Z = -1,365, p = 0,172$).

2.2. Análise qualitativa dos dados

Na tentativa de atingir o **objetivo 2**: Explorar as representações dos participantes acerca das mudanças vivenciadas ao longo do processo de intervenção psicodramática, com recurso às estátuas por si elaboradas e o seu discurso retrospectivo, presente na última sessão de psicodrama, serão respondidas, sequencialmente, as seguintes questões:

Questão 1: Como é que os participantes representam a evolução terapêutica através das estátuas representativas do momento inicial, fase intermédia e final do processo terapêutico?







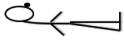



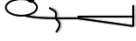







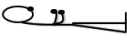



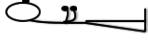





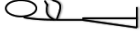

Através das estátuas representativas do processo terapêutico foi analisado não só o tipo de postura (de poder ou de impotência) associada a cada momento do processo terapêutico, mas também as variações no tipo de postura que cada participante associa a cada momento do processo terapêutico.

Das nove participantes avaliadas, sete não apresentaram variação nas posturas representativas dos três momentos do processo e duas apresentaram mudanças.

Das sete que não apresentaram mudanças nas posturas, cinco (A1, A5, A6, A12 e A13) representaram todos os momentos do processo com posturas de impotência (grupo A) e duas (A4, A9) com posturas de poder (grupo B). As duas participantes que apresentaram variação nas posturas (A2, A3) exibem posturas de poder no momento inicial, posturas de impotência na fase intermédia e representam com posturas de poder o final do processo (grupo C).

A tabela que se segue ilustra a representação do processo terapêutico pelo Grupo A.

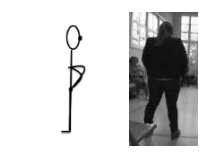
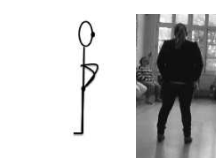

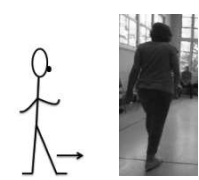
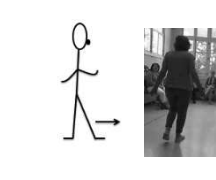
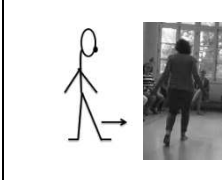
Tabela 3: Estátuas representativas do processo psicodramático do Grupo A

Participantes do Grupo A:	Estátua representativa do início do processo (M1)	Estátua representativa da fase intermédia do processo (M2)	Estátua representativa do final do processo (M3)	Observações:
A1	 	 	 	Os braços tapam a cabeça e o rosto ou estão juntos ao tronco, no peito. As pernas estão fechadas e juntas. A cabeça, o olhar e pescoço estão para baixo e os ombros enterrados.
A5	 	 	 	Os braços estão ligeiramente abertos, mas ainda próximos do tronco ou no peito e os ombros estão enterrados. As pernas estão juntas e paralelas.
A6	 	 	 	Cabeça caída, o olhar para baixo e ombros enterrados. Os braços estão relaxados ao longo do tronco ou no peito. As pernas estão juntas e fechadas.
A12	 	 	 	Cabeça e olhar para baixo, braços juntos ao tronco, com os punhos fechados. As pernas estão juntas e fechadas.
A13	 	 	 	Cabeça para baixo e ombros enterrados. Braços relaxados ao longo do tronco e, no M2, no ventre. As pernas mantêm-se juntas, fechadas e paralelas.

Tal como se verifica na tabela 3, as posturas imprimidas nas estátuas apresentam as seguintes regularidades: posturas contraídas, fechadas, cabeça e olhar para baixo e ombros enterrados. Existe uma tendência para os braços estarem juntos ao tronco onde, inclusive, tapam partes do corpo, como o rosto e/ou a cabeça. As mãos encontram-se cruzadas ao nível do ventre ou do peito. As pernas encontram-se fechadas e juntas. A postura geral é caída e o corpo aparece fechado em si mesmo.

A tabela que se segue apresenta as posturas correspondentes ao grupo B:













Tabela 4 Estátuas representativas do processo psicodramático do Grupo B

Participantes do Grupo B:	Estátua representativa do início do processo (M1):	Estátua representativa da fase intermédia do processo (M2):	Estátua representativa do final do processo (M3):	Observações:
A4				Os braços relaxados ao longo do corpo e mãos nos bolsos. A cabeça erguida com olhar permanentemente para a frente. As pernas abertas e afastadas.
A9				A cabeça para cima e olhar em frente. Os braços relaxados e abertos ao longo do corpo. As pernas afastadas, uma em frente à outra.

Pode-se observar nestas posturas, sempre de poder, as seguintes regularidades: cabeça tendencialmente para cima e o olhar para a frente. Os braços relaxados e posicionados ao longo do corpo e afastados. As pernas encontram-se afastadas. O corpo, em geral, apresenta uma postura vertical e membros distantes do tronco.

A seguinte tabela evidencia as participantes correspondentes ao grupo C, as quais registam variações nas posturas.

Tabela 5: Estátuas representativas do processo psicodramático do Grupo C

Participantes do Grupo C:	Estátua representativa do início do processo:	Estátua representativa da fase intermédia do processo:	Estátua representativa do final do processo:	Observações:
A2	 	 	 	Não manifesta alterações no posicionamento das pernas, sempre juntas e paralelas. Cabeça erguida e olhar para a frente. Braços abertos e distantes do corpo menos no momento intermédio, onde leva os braços à cabeça tapando o rosto.
A3	 	 	 	Cabeça erguida e olhar para cima e braços relaxados ao longo do corpo ou abertos com distanciamento do tronco. Pernas afastadas uma à frente da outra, menos no momento intermédio onde leva os braços ao peito e tem os ombros encolhidos.

As participantes A2 e A3, correspondentes ao grupo C registam uma variação nas posturas, iniciando com posturas de poder, caracterizadas por cabeça erguida e membros afastados do tronco. No momento intermédio os braços estão mais próximos do peito e cabeça, características de uma postura de impotência. No fim do processo a postura volta a ser de poder com braços afastados do tronco.

Questão 2: Como é que os participantes descrevem a evolução terapêutica através dos seus discursos?

Foram criadas três categorias centrais para a análise dos discursos das participantes sobre os três momentos do processo terapêutico, sendo elas: 1) momento inicial do processo, 2) fase intermédia e 3) momento final do processo, à semelhança do

que ocorre para a análise das posturas das estátuas representativas das mesmas fases do processo terapêutico.

Através do relato retrospectivo no final do processo terapêutico, oito em nove participantes descrevem o momento inicial do processo de forma negativa. Segundo cinco participantes, o início do processo psicodramático fez-se acompanhar por um grande sofrimento inicial, como por exemplo:

“eu vim exatamente num momento muito complicado” (A1)

“decaída, a necessitar de ajuda”(A13).

Três participantes referem ter experienciado dificuldades relacionadas com a exposição ao grupo, como por exemplo:

“como te mostrei e que não vale a pena mostrar aqui” (A4)

“custava-me dizer algumas coisas” (A5).

E uma participante assinala uma concorrência de dificuldades na vida quotidiana, nomeadamente a revivência de traumas e dificuldades no trabalho, sendo a subcategoria designada por acontecimentos externos e traumas:

“tive de lidar com o trabalho (...) minha incapacidade de lidar com o chefe”
(A1).

”passei por muitos traumas” (A1), referindo-se ao reviver de traumas associados a violações em infância.

Ainda relativamente ao momento inicial, este é associado a uma atitude de desinteresse (n=1):

“cheguei desinteressada, não sinto nada” (A4).

Apenas uma participante descreve o início do processo terapêutico de forma positiva associando-o a um bem-estar inicial:

“sempre chego bem” (A5).

Adicionalmente, três participantes descrevem o momento inicial como um período de ambivalência de sentimentos associada a uma motivação para o processo terapêutico, mas com uma ansiedade inicial, como exemplificam os seguintes extratos:

“vou com vontade de trabalhar, mas com dor de voltar a remexer” (A2)

“fechada, não sei o eu vou encontrar, vou tentar” (A12)

“não sei se vou sair” (A1).

A fase intermédia do processo terapêutico foi descrita como um período de sofrimento vivido (n=4):

“sentia-me pior vindo às sessões” (A1)

“produziu-se mais do que uma ocasião neste grupo, tive tensões ansiedade, dor e vivi-o aqui” (A3).

Uma participante descreve uma situação marcante no meio do processo terapêutico, em contexto dramático, na qual desempenhou o papel de ego auxiliar, tendo este acontecimento contribuindo negativamente para o processo, sendo então uma sessão marcante, podendo ser inserida numa subcategoria de propriedade negativa, como exemplifica o seguinte extrato:

“houve uma coisa que me fez conectar e foi esta postura que me fez muito mal” (A12).

Duas participantes descrevem uma dificuldade em usufruir da terapia na fase intermédia do processo:

“não sinto nada” (A4)

“estive” (A9).

Duas participantes mencionaram o grupo como um fator que pode ter contribuído positivamente na fase intermédia do processo terapêutico, impacto positivo do grupo:

“passei por muitos obstáculos, mas ultrapasso-os graças a vocês” (A6)

“fora do grupo encontro-me muito mal” (A4).

O momento final do processo terapêutico foi associado a relatos positivos (N=6) como a aquisição de competências (N=2), impacto positivo do grupo (N=3) e melhoria percebida (N=1), tal como traduzem os seguintes excertos:

“estou-me a obrigar a fazer coisas” (A1),

”vou bem, com vontade de voltar” (A5),

“vinha um pouco mal (...) adaptei-me e sinto-me bem no grupo”(A3),

“encontro-me muito bem neste grupo” (A13),

“estou alegre, com vontade pela situação do que me caso” (A2).

O momento final do processo terapêutico foi ainda descrito pela ausência de mudanças e dificuldade em usufruir da terapia (n=1):

“vou como cheguei, não me serviu de nada” (A9).

Uma participante descreve uma dependência do grupo:

“fora do grupo muito mal” (A4).

Três participantes assinalam a persistência de sintomas com repercussões para o sono:

“durmo mal, sonho com as violações, quatro dias com pesadelos” (A6)

“vou com muita ansiedade” (A12)

“passei tempo sem ter pesadelos e agora voltaram” (A9).

Duas participantes expressam a necessidade de mais terapia (n=2):

“vou a uma entrevista de trabalho e estrago tudo, necessito de tratar disto no próximo grupo” (A5), “mas ainda há muito por trabalhar”(A1).

A fase final do processo terapêutico foi, igualmente, vivenciada com dúvida/sentimento de ambivalência (n=3):

“estou melhor, mas com muita tensão” (A3)

“sinto-me ainda agachada, escondida, com medo, quero levantar-me, mas há algo que me leva para baixo” (A1)

“com vontade, mas com medo de voltar a recair” (A2).

A tabela que se segue resume as categorias de análise codificadas.

Tabela 6: Sistema categorial da descrição das diferentes etapas do processo terapêutico.

Processo Terapêutico	Momento inicial	Negativo	Grande sofrimento inicial Dificuldades em se expor ao grupo Acontecimentos externos Reviver de Traumas Desinteresse
		Positivo	Bem-estar inicial
		Ambivalente	Ambivalência
	Fase intermédia	Negativo	Sufrimento vivido Sessão marcante Dificuldade em usufruir da terapia
		Positivo	Impacto positivo do grupo
	Momento final	Negativo	Dificuldade em usufruir da terapia Persistência de sintomas Necessidade de mais terapia Ausência de mudanças Dependência do grupo
		Positivo	Aquisição de competências Melhoria percebida Impacto positivo do grupo
		Ambivalente	Dúvida/Sentimento de ambivalência

Questão 3: Em que medida existe uma congruência entre as representações dos participantes, acerca do modo como estes se vêm no final do processo de intervenção psicodramática através das estátuas e dos solilóquios, e a sua articulação com a decisão de alta terapêutica?

Para dar resposta a esta questão foram primeiramente analisados os solilóquios associados às estátuas representativas do momento final do processo.

Respeitando a organização criada inicialmente, onde os participantes foram divididos em 3 grupos (A,B e C), foram analisados os seus solilóquios.

No **Grupo A** (em que os elementos representaram todos os momentos do processo terapêutico com posturas de impotência), foram encontrados duas categorias de solilóquios. Uns (A1 e A12) que remetiam para a persistência de sintomas (medo, ansiedade) e outros (A5, A6 e A13) que remetiam para melhorias percebidas ou bem-estar, impacto positivo do grupo ou aquisição de competências, tal como os seguintes excertos ilustram.

A1: *”sinto-me ainda agachada, escondida, com medo, quero levantar-me, mas há algo que me leva para baixo”*.

A12: *”vou com muita ansiedade”*,

A5: *”vou bem com vontade de voltar”*,

A6: *”aqui me levanto, faço o esforço por me levantar”*,

A13: *” encontro-me muito bem neste grupo.*

No **Grupo B** (em que os elementos representaram todos os momentos do processo terapêutico com posturas de poder) os solilóquios remetiam para uma ausência de mudança.

A4: *”fora do grupo muito mal”*, solilóquio associado a uma dependência do grupo;

A9: *”vou como cheguei”*, remete a uma ausência de mudanças.

No **Grupo C** (em que os elementos representaram um momento inicial com posturas de poder, intermédio como posturas de impotência e final com posturas de

poder), os solilóquios remeteram tanto para melhorias percebidas (A2) como para sentimentos de mal-estar em relação ao futuro (A3), tal como ilustram os seguintes excertos:

A2: *”estou alegre, com vontade pela situação pois vou-me casar”*, expressa sentimentos de alegria que remete para uma melhoria percebida;

A3: *”esta-me a custar muito porque não sei o vai acontecer”*, remete para uma dúvida/sentimentos de ambivalência sobre o futuro.

Assim, foi considerado como um solilóquio de impotência as verbalizações como expressões de persistência de sintomas (por exemplo: medo), expressões de dúvida/sentimento de ambivalência sobre o futuro; dependência do grupo; ausência de mudança e um solilóquio de poder as verbalizações com expressões que traduzissem melhorias percebidas, impacto positivo do grupo ou aquisição de competências.

Posteriormente, foram analisados e inter-relacionados três tipos de dados: 1) o solilóquio correspondente à estátua final; 2) o tipo de estátua representativa do momento final do processo terapêutico e a 3) decisão de alta terapêutica, como evidencia a seguinte tabela:

Tabela 7: Cruzamento dos dados qualitativos (estátua e solilóquio) Questão 3 .

Grupos:		1) Solilóquio final	2) Estátua final	3) Decisão de alta terapêutica
A (sempre impotência)	A1	Discurso de impotência	Impotência	Não tiveram alta terapêutica
	A5	Discurso de poder		
	A6	Discurso de poder		
	A12	Discurso de impotência		
	A13	Discurso de poder		
B (sempre poder)	A4	Discurso de impotência	Poder	Não tiveram alta terapêutica
	A9	Discurso de impotência		
C (variação poder, impotência e poder)	A2	Discurso de poder	Poder	Teve alta terapêutica
	A3	Discurso de impotência	Poder	Não teve alta terapêutica

Como se pode observar apenas a participante que teve alta terapêutica mostrou coerência entre a estátua representativa da fase final do processo psicodramático (de poder) e o respectivo solilóquio associado (poder), apresentando assim uma congruência entre a expressão corporal e a expressão verbal correspondente. Das restantes 8 participantes, que não tiveram alta terapêutica, duas participantes apresentaram uma congruência entre a expressão corporal e a expressão verbal, embora no sentido da impotência, e 6 participantes demonstraram uma incoerência entre as posturas e os solilóquios de poder e de impotência.

III

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, segue-se a discussão dos mesmos confrontando-os com o enquadramento teórico anunciado, com os resultados de outras investigações e dando lugar a hipóteses explicativas. O objetivo geral da presente investigação foi avaliar o processo de mudança terapêutica durante uma intervenção psicodramática. Os objetivos específicos decorrentes dele foram: **analisar as mudanças nos níveis de *distress* psicológico ao longo do tempo de intervenção psicodramática, em três momentos distintos (inicial, intermédio e final) e explorar as representações dos participantes acerca das mudanças vivenciadas ao longo do processo de intervenção psicodramática, com recurso às estátuas por si elaboradas e o seu discurso retrospectivo (dados recolhidos na última sessão de psicodrama).**

Estes objetivos recorreram a distintas abordagens metodológicas, sendo que o primeiro assumiu uma análise quantitativa e o segundo uma análise qualitativa. Os resultados obtidos na análise quantitativa serão discutidos de forma separada, contudo, na análise qualitativa será feita uma articulação com os diferentes resultados com o objetivo de alcançar uma análise mais compreensiva das mudanças nas participantes. Serão ainda apresentadas as limitações e potencialidades do estudo.

1. ANÁLISE QUANTITATIVA

Analisar as mudanças nos níveis de *distress* psicológico ao longo do tempo de intervenção psicodramática, em três momentos distintos (inicial, intermédio e final). Decorrente deste objetivo procurou-se testar a seguinte hipótese: registam-se mudanças significativas no sentido da diminuição do *distress* psicológico ao longo do tempo terapêutico através de uma metodologia quantitativa com recurso a uma análise estatística dos dados.

Os resultados principais não revelaram diferenças estaticamente significativas ao longo do tempo de intervenção psicodramática, no sentido da diminuição dos níveis de *distress* psicológico contrariando a hipótese formulada inicialmente. Estes resultados não vão ao encontro dos resultados dos estudos anunciados anteriormente, como por exemplo, de Gatta et al. (2010); de Kipper e Giladi (1978); de Costa et al. (2006); de Vieira (2014) ou de Marques Teixeira (2004) e Soares (2012) que registaram uma redução dos níveis de *distress* psicológico ao longo do processo psicodramático.

A falta de mudanças estatisticamente significativas nos níveis de *distress* psicológico pode estar relacionada com o reduzido número de participantes ou com o instrumento de autorrelato aplicado, o CORE-OM (versão reduzida de 10 itens). A maioria dos estudos mencionados utiliza a escala completa de 34 itens, levantando assim a hipótese da escala reduzida não ter sido suficientemente discriminativa das mudanças. Esta intervenção psicodramática contou com 12 sessões que possivelmente não foram suficientes para obter mudanças terapêuticas significativas. Segundo Pio-Abreu (2006) para que ocorra mudança poderá ser necessário um a dois anos de intervenção psicodramática. As investigações apontam para 21 sessões como sendo o número mínimo para ocorrência de mudança clínica para 50 % dos casos, mas 75% dos clientes necessitam de 50 sessões em média (Sousa, 2006). Talvez por esta razão que não foi possível observar mais mudanças significativas no grupo psicodramático.

Nas análises complementares no sentido de comparar os momentos de avaliação entre si os resultados apontam para um aumento dos níveis de *distress* psicológico na fase intermédia em comparação com o momento inicial, apesar dos valores não serem estatisticamente significativos. Relativamente aos restantes momentos de avaliação, verifica-se um aumento dos níveis de *distress* psicológico, no momento final em comparação com a fase intermédia considerando um aumento do *distress* psicológico ao longo do tempo terapêutico apesar dos valores, novamente, não apontarem para uma significância estatística.

O aumento dos níveis de *distress* psicológico observado entre o momento inicial e a fase intermédia poderá estar relacionado com a própria evolução de um grupo terapêutico. Segundo Tuckman (2001), a segunda fase que corresponde à fase intermédia neste estudo, é caracterizada por um período de conflito intragrupal, ou como indica Parker (1958, citado por Tuckman, 2001) por um aumento da ansiedade envolvido numa competição defensiva, onde passam a discutir temas mais sensíveis e como tarefa terapêutica procura-se a expressão emocional. Como refere Schindler (1958, citado por Tuckman, 2001), a segunda fase no método psicodramático é o início de um “*acting out*” onde surgem os conflitos do grupo. Yehoshua e Chung (2013) também estabelecem uma relação entre a evolução de um grupo terapêutico ou o processo grupal e a importância de considerá-lo quando avaliado o progresso psicodramático. Estes autores identificam que depois de uma primeira fase de aquecimento o grupo parte para a ação, experienciando maior carga emocional. À

semelhança do que Kipper e Hundal (2003, citado por Yehoshua & Chung, 2013) afirmam a segunda fase grupal é mais reativa. Considerações que podem estar na origem dos resultados verificados, ou seja, o aumento do *distress* psicológico na fase intermédia do processo psicodramático, apesar da não significância estatística.

Em relação ao aumento dos níveis de *distress* psicológico observado no momento final do processo, em comparação com a fase intermédia, poderá representar um dado considerado normativo para Rogers (1942/2006). Este autor teceu algumas considerações sobre a fase final de um processo terapêutico, afirmando que nesta fase podem surgir novamente sintomas antigos possivelmente relacionados com o receio de perder o apoio da relação terapêutica, podendo ser traduzido neste aumento dos níveis de *distress* psicológico.

2. ANÁLISE QUALITATIVA (articulação com a análise quantitativa)

No sentido de recolher mais informação sobre a evolução terapêutica destas participantes e podendo complementar os resultados quantitativos discutidos anteriormente, procurou-se no **objetivo específico 2)**:

Explorar as representações dos participantes acerca das mudanças vivenciadas ao longo do processo de intervenção psicodramática, com recurso às estátuas por si elaboradas e o seu discurso retrospectivo (dados recolhidos na última sessão de psicodrama). Decorrentes deste objetivo surgem as seguintes questões:

Questão 1: Como é que os participantes representam a evolução terapêutica através das estátuas representativas do momento inicial, fase intermédia e final do processo terapêutico?

Os resultados apontam para uma divisão das participantes em três grupos distintos: um **grupo (A)** com cinco participantes que representaram todo o seu percurso terapêutico através de estátuas de impotência. Outro **grupo (B)** com duas participantes que representaram o processo sempre com estátuas de poder e um **grupo (C)** constituído por duas participantes que manifestaram uma variação entre o momento inicial e a fase intermédia no sentido de uma postura de poder para uma postura de impotência e terminaram a representar o final do processo com postura de poder.

Partindo do pressuposto de Cuddy (2016) que associa as posturas de poder e de impotência a diferenças hormonais e diferentes processos psicológicos, associando a postura de poder a mais saúde mental (aumento da testosterona, diminuição do cortisol, aumento da capacidade de liderança, autoconfiança e tolerância ao risco), as estátuas mostram uma variabilidade intragrupal nos percursos terapêuticos das participantes. As posturas de impotência estão associadas a processos psicológicos de hesitação, impotência e menos tolerância ao risco e que fisiologicamente é traduzida em níveis altos de cortisol, comprometendo a saúde mental do indivíduo. Contrariamente ao que era expectável e à semelhança do que se verifica nos resultados quantitativos, nem todos os participantes parecem beneficiar do processo terapêutico, já que mais de metade (N=5) termina o processo terapêutico fazendo-se representar por posturas de impotência. É possível verificar que mais de metade das participantes (N=7), não regista mudanças nas estátuas representativas do processo terapêutico, dados que parecem congruentes com a falta de mudanças estatisticamente significativas como evidenciam os dados quantitativos. Apesar disso, 4 participantes representaram o final do processo com estátuas de poder, evidenciando trajetórias diferentes e revelando mais informações sobre a evolução terapêutica das participantes. Apontando inclusive para algum benefício com a intervenção psicodramática, uma vez que as posturas de poder representam um aumento da testosterona, diminuição do cortisol, aumento da capacidade de liderança, autoconfiança e tolerância ao risco, traduzindo saúde mental. Sendo dados que a escala quantitativa não foi capaz de discriminar.

A variabilidade identificada nas estátuas (N=2) entre o momento inicial e a fase intermédia no sentido de uma postura de poder para uma postura de impotência, parece estar congruente com o resultado quantitativo referente à fase intermédia, uma vez que aponta para um aumento do *distress* psicológico, apesar da não significância estatística. Contudo essa variabilidade também se regista no sentido oposto, ou seja, regista-se nas mesmas participantes uma variação no sentido de uma postura de impotência para uma postura de poder entre o momento intermédio e o momento final, não havendo, porém congruência com os dados quantitativos, pois estes evidenciam um aumento dos níveis de *distress* psicológico entre o momento intermédio e o momento final. No entanto, as seguintes questões qualitativas fornecem mais informações sobre a evolução terapêutica dos participantes, ajudando a complementar estes dados.

Questão 2: Como é que os participantes descrevem a evolução terapêutica nos seus discursos retrospectivos?

A análise dos discursos retrospectivos começou por uma seleção dos discursos que estivessem relacionados explicita ou implicitamente com o início, meio e final do processo terapêutico e a atribuição de uma propriedade (negativa, positiva ou ambivalente) às subcategorias criadas. A discussão dos dados partirá desta mesma divisão. Relativamente ao **momento inicial** do processo psicodramático, este foi descrito pela maioria (N=8) de forma negativa traduzida nas seguintes subcategorias:

- 1) Sofrimento inicial, (N=5) como os seguintes extratos evidenciam: *“decaída, a necessitar de ajuda”, “eu vim exatamente num momento muito complicado”*. Este resultado aponta para um dado considerado normativo por Rogers (1942/2006), uma vez que este defende que a relação de ajuda terapêutica promove mudança quando o paciente apresenta inicialmente um grau de mau-estar ou uma tensão visível. Esta referência teórica poderá explicar, no sentido não normativo o relato de uma participante que se traduz em bem-estar inicial: *“sempre chego bem”*.
- 2) Dificuldades relacionadas com a exposição ao grupo (N=3), acontecimentos externos (N=1), reviver de traumas (N=1) como evidenciam os seguintes extratos: *“como te mostrei a ti (referindo-se à terapeuta) e que não vale a pena mostrar aqui”, “tive de lidar com o trabalho (...) a minha incapacidade de lidar com o chefe”*, que poderão ser explicadas pelo facto que o paciente, nas primeiras sessões, se faz acompanhar pelos seus valores e sistema de crenças que pode comprometer uma possível mudança de comportamento e sustenta que no início do processo não veja na terapia um meio de promoção de mudança, como defendem Bechelli e Santos (2005).
- 3) Atitude de desinteresse (N=1), como evidência o seguinte extrato: *“cheguei desinteressada, não sinto nada”*. Poderá ser fundamentada pelo facto que na primeira fase existe certa resistência e hostilidade relacionada com a dependência às terapeutas anteriores ou membros do grupo que estejam agora ausentes como afirma Rubenfeld (1958, citado por Tuckman, 2001) ou até mesmo o seu sistema de crenças como referido anteriormente.

Três participantes descreveram o início do processo psicodramático como um período onde vivenciaram sentimentos de ambivalência, sendo traduzidos na subcategoria de ambivalência, caracterizada por uma motivação para o processo terapêutico contudo unida de certa ansiedade inicial, como evidencia o seguinte extrato: *”vou com vontade de trabalhar, mas com dor de voltar a remexer”*. Este relato pode estar intimamente relacionado com o conhecimento/experiência que o cliente tem sobre o método terapêutico uma vez que surgirá uma fase do processo que comporta expressão emocional e um *“acting out”* e que poderá traduzir-se num aumento da ansiedade (Schindler, 1958; Parker, 1958, citados por Tuckman, 2001).

A **fase intermédia** do processo terapêutico foi descrita no sentido negativo (N=5), traduzida nas seguintes subcategorias:

- 1) Sofrimento vivido envolvendo tensões e ansiedade (N=4), como expressam os seguintes extratos: *”produziu-se mais do que uma ocasião neste grupo, tive tensões, ansiedade, dor e vivi-o aqui”*, *“dor de cabeça, nervosismo, tenho vontade de ir”*. Concordante com o que afirmam Yehoshua e Chung (2013), quando falam da evolução grupal, após a fase de aquecimento o grupo entra numa fase unida de expressão emocional, fazendo o paralelismo com as fases de uma sessão de psicodrama. Nesta fase surgem os conflitos à semelhança do *“acting out”* psicodramático e o aumento da ansiedade Parker (1958, citado por Tuckman, 2001);
- 2) Sessão marcante, aquando do desempenho do papel de ego-auxiliar (N=1), como evidencia o extrato seguinte: *”houve uma coisa que me fez conectar e foi esta postura que me fez muito mal”*. Observa-se então que nos discursos sobre a fase intermédia do processo terapêutico também é possível detetar condicionantes à mudança terapêutica como evidência o extrato anterior. Apesar da experiência como ego-auxiliar não tenha contribuído positivamente para o processo terapêutico, a participante mencionou-o como um evento relevante sendo um aspeto característico da metodologia psicodramática (desempenho como ego-auxiliar). À semelhança dos estudos mencionados, por exemplo, de Cruz, de Vieira (2014) e de Rodrigues (2013), estes observam como eventos relevantes na perspetiva do paciente, aspetos relacionados com a metodologia particular do psicodrama, mais especificamente, o momento da dramatização.

- 3) Dificuldade em usufruir da terapia (N=2) aliada a uma passividade, como é exemplificativo o seguinte extrato: *"estive"*.

Ainda na fase intermédia surgem discursos que mencionam o impacto positivo do grupo (N=2), como um fator que possa ter contribuído positivamente para o processo, como evidencia o seguinte extrato: *"passei por muitos obstáculos, mas ultrapassei-os graças a vocês"* (apontando para o grupo). Como Rodrigues (2013) e Vieira (2014), mencionam nos seus estudos o fator grupal na perspetiva do paciente, como possível promotor de mudança terapêutica e numa perspetiva moreniana, a ação grupal que promove a partilha, cooperação e o encontro com várias experiências, que é possível a busca de novas soluções, sendo a ação grupal promotora de mudança.

O **momento final** do processo psicodramático foi descrito pela maioria (N=7) num sentido negativo, podendo ser traduzido nas seguintes subcategorias:

- 1) Dificuldade em usufruir da terapia e ausência de mudança (N=1), como retrata o seguinte extrato: *"vou como cheguei, não me serviu de nada"*, pode-se considerar uma atitude defensiva que segundo Rogers (1942/2006), para a promoção de *"insight"*, de compreensão e portanto de mudança, o paciente deverá estar liberto de atitudes defensivas perante um processo catártico, não sendo um dado normativo no final do processo terapêutico.
- 2) Persistência de sintomas (N=3), como exemplificam os seguintes extratos: *"durmo mal, sonho com as violações, quatro dias com pesadelos"*, *"vou com muita ansiedade"*. Como afirma Rogers (1942/2006) na fase final do processo terapêutico, podem surgir receios, dúvidas, confusões, conflitos e reaparecimento de sintomas antigos, uma vez que está iminente o reconhecimento de independência e término da relação de ajuda terapêutica.
- 3) Necessidade de mais terapia, (N=2), como descrevem os seguintes extratos: *"mas ainda há muito por trabalhar"*, *"vou a uma entrevista de trabalho e estrago tudo necessito de tratar disto no próximo grupo"*, à semelhança do que observa na análise quantitativa, uma das hipóteses para a não ocorrência de mudanças ao nível do *distress* psicológico era o número insuficiente de sessões. Na perspetiva do paciente, o momento final do processo terapêutico a necessidade de mais terapia sustenta esta hipótese.

- 4) Dependência do grupo (N=1), “*fora do grupo muito mal*”, seria expectável numa fase final do processo terapêutico que o paciente reconhecesse que a independência está prestes a ser alcançada e pouca ajuda terapêutica será necessária como defende Rogers (1942/2006), contudo através deste relato a participante ainda assume uma necessidade de ajuda terapêutica e dependência do grupo pois não se vê capaz de ser independente fora do grupo.

O momento final também foi associado a relatos mais positivos (N=5) traduzidos nas seguintes subcategorias:

- 1) Aquisição de competências (N=2), como exemplifica o seguinte extrato: “*estou-me a obrigar a fazer coisas*”;
- 2) Melhoria percebida (N=2), como demonstra o seguinte relato: “*vou bem com vontade de voltar*”, está inerente a ideia de uma vontade de mais terapia;
- 3) Impacto positivo do grupo (N=2), como retrata o seguinte extrato: “*encontro-me muito bem neste grupo*”.

O momento final também foi descrito por relatos de dúvida e sentimento ambivalente, como traduzem os seguintes extratos: “*sinto-me com segurança em mim mesma mas necessito de mais*”, “*estou melhor mas estou com muita tensão*”.

É possível observar que as participantes fizeram mais comentários sobre o momento inicial e o momento final, em comparação com a fase intermédia, na sequência do número subcategorias que foram surgindo representativas de cada momento do processo terapêutico. Verifica-se que no momento inicial, surgem na maioria subcategorias de sentido negativo (por exemplo: sofrimento inicial, dificuldades em se expor ao grupo) e apenas uma subcategoria com teor positivo, dado que aparenta ser congruente com a maioria das estátuas representativas do início do processo, codificadas de impotência.

Em relação à fase intermédia surgem menos subcategorias, sendo os relatos pouco expressivos, contudo a maioria (N=7), apresenta um discurso com sentido negativo (por exemplo: sofrimento vivido), que parece congruente com a maioria das estátuas representativas da fase intermédia, também elas de impotência. Estes qualitativos vão ao encontro com os dados quantitativos, uma vez que estes revelam um aumento dos valores de *distress* psicológico respeitante a esta fase do processo.

Possivelmente, o que seria esperado numa fase final do processo terapêutico, à semelhança do que se esperava nas estátuas, seriam discursos que traduzissem processos psicológicos de liderança ou autoconfiança. Verifica-se que através da análise do discurso retrospectivo, é notória a existência de mais subcategorias de cariz positivo (por exemplo: aquisição de competências, melhoria percebida), em comparação com os relatos sobre o momento inicial do processo. Poderá indicar que os participantes perceberam mudanças, entre o momento inicial e o momento final e ainda indica que as participantes possam ter beneficiado do grupo psicodramático. Através do discurso retrospectivo foi possível detetar certos ganhos que não foram detetados através da escala quantitativa. Mais uma vez esta medida de avaliação à semelhança do que ocorreu na análise das estátuas, encontra mais informações e variabilidade dos dados, ao contrário do que a análise quantitativa discrimina. A escala de autorrelato não discrimina a mudança que foi percebida pelos participantes, no final do processo terapêutico. Apesar destes resultados positivos a maioria ainda apresenta relatos com teor negativo no momento final, onde surgem subcategorias de persistência de sintomas, necessidade de mais terapia, que poderá fazer sentido com os resultados das estátuas, uma vez que a maioria representou o momento final por posturas de impotência. Contudo, a seguinte questão analisa uma possível congruência entre a expressão corporal e a informação verbal associada, no momento final do processo.

A Questão 3: Em que medida existe uma congruência entre as representações dos participantes, acerca do modo como estes se vêm no final do processo de intervenção psicodramática através das estátuas e dos solilóquios, e a sua articulação com a decisão de alta terapêutica?

Os resultados evidenciaram que apenas uma participante apresentou coerência entre a estátua representativa do momento final e a expressão verbal correspondente em solilóquio e que esta foi a única participante que teve alta terapêutica. Apesar do critério da alta terapêutica ter sido desconhecido, assume-se que quando uma equipa clínica admite uma alta terapêutica assume igualmente que houve uma mudança terapêutica e que a paciente apresenta um ajustamento psicológico no final do processo. Esta participante pertencia ao Grupo C, e que manifestou efetivamente uma mudança através das estátuas entre o momento inicial e o momento intermédio e entre o momento intermédio e o momento final, contudo não revela mudança entre o momento inicial e o momento final, assumindo sempre posturas de poder. Por outro lado, a outra

participante que pertencia ao mesmo grupo (A3), também manifestou uma variação nos mesmos momentos, contudo não apresentou coerência entre a estátua e o solilóquio no momento final e verifica-se que não teve alta terapêutica. Portanto oito participantes não tiveram alta, duas apresentaram congruência embora no sentido da impotência e a maioria (N=6) não apresentou congruência entre o corpo e a palavra. Surgem, as seguintes questões: *Será que o indicador de congruência entre a informação expressa pelo corpo e o discurso associado poderá significar mais ajustamento psicológico? E poderá sustentar uma decisão de alta terapêutica?*

Observando os dados, é possível analisar, que se a decisão de alta terapêutica fosse com base nos resultados expressos nas estátuas, registavam-se três altas, uma vez que três participantes apresentavam estátuas de poder (liderança, autoconfiança, baixos níveis de cortisol) que traduz saúde mental, no final do processo terapêutico. Contudo, no cruzamento com o discurso verbal, a informação não parece congruente, apenas no caso da alta terapêutica. Por outro lado, se a decisão de alta terapêutica respeita-se apenas a informação do discurso seriam 4 altas, pois estas participantes apresentavam um discurso de poder (melhorias percebidas, impacto positivo de grupo) e quando avaliada a estátua associada a esse relato, a informação não parece congruente.

Assumindo a decisão de alta terapêutica como medida orientadora, é possível observar que a única participante que teve alta apresentava coerência entre a estátua e o solilóquio associado, representativo de momento final do processo terapêutico, assumindo que esta seria a única participante em todo o grupo com maior ajustamento psicológico no final do processo. O ajustamento psicológico caracteriza-se, segundo Ryff (1989) por uma atitude positiva perante si mesmo e o seu passado, ter metas e objetivos, estar apto a lidar com as exigências complexas da vida diária, possuir vínculos de afeto e confiança com os outros, ou seja, sentimento de aceitação, confiança e segurança em si mesma. O ajustamento psicológico é um conceito que poderá estar associado a uma estátua de poder (aumento da testosterona, diminuição do cortisol, aumento da capacidade de liderança, autoconfiança e tolerância ao risco) na medida que o conceito também sugere confiança, liderança, tolerância ao risco na vertente de estar apto a lidar com as exigências complexas. Considera-se então, que a congruência entre a mensagem expressa pelo corpo e a informação verbal associada no sentido do poder, onde traduz conteúdos de liderança, confiança e tolerância ao risco, à semelhança da resposta verbal da participante, sendo de alegria e melhoria percebida: *“estou alegre,*

com vontade pela situação pois vou-me casar”, poderá ser um indicador de mais ajustamento psicológico e auxiliar na decisão de alta terapêutica.

Em suma, este estudo tinha como proposta, analisar as mudanças terapêuticas num processo psicodramático recorrendo a uma metodologia mista, onde a abordagem quantitativa tinha como recurso a escala de autorrelato. A abordagem qualitativa avaliava as perspetivas dos pacientes, segundo uma análise das estátuas e do conteúdo dos discursos retrospectivos representativos do momento inicial, intermédio e final do processo terapêutico. Por fim, o cruzamento da estátua final e o solilóquio representativo do final do processo e com uma articulação com a decisão de alta terapêutica.

Nos resultados qualitativos, nomeadamente as estátuas representativas de cada momento terapêutico ou os discursos retrospectivos, é possível verificar que acrescentam mais informação sobre a evolução terapêutica do indivíduo, inclusive o registo e reconhecimento das mudanças percebidas pelos participantes que não foram captadas pelas medidas quantitativas. Considerando que a presente investigação avalia um grupo naturalista, ou seja, um grupo preexistente que não foi manipulado ou controlado para a investigação, o que favorece numa representação mais fiel do que acontece na prática clínica. Esta consideração sustenta, que os resultados encontrados poderão defender a ideia do uso da técnica ativa, a estátua, igualmente como técnica de avaliação de mudança, uma vez que é representativa dos processos psicológicos e ajuda na análise das trajetórias terapêuticas, podendo auxiliar o trabalho do diretor psicodramático em algum momento do processo.

Contudo, a análise da postura expressa na estátua como uma medida de avaliação da evolução terapêutica poderá ser uma técnica informativa mas não é conclusiva sobre as mudanças terapêuticas, e nem como indicador único para orientar numa decisão de alta terapêutica. Quando cruzada a informação expressa pelo corpo com o discurso associado a informação não parece ser congruente, sendo necessário considerar o conteúdo do discurso retrospectivo completo ao longo da sessão. Como também, o cruzamento com os dados do CORE-OM, num esforço integrador das várias medidas de avaliação tanto numa perspetiva do cliente, como dos dados quantitativos sobre a análise da mudança terapêutica. É possível concluir que utilizar estas medidas

isoladamente torna-se insuficiente a informação e difícil a tarefa de analisar a complexidade do fenómeno que é a mudança terapêutica.

Analisando as **limitações** desta investigação, estas poderão representar as bases para futuras investigações, por exemplo o número reduzido de participantes desta investigação é pouco representativo e portanto poderia ser pertinente realizar um novo estudo com um grupo maior. Este estudo não avaliou um grupo de controlo, estabelecendo comparações entre indivíduos que não foram sujeitos a nenhuma intervenção ou outro tipo de metodologia terapêutica com indivíduos sujeitos a uma intervenção psicodramática, pois esta limitação representa igualmente uma possível investigação. Seria pertinente ainda fazer uma avaliação *follow-up* das participantes deste estudo, no sentido de perceber se estes resultados eram consistentes e estáveis ao longo do tempo.

CONCLUSÃO

Como referido no enquadramento teórico, existe uma necessidade de desenvolver investigações mais pluralistas, com uma visão integrativa utilizando metodologias tanto quantitativas como qualitativas e assim complexificando a investigação em psicoterapia. Por outro lado, verifica-se uma evolução na conceção de psicoterapia com a introdução de novos elementos na ação terapêutica, como o psicodrama, que introduz a ação e a intervenção constante do corpo como veículo de expressão e comunicação. A presente investigação propôs-se a continuar esta linha de evolução, no sentido de introduzir a informação inerente à expressão corporal na análise das mudanças terapêuticas notadas num processo psicodramático, podendo constituir uma nova variável na investigação em psicodrama. À semelhança dos outros estudos, este também aplica as medidas usuais, nomeadamente uma escala de autorrelato como medida quantitativa na avaliação das mudanças e igualmente uma análise qualitativa da expressão verbal presente nos discursos retrospectivos, tendo em consideração a perspetiva do paciente.

A estátua como técnica ativa presente no método psicodramático, apresenta-se como um veículo de expressão dos conteúdos internos, como afirma Rojas-Bermúdez (1997), através desta investigação foi possível verificar, que é igualmente, um veículo de expressão das mudanças terapêuticas, observando o ponto de vista do paciente. Apesar dos resultados ao nível da redução do *distress* psicológico não serem significativos, do ponto de vista qualitativo, os participantes referem alguns ganhos e mudanças no meio do processo, que não foi avaliado significativamente pela escala quantitativa.

Relembrando o título desta dissertação, “Mudanças terapêuticas num processo psicodramático: a importância do corpo e da palavra”, é possível concluir que na avaliação das mudanças terapêuticas, num grupo sujeito a uma intervenção psicodramática, é importante considerar o corpo e a palavra num exercício complementar, articulando as diferentes informações na busca de uma melhor compreensão da evolução terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angus, L., Hayes, J. A., Anderson, T., Ladany, N., Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2010). Future directions: Emerging opportunities and challenges. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. H. Hayes, N. Ladany, T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp.353-362). Washington: American Psychological Association.
- Aniceto, C. I. G. B. (2015). *Mudar para melhor: o estudo da eficácia do Psicodrama através da aplicação do Hermeneutic Single-Case Efficacy Design* (Dissertação de mestrado). ISPA Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da vida, Lisboa, Portugal.
- Barba, C.M. (2014). *Psicodrama Moreniano com um jovem delinquente. Aplicação do Hermeneutic Single Case Efficacy Design* (Dissertação de mestrado). ISPA, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa, Portugal.
- Bartoli, M., Bogliano, E., Cia. A., Etcheverry, S., Gomez, R., Morosini, I., Narvaez, M. C., Quintana, C., Rojas Bermúdez, J., Yavicoli, O. (1988). *Avances en Sicodrama*. Buenos Aires Argentina: Editora Celcius.
- Bechelli, L. P.C. & Santos, M. A. (2005). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (1), 118-125.
- Blatner, A. (2000). *Foundations of Psychodrama*. New York: Publishing Company.
- Carney, D. R., Cuddy, A. J. C., & Yap, A. J. (2010). Power posing: brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. *Psychological Science OnlineFirst*, 21, 1-6.
- Corey, G. (2012). *Theory and Practice of Group Counseling* (Eighth ed.). USA: Cengage Learning.
- Costa, E. M. S., Antonio, R., Soares, M. B. M., & Moreno, R. A. (2006). Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: na open and naturalistic study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 40-43.
- Cruz, S. M. R. (2014). *Perspectivas integradas sobre o Psicodrama Moreniano. Os teóricos, os terapeutas e os clientes* (Tese de Doutoramento). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

- Cuddy, A. (2016). *Presença: Aprenda a impor-se aos grandes desafios*. Editora: Actual Editora.
- Duarte, R. F. E. C. (2012). *Uma aplicação do Hermeneutic Single- Case Efficacy Design num estudo de caso em terapia psicodramática* (Dissertação de Mestrado). ISPA, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.
- Darwin, C. (2012). *A expressão das emoções no Homem e nos Animais* (2ª ed.). Editora: Relógio D'Água.
- Elliott, R. (1993). *Helpful aspects of therapy form*. Recuperado de <http://www.experimental-researchers.org/instruments/elliott/hat.pdf>
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1-21.
- 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.
- 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.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, Luis., Botella, Lluís., Corbella, Sergi., González, Esther., Bados, Arturo., Garcia-Grau, Eugeni., & López-González, M. (2012). La Versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135.
- Filipe, F.A.N. (2012). *Eventos significativos e Mudança Terapêutica na óptica de duas participantes em terapia psicodramática* (Dissertação de mestrado). ISPA, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.
- Fuhriman, A., & Burlingame, G. M. (2000). Group Therapy. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology* (Vol.4, pp. 31-35). New York: Oxford University Press.
- Gatta, M., Lara, D. Z., Lara, D. C., Andrea, S., Paolo, T. C., Giovanni... (2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psychobehavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 240-247.

- Kellerman, P. F. (1992). *Focus on psychodrama: The therapeutic aspects of psychodrama*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kipper, D. A., & Giladi, D. (1978). Effectiveness of structured psychodrama and systematic desensitization in reducing test anxiety. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 499-505.
- Kipper, D., & Hundal, J. (2003). A survey of clinical reports on the application of Psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, 55*(4), 141-157.
- Lambert, M., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357-361.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. (2ª ed.). Lisboa: Fim de século.
- Longarito, M.C.M. (2016). *Da emoção à (re) ação: o psicodrama no tratamento da obesidade: um estudo de follow-up* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Krause, E. D. (2002). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well-Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 2-12.
- Machado, P.P. (1994). Retos actuales a la investigación en psicoterapia. *Psicologia conductual, 2*(1), 113-120.
- Marques Teixeira, J., Moreira, A., Almeida, D., Viegas, E., Silva, I., Torres, L., & Carvalho, M. (2004). Evolução de um grupo de Psicodrama num Hospital Psiquiátrico. O Médico: Seminário de Assuntos Médicos e Paramédicos. 1990; 123 (2004), 536-550. Separata nº169 Uniarte Gráfica, Ida. Porto.
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: a comparative approach*. New York: Guilford Press.
- Mondarvo, A. H., Piovesan, L., & Mantovani, P. C. (2009). A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica. *Aletheia, 30*, 158-171.
- 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.
- 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.

- Pio-Abreu, J. (1992). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Pio-Abreu, J. L. (2006). *O modelo do psicodrama moreniano* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J.P. (1984). Processos de mudança em psicoterapia: Reflexões sobre a teoria da psicoterapia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 36(2), 99-107.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, o is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychological*, 57(6), 1069-1081.
- Rodrigues, A.R.A.B.O. (2013). Mudar com o psicodrama: estudo de caso com o Hermeneutic Single-Case Efficacy Design (Dissertação de Mestrado). ISPA, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.
- Rogers, C.R. (2006). *Psicoterapia e Consulta Psicológica*. (3ª ed.). Editor: Martins Fontes.
- Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoria e Técnica Psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.
- Rojas-Bermúdez, J, & Moyano, G. (2012). Teoría y técnica de las imágenes sicodramáticas. In *Actualizaciones en Sicodrama: Imagen y Acción en la Teoría y la Práctica* (Vol.6, pp.15-57). La Coruña: Spiralia Ensayo
- Sales, C. M. D. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia: Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 29(104), 383-403.
- Smith, M. L. & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-60.
- Soares, M. (2011). O estado da Arte Psicoterapêutica: Evolução Histórica e Bases epistemológicas da Psicoterapia. *Revista de Psicologia da IMED*, 3(1), 462-475.
- Soares, F.M.A. (2012). *Compreensão da mudança em Psicodança: aplicação do Hermeneutic Single Case Efficacy Design* (Dissertação de Mestrado). ISPA, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da vida, Lisboa, Portugal.
- Soeiro, A. (1999). *Psicodrama e psicoterapia*. Lisboa: Escher.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perceptiva fenomenológico-existencial. *Análise Psicológica*, 24(3), 373-382.
- Timulak, L. (2008). *Research in Psychotherapy and Counselling*. London: SAGE

- Tuckman, B. W. (2001). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63(3), 66-81.
- Torres, A., Lima, M., & Ramos Cerqueira, A. (2001). Tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 141-148.
- Vieira, F. (2014). *Da ação à emoção: O psicodrama no tratamento da obesidade*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- 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.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5ªed.). New York: Basic Books.