

GIOVANNA CORTE HONDA

**INDICADORES GENÉRICOS DE MUDANÇA EM
PSICOTERAPIA E EFICÁCIA ADAPTATIVA**

PUC-CAMPINAS

2014

GIOVANNA CORTE HONDA

**INDICADORES GENÉRICOS DE MUDANÇA EM
PSICOTERAPIA E EFICÁCIA ADAPTATIVA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Trevisan de Souza

PUC-CAMPINAS

2014

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t153.85
H771i Honda, Giovanna Corte.
Indicadores genéricos de mudança em psicoterapia e eficácia adaptativa / Giovanna Corte Honda. – Campinas: PUC-Campinas, 2014.
88p.

Orientadora: Vera Lucia Trevisan de Souza.
Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas,
Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexos e bibliografia.

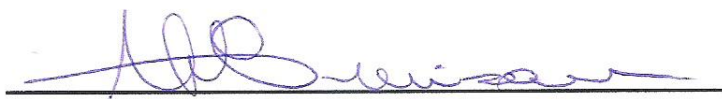
1. Mudança (Psicologia). 2. Psicoterapia. 3. Psicoterapeuta e paciente. 4. Psicoterapia – Pesquisa. I. Souza, Vera Lucia Trevisan de. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t153.85

GIOVANNA CORTE HONDA

**INDICADORES GENÉRICOS DE MUDANÇA EM
PSICOTERAPIA E EFICÁCIA ADAPTATIVA**

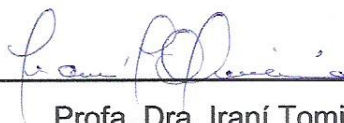
BANCA EXAMINADORA



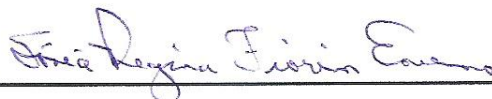
Presidente Profa. Dra. Vera Lúcia Trevisan de Souza



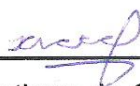
Prof. Dr. Tales Vilela Santeiro



Profa. Dra. Iraní Tomiatto de Oliveira



Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo



Profa. Dra. Tatiana de Cássia Nakano Primi

PUC-CAMPINAS

2014

Para vó Cesária

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, sempre. Minhas palavras nunca serão suficientes para expressar meu sentimento de gratidão, por tudo que acontece em minha vida.

Agradeço à Elisa Yoshida. Mais que uma orientadora deste trabalho, foi orientadora na minha vida. Agradeço por confiar em meu desempenho e permitir que eu realizasse parte do doutorado no exterior. Agradeço por todo acolhimento e conselhos que me deu nas fases difíceis. Agradeço por todas as oportunidades que vem me possibilitando e a mais importante delas: a de aprender com você desde 2006. Sou muito agradecida.

Agradeço à Vera Trevisan por aceitar ser minha orientadora na fase final deste trabalho. Agradeço por todo suporte e ajuda que me dispensou.

Agradeço à Mariane Krause e ao Guillermo de la Parra por gentilmente aceitarem ser meus coorientadores no exterior e por fazerem recomendações pertinentes no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço à minha família pelo incentivo no desenvolvimento e na finalização de mais uma etapa da minha vida. Sobretudo agradeço à minha mãe por ser fonte de inspiração do que é ser uma pessoa boa.

Agradeço aos meus padrinhos, que indiretamente me deram ânimo para enfrentar os momentos difíceis desta caminhada do doutorado.

Agradeço ao Henrique porque desde o princípio se mostrou estar ao meu lado, me apoiando nas minhas escolhas. Agradeço por seu companheirismo e presença nos diversos momentos da minha vida.

Agradeço a todos da família do Henrique por me tratarem tão bem e por me receberem como um membro da família.

Agradeço à família Peña por me acolherem no Chile. Por oito meses aprendi e convivi com os costumes e os valores de vocês. Tenho saudades das conversas de quando tomávamos *once*, dos passeios que fizemos, dos aniversários que

comemoramos, enfim de todos vocês. Muito obrigada Luís, Sara, Millaray, Gabriel, Abraham e Pía.

Agradeço aos colegas do antigo grupo de pesquisa da Elisa, especialmente à Márcia e ao Eduardo, que se tornaram meus amigos. E um agradecimento mais que especial ao Evandro, que além de grande amigo, é meu grande parceiro de escrita.

Também agradeço a todos os colegas do grupo de pesquisa do Chile. Obrigada por me recepcionarem e por me ensinarem. Muito obrigada à Irma, Daniel, Nelson, Elisa, Adriana, Cecília, Álvaro, Mahaira e Carolina Altimir.

Agradeço à Glaucia Ataka da Rocha e à Leonor Enéas por me auxiliarem nas oportunidades que foram aparecendo ao longo do doutorado, inclusive nas escritas parceiras.

Agradeço aos professores que gentilmente fizeram parte da banca e que fizeram contribuições importantes para melhorar a qualidade deste trabalho: profa. Iraní Tomiatto de Oliveira, profa. Sônia Regina Fiorim Enumo, profa. Tatiana de Cássia Nakano Primi e um agradecimento mais que especial ao prof. Tales Vilella Santeiro.

Agradeço às minhas amigas que hoje se encontram em várias cidades. Ainda que não tenhamos mais tanta convivência, penso e lembro de vocês com saudades.

Agradeço às secretarias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela atenção e disponibilidade.

À CAPES, pelo apoio dado no estágio de doutorado sanduíche no exterior e no financiamento desta pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E FIGURA.....	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
RESUMÉ.....	vi
APRESENTAÇÃO.....	01
INTRODUÇÃO.....	05
Indicadores Genéricos de Mudança.....	15
Eficácia Adaptativa.....	20
Eficácia Adaptativa e Indicadores Genéricos de Mudança.....	27
Objetivo Geral.....	29
Objetivos Específicos.....	30
MÉTODO.....	31
Fonte de Dados.....	31
Terapeuta.....	31
Aspectos do Processo Terapêutico.....	31
Juízes.....	35
Instrumentos.....	35
Procedimento.....	44
PLANO DE ANÁLISE E RESULTADOS.....	47
Treino da pesquisadora na avaliação dos Indicadores Genéricos de Mudança (IGM).....	47

RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXO A.....	89
ANEXO B.....	91

LISTA DE TABELAS E FIGURA

Tabela 1. Resumo da psicoterapia.....	32
Tabela 2. Avaliação da EDAO-R nas fases inicial e final do processo terapêutico.....	51
Figura 1. Evolução dos indicadores de mudança ao longo das sessões de psicoterapia.....	56
Tabela 3. Avaliação dos Episódios de Mudança e da EDAO-R ao longo do processo terapêutico.....	61

RESUMO

Honda, G. C. (2014). Indicadores Genéricos de Mudança em Psicoterapia e Eficácia Adaptativa. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. i-88p.

A presente pesquisa, de natureza exploratória, buscou combinar o critério da eficácia adaptativa com os da Lista de Indicadores Genéricos de Mudança (LIGM), para se compreender melhor como as pessoas mudam em psicoterapia. O objetivo mais específico foi avaliar se existe relação entre a evolução na hierarquia dos Indicadores Genéricos de Mudança e a qualidade das respostas adaptativas. Utilizou-se o delineamento de estudo de caso intensivo. A LIGM refere-se a uma sequência ideal do que se espera que ocorra, se a psicoterapia obtiver êxito. Ela é composta por 19 indicadores dispostos de modo hierárquico, que se referem prioritariamente à forma como o paciente encara o seu problema, sua disposição para enfrentá-lo e as expectativas em relação à psicoterapia e ao psicoterapeuta. A eficácia adaptativa engloba as respostas dadas pelo indivíduo frente às dificuldades e vicissitudes da vida. Quanto mais um conjunto de respostas é adequado, mais eficaz será sua adaptação. Para tanto, os vídeos e as transcrições das sessões de um processo de psicoterapia breve psicodinâmica de paciente adulta que foi atendida por psicoterapeuta experiente foram avaliadas com a LIGM e com a *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R)*. De acordo com a LIGM foram encontrados 14 episódios de mudança, distribuídos em 11 sessões. Observou-se evolução dos indicadores de mudança, em que as sessões iniciais englobaram indicadores de menor hierarquia e as sessões finais abarcaram indicadores de maior hierarquia. Os resultados também mostraram que houve evolução na eficácia adaptativa da paciente, de pouquíssimo adequada para adequada, no setor Afetivo-Relacional (A-R, que diz respeito aos relacionamentos intra e interpessoais) e de pouquíssimo adequada para pouco adequada no setor Produtividade (Pr, que envolve trabalho ou principal ocupação que a pessoa exerce). Sugere-se que o progresso na hierarquia dos indicadores demonstrou que a paciente passou a oferecer respostas mais adequadas, que ocasionaram principalmente em mudanças no setor A-R. Alguns fatores provavelmente contribuíram para as mudanças alcançadas e estes dizem respeito à paciente (participou ativamente do processo, tinha consciência de suas dificuldades e apresentou motivação para trabalhar nos problemas), à terapeuta (intervenções utilizadas durante as sessões) e à relação estabelecida entre ambas (aliança terapêutica). Foi possível concluir que neste estudo houve associação entre as duas medidas, que podem ser usadas para auxiliar o terapeuta na avaliação de progresso do paciente e na compreensão das variáveis que podem facilitar ou limitar a mudança do paciente. Sugere-se a realização de novas pesquisas, que compreendam maior número de casos e que contem com processos considerados mal sucedidos e em que houve abandono por parte do paciente.

Palavras-chave: Processos Psicoterapêuticos; Avaliação de Processos (cuidados de saúde); Mudança (psicologia); Pesquisa em Psicoterapia.

ABSTRACT

Honda, G. C. (2014). Generic indicators of change in psychotherapy and adaptive efficacy. Doctoral Thesis. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. i-88p.

The present exploratory study aimed to combine the adaptive efficacy criterion with the Generic Change Indicators List (GCIL) to better understand how people change in psychotherapy. The specific aim was to evaluate if the evolution in the hierarchy of Generic Change Indicators is associated with the quality of adaptive responses. Methodologically, the research was based on an intensive case study design. The List presents an ideal of what happens when psychotherapy is successful. The List is composed by 19 indicators disposed hierarchically, which relate primarily to how the patient sees his or her problem, his or her willingness to face it and his or her expectations for psychotherapy and psychotherapist. Adaptive efficacy comprises the responses of the individual in the face of difficulties and vicissitudes of life. The more adequate a set of responses is, the more the adaptation of the subject will be considered effective. The videos and the transcriptions of the sessions of a brief psychodynamic psychotherapy process were evaluated with the GCIL and with the Scale of Adaptation (EDAOR). According to the GCIL 14 episodes of change were identified into the 11 sessions of the psychotherapy. Results pointed to evolution in the hierarchy of indicators of change. The initial sessions comprised indicators of lower hierarchy and final sessions encompassed indicators of higher hierarchy. The results also showed that there was an evolution in the patient's adaptive efficacy, from very slightly adequate to adequate in the A-R area and from very slightly adequate to slightly adequate in the Pr area. We suggest that the progress in the hierarchy of the indicators showed that the patient began to offer more adequate responses, which resulted mainly in changes in the A-R area. It was possible to conclude in this study the association between the two measures. Some common factors to different therapeutic approaches probably contributed to the changes that the patient achieved and these are relate to the patient (she actively participated in the process, was aware of her difficulties and showed motivation to work on the problems), to the therapist (interventions used during the sessions) and to the relationship between therapist and patient (therapeutic alliance). Further researches must be pursued, involving a larger number of psychotherapies, including unsuccessful and dropout processes.

Key words: Psychotherapeutic processes; Process Assessment (Health Care), Change (Psychology); Psychotherapy Research.

RÉSUMÉ

Honda, G. C. (2014). Indicateurs Génériques du Changements en Psychothérapie et Efficacité Adaptative. Thèse de Doctorat. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. i-88p.

Cette étude exploratoire, a l'objectif de combiner le critère de l'efficacité adaptative avec la Liste des Indicateurs Génériques du Changement (LIGM), afin de mieux comprendre comment les gens changent en psychothérapie. L'objectif plus spécifique était d'évaluer s'il existe une relation entre les changements dans la hiérarchie des indicateurs génériques du changement et de la qualité des réponses adaptatives. Méthodologiquement a été utilisé la conception d'étude de cas intensive. Le LIGM se réfère à une séquence idéale qui devrait se produire si la psychothérapie est réussie. Il est composé de 19 indicateurs disposés hiérarchiquement, qui se rapportent notamment à la façon dont le patient voit son problème, sa disposition pour lui faire face et les attentes de la psychothérapie et le psychothérapeute. L'efficacité adaptative englobe les réponses données par une personne face à ses difficultés et aux vicissitudes de la vie. Quand plusieurs des réponses sont appropriés, l'adaptation est efficace. Pour ça les vidéos et les transcriptions d'un processus de psychothérapie brève ont été évalués en utilisant le LIGM et l'Échelle de la Adaptation (EDAO-R). Conformément aux LIGM, 14 épisodes de changement ont été identifiés au cours des 11 sessions. Les premières sessions comprenaient des indicateurs de niveau hiérarchique inférieur tandis que les dernières sessions comprenaient des indicateurs de niveau hiérarchique supérieur. Les résultats ont aussi montré qu'il y avait une augmentation de l'efficacité adaptative de la patiente au secteur Affectif-Rélationnel, légèrement adapté au début adapté à la fin. Dans le secteur de la Productivité, elle a commencé la psychothérapie très peu adaptée et à la fin légèrement adaptée. Le progrès dans la hiérarchie des indicateurs montre que le patient a commencé à offrir des réponses plus adaptées, qui ont produit surtout des changements au secteur A-R. Il peut être conclu qu'il y avait une association entre les deux critères de mesure. Certains facteurs ont probablement contribué aux changements et ceux-ci se rapportent à la patiente (elle a participé activement au processus, était consciente de ses difficultés et a démontré de la motivation pour travailler sur ses problèmes), le thérapeute (les interventions utilisées pendant les sessions) et la relation entre les deux (alliance thérapeutique). D'autres recherches devront avoir un plus grand nombre de processus psychothérapeutiques tels que: psychotérapies avec de mauvais résultats et quand il y avait abandon.

Mots-clés: Processus psychothérapeutiques; Évaluation de processus (attention à la santé); Changement (psychologie); Recherche en psychothérapie.

APRESENTAÇÃO

Embora já não seja mais questionada entre os pesquisadores a eficiência das práticas psicoterápicas, ainda se faz necessário identificar os fatores e aspectos do processo que facilitam ou propiciam a mudança nesse contexto (Altimir et al., 2010, Kazdin, 2007; Peuker, Habugzang, Koller & Araújo, 2009; Yoshida, 1998). No Brasil, as pesquisas empíricas neste campo ainda são incipientes e há falta de medidas e de procedimentos de análise que sustentem a avaliação de mudança em psicoterapia, o que demonstra a necessidade de novos rumos e estudos nesta área.

Além disso, diversos autores, nos últimos anos, têm dado ênfase à importância de investigações que aproximem a pesquisa e a prática clínica, uma vez que os resultados das investigações em psicoterapia dificilmente têm sido utilizados para guiar a prática de profissionais na clínica (Campezatto & Nunes, 2007; Castonguay, 2011; Krause, 2011; Serralta, 2010). Numa tentativa de diminuir a lacuna existente nesse campo, vários instrumentos de avaliação de processo e de mudança foram desenvolvidos no cenário internacional e adaptados para o Brasil, como a Escala Rutgers de Progresso em Psicoterapia (*Rutgers Psychotherapy Progress Scale – RPPS*) (Enéas, 1999), o Modelo dos Ciclos Terapêuticos (*Therapeutic Cycles Models – TCM*) (Yoshida & Mergenthaler, 2011) e o Método do Tema Central de Relacionamento Conflituoso (CCRT) (Bottino, 2000), entre outros.

No âmbito da América Latina, um grupo de pesquisadores da *Pontificia Universidad Católica de Chile* vem realizando trabalhos acerca de um instrumento desenvolvido por eles para avaliação e observação do que ocorre dentro e ao longo

das sessões psicoterapêuticas (Arístegui et al., 2004; Krause et al., 2006; Krause et al., 2007). Mais especificamente, no que concerne à presença de indicadores que possam sinalizar se está havendo alguma mudança no processo psicoterápico. Esses trabalhos abandonam a premissa da homogeneidade do processo e abrem espaço para pensá-lo como uma sucessão de períodos ou fases, nos quais se pode esperar que ocorram mudanças em função do momento em que a psicoterapia se encontra. Para tanto, desenvolveu-se um instrumento conhecido como Lista de Indicadores Genéricos de Mudança em Psicoterapia (Krause et al., 2006; Krause et al., 2007).

A Lista de Indicadores Genéricos de Mudança fundamenta-se numa sequência ideal de mudanças que podem ser observadas empiricamente durante sessões de psicoterapia. São 19 indicadores dispostos de modo hierárquico e que serão tratados acuradamente na Introdução deste trabalho. Por ora, é suficiente dizer que os indicadores referem-se prioritariamente à forma como o paciente encara o seu problema, sua disposição para enfrentá-lo e as expectativas em relação à psicoterapia e ao psicoterapeuta. No Chile, a hierarquia dos Indicadores Genéricos de Mudança foi desenvolvida e validada em dois trabalhos (Arístegui et al., 2004; Krause, 2005), a partir dos quais várias outras pesquisas foram desenvolvidas (Altimir et al., 2010; Arístegui et al., 2009; Echávarri et al., 2009; Krause, Altimir, Perez & de la Parra, 2014; Krause & Dagnino, 2006; Reyes, 2008; Valdés et al., 2005; Valdés et al., 2010).

As variáveis que integram a Lista de Indicadores Genéricos têm sido de fato apontadas na literatura como de relevância para a mudança em psicoterapia (Krause & Dagnino, 2006). No entanto, ainda que necessárias, nem sempre elas são satisfatórias para que o processo psicoterapêutico seja bem sucedido. Yoshida e Enéas (2013)

defendem “não ser suficiente que o paciente esteja consciente dos problemas e deseje superá-los, mas é necessário que conte com recursos adaptativos para fazer face a eles” (p.229). A adaptação envolve formas de enfrentar e responder às vicissitudes da vida e sua qualidade depende da adequação das respostas do sujeito para solucionar os problemas vividos por ele. Quanto mais um conjunto de respostas é adequado, mais eficaz será a adaptação do sujeito (Simon, 1989). Yoshida e Enéas (2013) observam ainda que há maiores possibilidades de sucesso na intervenção quando há preservação da eficácia adaptativa e, nesse sentido, sugerem que a avaliação da qualidade adaptativa integre a avaliação de mudança do sujeito, em processos psicoterápicos.

Em face dos resultados promissores obtidos no Chile, em relação à utilidade da Lista de Indicadores Genéricos para a avaliação de mudança em psicoterapia, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar em que medida ela se aplica a processos de psicoterapias breves conduzidos em nosso meio. Ademais, as avaliações dos indicadores genéricos foram cotejadas com a evolução da qualidade das respostas adaptativas de uma paciente atendida em psicoterapia breve psicodinâmica.

Considerando que a aplicação da Lista de Indicadores Genéricos baseia-se em critérios que envolvem conhecimentos teóricos e clínicos, que demandam um longo treino por parte dos avaliadores, a pesquisadora realizou um estágio de Doutorado na *Pontificia Universidad Católica de Chile*, com os investigadores que desenvolveram a Lista, para se familiarizar com o conceito de Indicadores e com a forma de avaliação nas sessões de psicoterapia. Para tanto, contou com o aceite por parte da Dra.

Mariane Krause e do professor Dr. Guillermo de la Parra, que a receberam em 2013, em seu grupo de pesquisa, pelo período de oito meses.

INTRODUÇÃO

Há pelo menos 60 anos, a evolução científica no campo das psicoterapias conta com contribuições que advêm de pesquisas de resultados e de processos psicoterápicos, de diversas abordagens teóricas e metodológicas, com intuito de promover conhecimentos aplicados à prática clínica (Castonguay, 2011). As pesquisas sobre psicoterapias, realizadas ao longo das últimas três décadas, apontam que elas levam a mudanças, independentemente da orientação teórica e da modalidade que assumem (individual, grupo, casal ou familiar) (Corbella & Botella, 2004; Goldfried, 2013; Hill, Chui & Baumann, 2013; Krause et al., 2006; Nunes & Lhullier, 2003). A maior parte desses trabalhos conta com dados advindos de pesquisas realizadas em outros países.

Na América Latina, embora nos últimos 15 anos tenha havido um aumento de pesquisas em psicoterapia, o volume de trabalhos ainda é escasso (Serralta, 2010). Um estudo feito por Pinto, Santeiro e Santeiro (2010) focalizou o estado da pesquisa no âmbito das psicoterapias no Brasil e analisou o que foi produzido e publicado na base de dados PePsic sobre o tema, entre 1998 e 2007. Concluíram que houve um aumento na quantidade de estudos desde 1998, com ápice em 2005 e ligeira queda em 2006 e 2007. De forma surpreendente, verificaram que a maioria dos trabalhos teve como foco o estudo da infância, mas no geral envolvendo um número inexpressivo de instrumentos de medida para avaliação psicológica em função da prevalência de trabalhos teóricos.

Voltando ao contexto internacional, os trabalhos nessa área, de modo geral, propiciaram um consenso entre os pesquisadores de que as práticas psicoterápicas são eficazes e eficientes, o que foi interpretado por alguns autores como evidência de que fatores comuns poderiam explicar esses achados (Arkowitz, 1997; Frank, 1971; Krause et al., 2006; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Santibáñez-Fernández et al., 2008). Entende-se por fatores comuns, elementos presentes em quase todas as técnicas psicoterápicas que podem repercutir diretamente no tratamento e estão associados a aspectos do paciente, do psicoterapeuta e da qualidade da relação entre ambos (Santibáñez-Fernández et al., 2008; Lhullier, Nunes & Horta, 2006).

O fator comum mais estudado na atualidade é a aliança terapêutica. Apesar de não haver uma definição consensual, ela é entendida, em termos gerais, como a relação existente entre psicoterapeuta e paciente, quando há disposição de ambos para trabalharem harmonicamente e com um objetivo em comum (Goldfried, 2013). A aliança terapêutica tem evoluído consideravelmente ao longo dos anos. De acordo com Krause, Altimir e Horvath (2011), a raiz do conceito se encontra em Freud, que propôs a existência de uma transferência positiva no trabalho terapêutico, que justificava o fato de o paciente não interromper o tratamento diante da ansiedade provocada pelo surgimento de conflitos inconscientes. Em meados de 1970, Luborsky (1976) e Bordin (1976) propuseram uma redefinição do conceito de aliança de modo que o foco principal seria o trabalho conjunto entre paciente e terapeuta. Esse processo bidirecional seria uma característica comum a todas as formas de terapia e não era exclusivo à psicanálise ou às terapias psicodinâmicas. Krause et al. (2011) apontam

que desde então, diversos pesquisadores têm encontrado evidências favoráveis entre a qualidade da aliança de trabalho e os resultados das terapias.

Muitas vezes, as expressões aliança terapêutica, aliança de trabalho e aliança de ajuda têm sido utilizadas como sinônimos (Horvath & Luborsky, 1993), como ocorrerá no presente estudo. Inúmeras pesquisas ressaltam a importância de uma boa relação de trabalho entre psicoterapeuta e paciente (Binder, Holgersen & Nielsen, 2009; Hendriksen, Peen, Van, Barber & Dekker, 2014; Krause et al., 2011; Salinas et al., 2009; Santibáñez-Fernández, Román-Mella & Vinet, 2009; Serralta, 2010), pois confiança e compromisso mútuos possibilitam uma aliança de trabalho positiva e há fortes evidências de que esta pode desempenhar um papel crucial nos resultados das psicoterapias (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Beccheli & Santos, 2002; Goldfried, 2013; Gomes, Ceitlin, Hauck & Terra, 2008; Hill & Knox, 2009; Honda & Yoshida, 2012; Lhullier et al., 2006), caracterizada sobretudo pela ajuda de um profissional a alguém que apresenta algum tipo de sofrimento psíquico (Beccheli & Santos, 2002).

A relação com o sucesso nos tratamentos pode ser vista na pesquisa de Botella et al. (2008), que apontou significativa correlação entre boa aliança de trabalho e melhora no nível de sintomas. O trabalho de Emmerling e Whelton (2009) também indicou que a aliança terapêutica fortalecida estava associada à melhora de sintomas nos pacientes e ao progresso no tratamento. Parece ser, portanto, um componente chave nas psicoterapias e embora não seja curativa, por si só, é considerada como um dos melhores preditores nos tratamentos psicoterápicos (Frank, 1971; Lhullier et al., 2006). Resultados condizentes com esta afirmação foram encontrados por Peuker et al. (2009), que realizaram uma revisão sobre pesquisas de avaliação de resultados e

processos em psicoterapias e observaram que o rompimento da aliança terapêutica pode desempenhar importante papel no abandono da psicoterapia. Por isso, sugerem a análise detalhada do que acontece na interação paciente-psicoterapeuta para restabelecer e reparar rupturas, com o intuito de se ampliar a possibilidade de sucesso.

Outra variável que tem sido objeto de investigação, quanto à sua contribuição para os resultados das psicoterapias, diz respeito às intervenções realizadas pelo terapeuta (Khater, Peixoto, Honda, Enéas & Yoshida, 2014; Yoshida, 2004; Yoshida, Gatti, Enéas & Coelho Filho, 1997). Na prática das psicoterapias psicodinâmicas, as intervenções que o psicoterapeuta realiza ao longo das sessões podem ser classificadas como sendo de natureza “Suportiva” ou “Expressiva” (Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1988). As intervenções suportivas contam com técnicas de apoio, que demonstram que o terapeuta compreende os acontecimentos vividos pelo paciente, com objetivo de manter seu nível de funcionamento e de estabelecer e consolidar a aliança terapêutica entre ambos. Já as intervenções expressivas objetivam explicitar os problemas e conflitos inconscientes do paciente, a fim de que ele possa comunicá-los e compreendê-los.

No que concerne aos aspectos do paciente, a expectativa que ele apresenta quanto à ajuda que receberá também tem sido foco de pesquisas. Expectativa refere-se a um sentimento de esperança e de crenças em relação ao psicoterapeuta e ao tratamento e benefícios que o paciente poderá alcançar (Constantino, 2012). Westra, Aviram, Barnes e Angus (2010) realizaram um estudo com intuito de investigar o que pacientes esperavam quando começavam um tratamento psicoterápico. Concluíram que, ao longo do processo, aqueles que alcançaram bons resultados psicoterapêuticos

puderam desconfirmar expectativas negativas que tinham, no início do tratamento. Já os pacientes que se sentiram desapontados durante o processo e não obtiveram bons resultados indicaram que ao começarem o tratamento, tinham expectativas positivas em relação à psicoterapia, que não foram confirmadas com o tempo.

Wampold e Weinberger (2010) lembram que Frank, em 1978, também chegou à conclusão de que expectativas positivas são um importante fator em psicoterapia. No entanto, no trabalho de Coppock, Owen, Zagarskas e Schmidt (2010), que visou compreender o papel da expectativa do paciente e psicoterapeuta, em relação ao tratamento, essa relação não pôde ser confirmada. O estudo demonstrou que pacientes com baixo grau de expectativas podem se beneficiar da psicoterapia da mesma forma que aqueles que possuem um alto grau. Sugerem que, em relação ao psicoterapeuta, o que este espera do atendimento pode influenciar o paciente, de modo a favorecer sentimentos que fortaleçam a aliança de trabalho entre eles e a motivar o indivíduo a tentar resolver seus problemas. É provável, então, que a expectativa de melhora do paciente possa impactar a relação terapêutica e afetar indiretamente os resultados da intervenção, pois Joyce, Ogrodniczuk, Piper e McCallum (2003) também encontraram evidências que demonstram essa associação. Os autores, no entanto, são cautelosos e apontam a possibilidade de outras variáveis estarem envolvidas na relação entre expectativa, aliança terapêutica e resultados benéficos em psicoterapia, como qualidade da relação objetal, experiência de relacionamentos passados e motivação.

A motivação é outro elemento que tem sido alvo dos pesquisadores há décadas e que está associada ao construto de expectativa do paciente (veja, por exemplo,

Enéas, 1993; Malan, 1976a, 1976b, 1980). No final da década de 80, Barth et al. (1988) propuseram uma diferença entre motivação para a terapia e motivação para a mudança. Sugeriram que a primeira envolve um anseio em ser ajudado, mas o paciente não se compromete em assumir sua parte na psicoterapia. Já na motivação para mudança, o paciente participa ativamente do processo e assume claramente sua responsabilidade no tratamento, para modificar seus problemas. Apesar de ser clinicamente coerente se pensar em tipos diferentes de motivação, em um estudo nacional, não foram encontradas diferenças significantes nos resultados de processos terapêuticos em que teriam predominado essas duas diferentes formas de motivação (Enéas,1993).

Em outros estudos, todavia, a maneira como o paciente decide enfrentar alguma dificuldade mostrou-se associada com os resultados, apontando que a participação ativa no processo constitui-se um fator relevante para a mudança positiva (Frank, 1971; Wollburg & Braukhaus, 2010). Isso também pode ser observado no trabalho de Honda e Yoshida (2012), que visou compreender os fatores que influenciaram a chance de progresso e retrocesso em atendimentos prestados em uma clínica-escola. As autoras encontraram que pacientes que não estavam dispostos a se responsabilizarem por seus problemas e a não serem agentes da própria mudança durante a psicoterapia, alcançaram melhoras limitadas, como alívio de sintomas e bem estar em relação à queixa, quando comparados àqueles que se envolveram ativamente durante o processo. Nesse sentido, sugere-se que o engajamento ativo no processo corresponda a uma das facetas da motivação para a mudança, conforme definido por Barth et al. (1988).

De modo geral, considera-se que fatores comuns estão sempre presentes nas psicoterapias. Porém os trabalhos desenvolvidos até o momento não são suficientes para elucidar como tais fatores ensejam a mudança (Serralta, Nunes & Eizirik, 2011). Especialmente no que se refere ao por quê a maior parte das intervenções produz mudanças e como alguns fatores se relacionam ao sucesso dos tratamentos. Essas perguntas dizem respeito ao que é importante para que um tratamento funcione e são feitas na tentativa de se estabelecer uma ponte entre pesquisa e prática clínica, que ainda carecem de integração entre elas. Enéas (2008), em uma análise sobre pesquisas em psicoterapias de sessões especiais de um periódico, veiculadas entre 1981 e 1994, aponta que desde a década de 80 existe uma preocupação sobre a utilidade das pesquisas na prática clínica. Essa é uma preocupação ainda atual, como indicam trabalhos mais recentes como os de de la Parra (2013), Peuker et al. (2009) e Serralta (2010), que apontam que o distanciamento entre ambas tem sido alvo de inúmeras críticas e, por isso, merece maior atenção dos pesquisadores

Embora seja evidente que em qualquer área o profissional deva se instruir por meio dos avanços científicos, dificilmente o mesmo ocorre no âmbito da clínica psicológica e da psicoterapia. De fato, o trabalho de la Parra (2013), sobre o estado da pesquisa em psicoterapia na América Latina, ilustra bem esse aspecto. O autor perguntou a 538 psicoterapeutas latino-americanos se a investigação em psicoterapia era usada como fonte de informação para a prática deles. A maioria das pessoas, que já havia tido contato com a pesquisa em algum momento de suas vidas (44,5%), apontou que os estudos na área contribuíram de maneira importante para o trabalho clínico. Esse número é significativamente maior que aqueles que nunca tiveram

experiência com a pesquisa e que consideravam relevante a influência das pesquisas sobre sua prática clínica (27,3%), o que mostra que ainda o principal consumidor das pesquisas em psicoterapia são os próprios investigadores.

A razão deste problema encontra-se em ambos os contextos (Krause, 2011). Uma possível explicação para o fato dos resultados de pesquisas serem pouco consumidos está em função da psicologia clínica ainda se encontrar atrelada a um ensino fortemente baseado em concepções teóricas, sem uso suficiente dos resultados de investigações empíricas na formação do aluno. Além disso, muitos profissionais não sentem necessidade de se abrir ao diálogo científico, pois acreditam que teoria, supervisão e experiência profissional são suficientes para a atuação na prática (Krause, 2011; Serralta, 2010). Por outro lado, o desinteresse dos profissionais pode ser justificado em função das evidências empíricas acabarem sendo limitadas. Isso significa que muitas investigações não demonstram o que de fato ocorre na prática e não ilustram as dificuldades e os dilemas vividos pelos psicoterapeutas (Peuker et al., 2009). Não obstante, é muito comum encontrar trabalhos permeados por uma linguagem científica, envolta por números e tabelas, que o clínico não compreende, o que o acaba desmotivando (de la Parra, 2013; Krause, 2011). Esses impasses podem ser dissolvidos com pesquisas que se aproximem da realidade encontrada na prática. Por outro lado, é necessário também que o clínico tenha em mente que o conhecimento científico poderá auxiliá-lo a conduzir tratamentos mais eficientes e que a prática baseada em evidências não representará uma ruptura na forma como a psicoterapia é conduzida (Maras, Anderson & Piper, 2010; Peuker et al., 2009; Serralta et al., 2011).

A prática clínica baseada em evidência é a integração da experiência prática com as postulações teóricas e interventivas advindas de resultados de pesquisas empíricas (APA, 2006). Portanto, há que se ter em vista o que Maras e Shea (2010) ressaltam, fazendo referência à Irene Elkin: “os dados devem sempre ser vistos como amigáveis” (p. 77), uma vez que tanto a investigação quanto a psicoterapia contam, atualmente, com instrumental e métodos capazes de captar o exercício clínico de modo empírico, sem perder o sentido inerente à prática (Serralta, 2010).

Uma das formas de valorizar a prática clínica nos trabalhos da área é o emprego de pesquisas de cunho mais qualitativo, que permitam levar em consideração a realidade o contexto em que ocorrem as psicoterapias (Hill et al., 2013). Por meio das investigações de processos é possível analisar detalhada e profundamente o que acontece durante a psicoterapia (Brum et al., 2012; Serralta et al., 2011). Essas investigações podem ser desmembradas basicamente em dois tipos de estudos: a pesquisa de processo terapêutico e a pesquisa de processo de mudança. Apesar de parecerem ter o mesmo objetivo, existem algumas diferenças a serem consideradas. Enquanto a primeira foca o que ocorre durante a psicoterapia, a segunda identifica, examina, descreve e/ou prevê todos os momentos, ao longo do processo, que envolvam mudanças (Brum et al., 2012).

A distinção também está no rigor metodológico dos estudos de processo de mudança, que têm mudado significativamente através dos tempos (Angus et al., 2010). Nesse tipo de pesquisa é comum o uso de instrumentos e procedimentos de análise para dar suporte à avaliação e à observação do que ocorre dentro e ao longo das sessões psicoterapêuticas, com intuito de prover ou explicar as relações causais nos

resultados terapêuticos. Medidas mais objetivas, como a gravação e a transcrição das sessões, também permitem o exame minucioso e intensivo dos mecanismos que ensejam o processo de mudança e dos fenômenos que estão atrelados ao sucesso ou ao fracasso dos tratamentos (Angus et al., 2010; Bucci, 2005; Peuker et al., 2009). Um exemplo de pesquisa usando essa metodologia é a de Enéas (1999) que se preocupou em estudar eventos de mudança para contemplar o processo terapêutico de modo mais completo possível e, para tanto, empregou a Escala Rutgers de Progresso em Psicoterapia (RPPS) para avaliar a evolução de dois processos psicoterápicos breves.

A presente pesquisa também se encontra na linha de investigação que se centra no processo de mudança experimentado durante a psicoterapia. Fundamenta-se na compreensão de Krause et al. (2006), de que ela é vista como uma série de períodos ou fases e não como um processo homogêneo. O foco é o estudo de eventos ou episódios, através dos quais é possível observar um momento de mudança e que seja possível explicar as variedades nos resultados dos tratamentos psicoterápicos. Entende-se por momento de mudança o ponto mais “culminante” e significativo tratado pelo paciente e psicoterapeuta e que pode ser observado nas sessões ou em situações extrassessões, narradas pelo paciente. Já um episódio de mudança engloba o segmento da sessão que antecede o momento de mudança, isso significa que anterior ao ponto culminante e que leva à mudança, paciente e psicoterapeuta já devem estar falando sobre o tema em questão (Dagnino, Krause, Pérez, Valdés & Tomicic, 2012; Krause et al., 2006).

Não é fácil isolar um episódio de mudança, pois este possui limites temporais que podem variar de 20 a 40 minutos ou até mesmo mais de uma sessão (Krause et

al., 2007). Além disso, pode ser apreendido a partir de perspectivas diferentes, que incluem o paciente, o psicoterapeuta ou um observador externo – este último fundamenta-se em transcrições ou vídeos de sessões de psicoterapia. De acordo com os autores (Krause et al., 2007), a evolução da mudança começa antes mesmo do início da psicoterapia e termina depois que ela acaba. Para eles, o resultado do tratamento depende da conexão entre diferentes episódios de mudança e da combinação de fatores que ocorrem dentro da psicoterapia com aqueles que acontecem fora das sessões, e que podem influenciar a possibilidade ou não de progresso do paciente. Ressalta-se que esta é uma visão mais global e mais condizente com a realidade da clínica.

Indicadores Genéricos de Mudança

Para identificar os episódios relevantes de mudança foi desenvolvido um modelo de evolução de mudança em psicoterapia conhecido como, Lista de Indicadores Genéricos de Mudança (LIGM) (Krause et al., 2006). Essa lista foi criada a partir do estudo de momentos de mudança em psicoterapias de diferentes abordagens de tratamento e está fundamentada na teoria genérica de mudança, que se baseia na idéia de que, independente de orientação teórica do psicoterapeuta ou da modalidade da psicoterapia (individual, casal, grupo, breve ou longa), existem fatores de mudança que são comuns a todas as terapias psicológicas. Além disso, a noção genérica de mudança terapêutica envolve duas dimensões: conteúdo e evolução. A primeira reflete a perspectiva do paciente em relação a si mesmo, suas dificuldades, sintomas e a

relação que estabelece entre eles. Está associada às “transformações da representação de si mesmo e das relações com o ambiente” (Krause et al., 2006, p. 318). A evolução faz alusão ao fato de que “a mudança subjetiva se compõe de uma sequência de mudanças sucessivas, na qual as mudanças posteriores se baseiam nas anteriores e as englobam” (Krause et al., 2006, p. 318-319).

A LIGM refere-se a uma hierarquia teórica do que se espera que ocorra, se a psicoterapia obtiver êxito (Krause & Dagnino, 2006). De acordo com essa hierarquia, a sequência ideal de mudança em psicoterapia deve se iniciar com um estágio de busca de ajuda profissional, que pode ocorrer antes mesmo da psicoterapia começar. Essa fase pode indicar a aceitação, por parte do paciente, da existência de um problema, dos próprios limites e da consciência da necessidade de ajuda. Estes fatores podem ser ilustrados pelos indicadores de número 1 (Aceitação da existência de um problema) e número 2 (Aceitação dos próprios limites e da necessidade de ajuda).

Essa idéia também é encontrada em Prochaska (1995), mais especificamente no conceito de estágio de mudança, que diz respeito ao grau de consciência que o paciente possui em relação aos seus problemas. De acordo com as atitudes, intenções e comportamentos, expressas pelo paciente, a mudança pode ser classificada segundo seis estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término. O autor aponta que se o indivíduo não tiver consciência de suas dificuldades (estágio de pré-contemplação), não possuirá motivação para iniciar um processo e será pouco provável que se disponha a enfrentar suas questões. A mudança nessa fase do processo diz respeito a assumir dúvidas sobre as maneiras de conduzir a própria vida e as dificuldades inerentes a ela (Krause & Dagnino, 2006; Krause et al., 2007). Se isso

não acontece antes do início da terapia, essa deverá ser a principal tarefa do terapeuta nas sessões iniciais.

Quando o tratamento é iniciado, é muito comum que os pacientes se encontrem em estado de desamparo. Walpold e Weinberger (2010) ressaltam que Jerome Frank, denominava esse estado de “desmoralização”, que envolve sentimentos de incompetência, perda de esperança e de baixa autoestima. Na mesma linha de pensamento, Orlinsky, Krause, Newman, Lueger e Lutz (2010) lembram que Kenneth Howard também identificou essa fase de “desmoralização”. Tanto Frank quanto Howard teriam apontado que uma importante mudança envolve a diminuição dessa sensação, que é impulsionada quando o indivíduo começa a sentir que seus problemas são clarificados e, por isso, desenvolve um sentimento de esperança e de expectativa de serem ajudados. Fato este, sinalizado pela presença do indicador número 4 (Expressão de esperança, expectativa de ser ajudado ou de superar os problemas).

Ainda no início do tratamento, é possível que o paciente não tenha clara consciência dos fatores que contribuem para suas dificuldades ou inclusive possua uma ideia errônea acerca das causas. Quando o terapeuta o ajuda a perceber quais são os determinantes e a dinâmica do problema, o paciente poderá ter mais consciência dos fatores que interferem em sua vida, como por exemplo, fazer conexões entre o que ele pensa e sente, como se sente e o que faz e o impacto que ele tem sobre as outras pessoas e o que elas têm sobre ele (Goldfried, 2013).

As primeiras sessões também demandam do paciente um olhar diferente acerca de sua percepção de mundo, que inclui dúvidas a respeito de suas próprias verdades e questionamento em relação a padrões e esquemas cognitivos (Krause et al., 2007). É

possível que o questionamento das habituais formas de compreensão do mundo (indicador número 5) leve a uma clara expressão de necessidade de ajuda, o que nos termos de Prochaska (1995) pode ser associado aos estágios de contemplação e de preparação. No estágio de contemplação a pessoa percebe e admite que possui um problema e pensa em superá-lo, mas não chega realmente a fazê-lo. Quando a passagem da intenção ao ato se concretiza, diz-se que a pessoa alcançou o estágio de preparação. Neste estágio há alguma tentativa de mudança, porém a pessoa ainda não demonstrou uma ação efetiva nesse sentido, mesmo que tenha encontrado melhora em alguns aspectos. É a percepção crítica, o “descongelamento” daquilo que o paciente está acostumado a ver e a interpretar que vai prepará-lo para mudanças futuras (Krause et al., 2007).

O progresso do tratamento depende também da aceitação do paciente em responsabilizar-se pelas vicissitudes da vida e em participar ativamente do processo psicoterápico, o que nos termos de Krause et al. (2006) pode ser traduzido pela presença do indicador número 7 (Reconhecimento e/ou responsabilidade na participação dos próprios problemas). O conceito de estágio de ação, de Prochaska (1995) também está atrelado a essa condição, pois requer do paciente uma mudança de comportamento manifesto e esforço real para modificar atitudes, com intuito de superar seus problemas.

Em uma fase mais evoluída do trabalho terapêutico, é possível esperar o aparecimento de sentimentos de competência sobre a possibilidade de manejar os próprios problemas (indicador número 10), bem como de novas representações cognitivas e afetivas. Isso significa que apenas a expressão de emoções não é

suficiente, pois os processos cognitivos também são inerentes aos episódios de mudança (Mergenthaler, 2008). A reflexão acerca do problema e os afetos associados aos novos modos de enxergá-lo servem como indicadores de mudança na psicoterapia (Indicador 13: Transformação de valores e emoções em relação a si mesmo a aos outros), pois podem levar a um *insight* e à formação de outros conceitos acerca dos problemas, que permitem ao paciente experimentar novos comportamentos e atitudes em relação a si mesmo e em relação ao contexto em que vive (Goldfried, 2013; Krause et al., 2007).

É importante enfatizar que o conteúdo da mudança é essencialmente subjetivo e diz respeito às mudanças na teoria subjetiva do paciente, que pode ser entendida como a leitura que cada pessoa faz acerca do mundo. As ações dos indivíduos podem ser explicadas a partir dessa visão, dessa “teoria” que cada um realiza. A psicoterapia auxiliará o paciente a construir novos significados e, portanto, a ter novos modos de enxergar o problema que o levou a buscar ajuda (indicador número 14: Formação de novos constructos subjetivos do eu através da interconexão de aspectos pessoais e de aspectos do ambiente, incluindo problemas e sintomas). Assim, ele poderá desenvolver novos modelos explicativos e padrões interpretativos acerca da visão de si mesmo e do mundo onde vive (como sinaliza o indicador 15: Enraizamento dos constructos subjetivos na própria história de vida) (Krause, 2005). Nesse sentido, Krause e Dagnino (2006) assinalam que os indicadores de mudança podem ser observados empiricamente durante sessões de psicoterapias e, por isso, podem ser empregados para avaliar processos psicoterapêuticos no momento em que ocorrem, no prognóstico

de resultados de tratamentos e também em análise retrospectiva de psicoterapias, cuja proposta metodológica se aplica à presente pesquisa.

Associado à noção de que o paciente detém uma "teoria subjetiva" a respeito do mundo e das coisas que o rodeiam encontra-se o conceito de eficácia adaptativa proposto por Simon (1989). Conforme assinalam Yoshida e Enéas (2013), parece que não é “suficiente que o paciente esteja consciente dos problemas e deseje superá-los, mas é necessário que conte com recursos adaptativos para fazer face a eles” (p. 229). Deste modo, mesmo que a presença de Indicadores Genéricos seja relevante para a mudança, é preciso considerar a eficácia adaptativa do paciente, para avaliação da real possibilidade do paciente fazer face às situações problema que deve enfrentar e da possibilidade de obter bons resultados na psicoterapia.

Eficácia Adaptativa

O conceito de eficácia adaptativa, conforme proposto por Simon (1989), pode oferecer um parâmetro sobre o "sucesso" com que o indivíduo soluciona e enfrenta os problemas diários. A adaptação foi definida pelo autor como um “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” (p. 14). Caso não seja possível alguma forma de adaptação, o organismo morre. Observa-se, portanto, que o funcionamento global de um indivíduo pode ser compreendido por meio da qualidade de sua adaptação, ou seja, dos recursos de que dispõe para fazer face às eventualidades da vida.

Simon (1998) observa que a adaptação humana pode ocorrer de duas formas: gradual e abruptamente. No primeiro caso, a mudança é tão sutil que dificilmente é percebida no dia a dia. Nesses períodos em que a adaptação é estável e nos quais ocorrem as mudanças graduais, o autor aponta que ela se deve à presença de “microfatores” externos (relativos ao ambiente e contexto em que o indivíduo vive) e internos (referentes ao próprio sujeito). Tanto um quanto outro podem ser positivos, se aumentam a eficácia adaptativa ou negativos, se a diminuem. Já as adaptações abruptas, são decorrentes da ação de “fatores” nas quais são visíveis as alterações em atitudes e comportamentos do sujeito, com finalidade adaptativa. Como os “microfatores”, os “fatores” também podem ser externos ou internos, positivos ou negativos. A idéia é que “a *evolução da adaptação* pode ser concebida como um *processo* que se desdobra em *períodos*, os quais podem se alternar indefinidamente ao longo de toda a vida do indivíduo” (p. 26).

O período de crise é uma fase que requer do indivíduo modificações essenciais na sua forma de se adaptar ao mundo. Geralmente, engloba os momentos em que precisa enfrentar alguma situação nova, para a qual não consegue encontrar uma resposta, em curto prazo. Nesses casos, o indivíduo se vê diante de circunstâncias em que há perda ou ameaça de perda de pessoas afetivamente relevantes ou de situações consideradas importantes (crise por perda) ou diante de uma condição que envolve aumento de responsabilidade ou de algum ganho (crise por aquisição). Nas crises por perda é comum o aparecimento de sentimentos de depressão e culpa, enquanto que as crises por aquisição podem acarretar em sentimentos de insegurança, inferioridade e até inadequação (Simon, 1989; 1998).

Para avaliar a configuração adaptativa do indivíduo, foi desenvolvido empiricamente um instrumento conhecido por Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada ou simplesmente EDAO. A escala foi desenvolvida em 1970, pelo próprio Ryad Simon, quando era professor no Departamento de Medicina Preventiva, da antiga Escola Paulista de Medicina (atual Unifesp). A ideia surgiu com o intuito de abreviar o trabalho de identificar e diagnosticar uma população de universitários quanto à necessidade (ou não) de atendimento psicológico, uma vez que na época não havia instrumental brasileiro disponível, que visasse à prevenção (Simon, 1989).

A EDAO é um procedimento de avaliação qualitativa, que se fundamenta no critério adaptativo para a classificação diagnóstica. A coleta de dados é feita por meio de entrevista clínica e sua operacionalização envolve a avaliação das respostas do sujeito segundo quatro setores da personalidade: Afetivo-Relacional (A-R) (respostas emocionais do indivíduo nas relações interpessoais e em relação consigo mesmo); Produtividade (Pr) (respostas relacionadas ao trabalho, estudo ou qualquer ocupação principal do sujeito), Sociocultural (S-C) (compreende as respostas relacionadas à estrutura social, aos recursos comunitários, aos valores e costumes do ambiente em que vive); e Orgânico (Or) (envolve o estado e funcionamento do indivíduo e cuidados e ações em relação ao próprio corpo).

A pontuação original da EDAO era feita com base no grau de adequação das respostas do sujeito, nos quatro setores da personalidade. Foram definidos três níveis de adequação de respostas: adequada, pouco adequada e pouquíssima adequada (Simon, 1989). As respostas consideradas adequadas (+++) são as que trazem satisfação e o problema é solucionado sem que haja conflitos intrapsíquicos ou

socioculturais. Uma resposta pouco-adequada (++) é aquela em que a solução do problema, apesar de trazer satisfação ao indivíduo, implica em algum tipo de conflito (seja de ordem pessoal ou para a sociedade), ou ainda, não traz satisfação, mas implica em algum grau de conflito. Em respostas pouquíssimo adequadas (+), a solução encontrada não traz nenhuma satisfação e ainda causa conflito interno e/ou externo. Quanto mais um conjunto de respostas é adequado, mais eficaz a adaptação do sujeito, de modo que foram criados seis grupos para classificação diagnóstica da adaptação: Grupo I: adaptação eficaz (quando o sujeito responde adequadamente em todos os setores, de modo que haja quatro pontuações (+++)); Grupo II: adaptação eficaz em crise; Grupo III: adaptação não-eficaz moderada (respostas pouco adequadas em todos os setores, ou seja, quatro (++) , ou uma resposta pouquíssimo adequada em um setor juntamente com três respostas adequadas nos outros três setores – um (+) mais três (+++)); Grupo IV: adaptação não-eficaz moderada em crise; Grupo V: adaptação não-eficaz severa (no mínimo duas respostas pouquíssimo adequadas entre os quatro setores ou uma pouquíssimo adequada em um setor e no mínimo uma pouco adequada nos outros setores: um (+) e um ou mais (++) e/ou dois ou mais (+); e Grupo VI: adaptação não-eficaz severa em crise (Simon, 1989).

Uma proposta de redefinição da EDAO (Simon, 1997; 1998), veio mais tarde, devido a algumas limitações encontradas na forma de quantificar as categorias da escala e devido às evidências oriundas das pesquisas e da prática clínica. O autor sugeriu então, que o setor A-R deveria ocupar uma posição central no conjunto da adaptação. Ao lado dessa alteração, também ponderou que o setor Pr se mostrava mais importante que os setores SC e Or e, por isso, recomendou que fossem atribuídos

escores apenas aos setores A-R e Pr. Em relação aos setores SC e Or, estes adquiriram um caráter mais qualitativo para orientar o clínico na elaboração do diagnóstico.

Avaliados cada setor quanto à qualidade da adaptação predominante nos setores A-R e Pr chega-se a um dos seguintes grupos de diagnóstico adaptativo: Adaptação Eficaz (Grupo 1: tanto A-R quando Pr são adequados), Adaptação Ineficaz Leve (Grupo 2: quando um dos setores encontra-se adequado e o outro pouco adequado), Adaptação Ineficaz Moderada (Grupo 3: quando um dos setores é adequado e o outro pouquíssimo adequado ou quando ambos são pouco adequados), Adaptação Ineficaz Severa (Grupo 4: quando um dos setores é pouco e o outro pouquíssimo adequado) e Adaptação Ineficaz Grave (Grupo 5: quando ambos os setores são pouquíssimo adequados). Quando houver crise, a designação seguirá a classificação principal acompanhada da denominação “em crise”. Observa-se ainda que houve substituição dos números romanos para arábicos para designar os grupos, com intuito de evitar confusão com a classificação da EDAO (Simon 1997; 1998). Desta forma, a EDAO passou a ser designada por Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Redefinida (Simon, 1997; 1998) ou simplesmente EDAO-R (Yoshida, 1999).

Apesar das modificações no processo de ponderação dos escores da EDAO-R, a avaliação continuou sendo realizada por meio de entrevista psicológica, na qual se objetiva abordar os quatro setores da personalidade. A adequação do conjunto de respostas se pauta principalmente em julgamento clínico. Pesquisas voltadas para as qualidades psicométricas de precisão e validade evidenciam que o instrumento possui

um alto grau de acordo entre juízes ($k = 0,78$, para eficácia adaptativa geral; $k = 0,73$ para o setor A-R; e $k = 1$ para o setor Pr) (Yoshida, 1999). Além disso, a EDAO já foi utilizada como critério externo para obter evidências de validade de outros instrumentos, como a *Defense Mechanisms Rating Scales* (DMRSs) (Gatti, 1999), a *Escala Rutgers de Progresso em Psicoterapia* (RPPS) (Enéas, 2003) e a *Escala de Estágio de Mudança* (EEM) (Yoshida, Primi & Pace, 2003).

Desde seu desenvolvimento, na década de 70, a EDAO e posteriormente a EDAO-R têm sido utilizadas por vários profissionais e pesquisadores da área. Pesquisa recente realizada por Santos, Honda, Santeiro e Yoshida (2013) investigou as características formais e qualitativas da produção científica sobre a eficácia adaptativa e a EDAO-R. Verificaram 54 trabalhos produzidos entre os anos de 2002 e 2012, com maior número de publicações entre 2007 e 2011, com predomínio de estudos empíricos. Os autores apontam a importância do uso do conceito em diferentes âmbitos (da saúde, das organizações e da educação) e mostram que a EDAO-R e a teoria da eficácia adaptativa são úteis no psicodiagnóstico e na indicação para tratamentos psicoterápicos. Além disso, sugerem que a produção crescente nos últimos anos demonstra a atualidade e a relevância do construto conferido por diferentes pesquisadores.

A escala tem se mostrado vantajosa para avaliar os recursos adaptativos de diversos grupos de pacientes, como os internados em enfermagem de um hospital geral (Gioia-Martins, Medeiros & Hamzeh, 2009), portadores de HIV (Helena & Santos, 2004; Silva Filho & Souza, 2004; Sawtschenko, 2009), hipertensão (Oliveira, 2001), doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica (Guimarães & Yoshida, 2008), câncer de

mama (Canaverde, 2011; Gandini, 2010; Silva, 2011), entre outros. Em diversas faixas etárias, que vão desde a adolescência até a população idosa (Altman, Yamamoto & Tardivo, 2007; Alves, 2001; Khater, 2014; Martins, 1998; Rocha, 2002; Yoshida, St-Amande, Lépine & Bouchard, 1998). E em diferentes situações, como no esporte (Peixoto, 2012; Peixoto, Honda & Yoshida, 2011), no contexto organizacional (Milaré & Yoshida, 2009; Zago, 2004) e no clínico (Honda & Yoshida, 2012; Simon & Yamamoto, 2008; Younes, Lessa, Yamamoto, Coniaric & Ditzz, 2010).

O estudo de Honda e Yoshida (2012) envolveu análise de processos terapêuticos breves de pacientes de clínica-escola. Nele, verificaram que os com melhor qualidade adaptativa, por ocasião do início da psicoterapia, foram os que alcançaram mudanças mais profundas, relacionadas a modificações em padrões de funcionamento. Younes et al. (2010) estudaram o caso de uma paciente em situação de crise por expectativa de perda. Esta foi submetida a Psicoterapia Breve Operacionalizada (Simon, 2005) e o uso da EDAO-R permitiu ordenar as prioridades da intervenção que receberia, além de identificar as situações em que a paciente experimentava as crises. O atendimento de suas necessidades emergenciais resultou na diminuição de suas crises. Simon e Yamamoto (2008) relatam a psicoterapia de uma jovem senhora que estava em dúvida sobre a intenção de adotar uma criança e que, após algumas entrevistas, foi diagnosticada com Adaptação Ineficaz Moderada em crise (Grupo 3). Assim, como no estudo de Younes et al. (2010), a EDAO-R permitiu a definição do foco da psicoterapia e deste modo, os objetivos do processo englobaram principalmente: conhecimento e compreensão dos motivos inconscientes que a levaram a não desejar outro filho e fortalecimento de seu ego. Depois de 12

sessões de Psicoterapia Breve Operacionalizada a paciente saiu da situação de crise e desistiu da adoção. Esta situação foi considerada mais adequada do ponto de vista adaptativo da paciente e o processo psicoterapêutico foi considerado bem sucedido.

Eficácia Adaptativa e Indicadores Genéricos de Mudança

No contexto clínico, sabe-se que a qualidade dos resultados terapêuticos é fruto de diversos fatores e, por isso, é importante que a EDAO-R seja utilizada em conjunto com outras medidas, para se apreender melhor a mudança nos processos (Yoshida & Enéas, 2013). Tomando como base a teoria da eficácia adaptativa, Honda e Yoshida (2012) mostraram que a mudança terapêutica, entendida como progresso, mantém relação com a possibilidade de responder de forma mais adequada à situação-problema que levou o paciente à psicoterapia. Deste modo, considera-se que os resultados da psicoterapia possuem estreita relação com a evolução da qualidade das respostas adaptativas do paciente, ao problema que o trouxe à psicoterapia.

Há, todavia, que se perguntar, o que o paciente precisa mudar para que seja capaz de responder de forma mais adequada aos problemas que o levaram à psicoterapia? Em outras palavras, o que muda quando se muda em psicoterapia? Dentre as pesquisas que procuraram responder a essa questão, destaca-se aqui a realizada por Krause et al. (2006), na qual analisaram-se processos psicoterápicos, cujos resultados levaram os autores a sugerir que o que muda “é a teoria subjetiva, a narrativa interna, que se constrói progressivamente à medida que vão se reunindo os novos significados que se fazem visíveis ao observador através de indicadores de

mudança descritos” (p. 320). Fundamentando-se nessa proposição, é possível sugerir que a mudança na teoria subjetiva, que se reflete na narrativa do paciente, resulta em uma mudança na qualidade de suas respostas adaptativas. Isto é, na medida em que as consequências das respostas adaptativas do paciente são percebidas por ele como trazendo-lhe prazer e solucionando suas dificuldades, com diminuição ou ausência de conflitos, a tendência é a de que ele ganhe confiança, sinta-se melhor e tenda a responder outras vezes de forma mais adequada. Por outro lado, se as consequências forem percebidas como trazendo-lhe desprazer e/ou conflitos internos e/ou externos, devem aumentar as chances de falta de progresso na terapia, com aumento de chances de abandono do processo. Isso significa que se acredita que o trabalho realizado na psicoterapia, quando bem sucedido, deve levar o paciente a enfrentar de forma mais adequada a situação-problema que o levou ao tratamento, seja envolvendo respostas mais condizentes com os seus valores pessoais ou com os valores sociais, de forma a evitar conflitos, seja encontrando formas mais satisfatórias para si, frente às vicissitudes que deve enfrentar.

Nesse sentido, Honda e Yoshida (2013) sugeriram diferentes formas de pesquisas envolvendo a avaliação conjunta dos indicadores de mudança e da eficácia adaptativa, como comparar a evolução das duas medidas em pacientes submetidos a psicoterapias. Isso poderia ser verificado, por exemplo, em psicoterapias de diferentes pacientes conduzidos por um mesmo terapeuta, através das quais seria possível verificar as diferenças de ritmo e de nível de mudança, uma vez que a experiência clínica mostra que os pacientes apresentam distintas habilidades para enfrentarem seus problemas. A evolução dos indicadores de mudança e da eficácia adaptativa

também pode ser observada em psicoterapias conduzidas por terapeutas de uma mesma abordagem teórica ou de diferentes abordagens de tratamento. Essa possibilidade mostra-se viável, uma vez que as duas formas de avaliação independem de abordagem teórica que orienta a psicoterapia. Além disso, esse tipo de pesquisa também permitiria verificar a influência do terapeuta sobre o progresso e o resultado do processo.

A presente pesquisa, de cunho exploratório, deu início às pesquisas empíricas em que a eficácia adaptativa e os indicadores genéricos de mudança são avaliados em conjunto. Partiu-se da hipótese de que a evolução hierárquica dos indicadores genéricos de mudança é acompanhada pela melhora na qualidade adaptativa das respostas do paciente, especialmente no setor da personalidade relacionado ao foco de uma psicoterapia. Para avaliar empiricamente essa hipótese definiram-se então os seguintes objetivos para a presente pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar de forma qualitativa a associação entre a evolução na hierarquia de Indicadores Genéricos de Mudança e mudanças na qualidade das respostas adaptativas, de uma paciente submetida a um processo de psicoterapia psicodinâmica breve.

Objetivos específicos

1. Identificar e descrever momentos de mudança intra e extrassessões;
2. Identificar e descrever o conteúdo dos momentos de mudança associando-os aos indicadores de mudança teoricamente conceituados;
3. Analisar a evolução hierárquica dos indicadores durante o processo, considerando o nível hierárquico dos indicadores de mudança de cada sessão;
4. Analisar a qualidade das respostas adaptativas relacionadas aos temas envolvidos nos episódios de mudança.

MÉTODO

Fonte de dados

O estudo foi desenvolvido com uma paciente que fez tratamento psicoterápico individual, de base psicodinâmica, em uma clínica-escola de uma cidade de médio porte, do estado de São Paulo. A paciente era uma mulher, de 48 anos, parda, desquitada, com três filhos casados, possuía ensino médio completo. Na ocasião da terapia estava afastada do serviço por doença – era diabética e utilizava medicação antidepressiva. Foi encaminhada à clínica-escola por seu psiquiatra.

Terapeuta

Mulher, doutora em psicologia, branca, 54 anos, com 33 anos de prática clínica.

Aspectos do Processo Terapêutico

A paciente procurou a clínica-escola de psicologia com queixa de insônia e de que se sentia prisioneira de suas obrigações. Há cerca de oito meses vinha cuidando do ex-marido, que teve um derrame, e desde então ela sente que não consegue se distrair e nem viver a própria vida. Acredita que nunca teve tempo para isso. Diante do conflito existente entre o sentimento de dever para com o ex-marido, por se encontrar

incapaz, e o fato de querer viver a vida, o foco do processo terapêutico foi trabalhar as questões relacionais e diminuir o sentimento de culpa e a agressão contra si mesma.

O processo ficou composto de 11 sessões individuais realizadas no ano de 2006. Alguns fatos importantes na história de vida foram averiguados: a paciente era a filha mais velha e desde criança trabalhou muito em casa e cuidou dos irmãos, pois a mãe era doente. Também sofria castigos físicos severos do pai, que era alcoólico. Casou-se grávida aos 18 anos com um homem que era alcoolista desde os 11 anos, porém ela só soube que ele tinha problemas com bebida quando o primeiro filho nasceu. Depois do nascimento do terceiro filho, começou a trabalhar e a ganhar mais que o marido. Houve muitas brigas durante o casamento e os problemas com o álcool foram se tornando cada vez piores. Separou-se do marido mais ou menos em 1996 e ele passou a beber ainda mais.

Em 2004 a paciente mudou-se para a casa da mãe para cuidar dela, que se encontrava doente. No ano seguinte, a mãe veio a falecer e a paciente entrou em depressão severa. Meses depois passou a cuidar o ex-marido que sofreu um derrame. Os três filhos, embora fossem descritos pela paciente como exemplares, não a ajudavam o suficiente no cuidado do ex-marido. A paciente gostava muito das três noras e evitava ter conflito com elas. Antes do início da terapia, reencontrou um vizinho de infância, com quem passou a manter um relacionamento amoroso. Ele vivia com a esposa, porém pretendia se separar para se casar com a paciente. A Tabela 1 traz o resumo dos temas tratados em cada sessão:

Tabela 1. Resumo da psicoterapia

Sessão	Conteúdo abordado
1	Informações sobre a queixa, sobre a infância e condição de vida atual
2	Está com diabetes elevada e por isso pretende se internar em um hospital. A internação também seria uma forma de obrigar os filhos a assumir os cuidados do ex-marido. Nesta sessão sente dores de cabeça súbitas e muito fortes quando relata situações de sofrimento (quando conta sobre os castigos que sofria do pai e quando a terapeuta aponta seu sentimento de autopiedade);
3	Relata que os filhos assumiram os cuidados do ex-marido enquanto a paciente esteve no hospital. Ela acredita que precisa parar de tentar resolver tudo sozinha. Fala sobre o namorado e que os filhos já sabem sobre o relacionamento dos dois. Relembra dos cuidados que dispensou à mãe quando estava doente
4	Fala de como tem se sentindo nervosa e irritada, o que afeta sua diabetes. Relata que está vivendo contrariada e que ela mesma se impõe certas tarefas, mas não consegue fazer diferente. Acredita que os filhos estão reconhecendo sua necessidade de ajuda em relação aos cuidados com o ex-marido. Realizou um almoço/churrasco com família e amigos;
5	alega que durante a semana sentiu um mal estar e o neurologista suspeita de um AVC. Passa a fazer vários exames. Recebe elogio do namorado e dos filhos quanto às mudanças em seu comportamento
6	Refere um problema de visão devido à diabetes e continua realizando exames médicos. Ainda assim se sente feliz, pois foi pedida em casamento e os filhos

aceitaram o compromisso. Tem colocado limites e pedido a eles para ajudar nos cuidados do ex-marido, que já não está tão dependente dela porque tem apresentado melhoras na condição física

7 Demonstra preocupação com os problemas dos filhos e com dinheiro. Aponta algumas melhoras relacionadas ao fato de não se sentir mais tão prisioneira. Relata problemas de sono

8 Conta sobre mal estar que sentiu na noite anterior, que afetou sua pressão arterial e a diabetes. Relata sobre melhora no sono

9 Fala sobre problemas de pressão arterial. Conta sobre um desentendimento com um dos filhos. Namorado marcou data para se separar da mulher e filhos continuam ajudando nos cuidados com o ex-marido

10 Mais uma vez queixa-se de problemas de visão. Faz planos para o casamento, embora se mostre desapontada porque o namorado tinha pensado em morar com ela, mas ele achou melhor esperar para terem condições de irem para uma outra casa. Ex-marido continua progredindo e ficando cada vez mais independente. Relata que os filhos estão ajudando mais e se sente melhor e capaz de retomar a própria vida

11 aponta melhoras por não precisar mais se sacrificar pelos outros e de não se sentir mais presa e sufocada. Relata mudanças de atitudes relacionadas a vários temas abordados durante o processo. Sente-se mais forte para enfrentar a vida

O caso estudado apresentou duas sessões de follow-up, três e nove meses após o término da psicoterapia. O intuito foi verificar se a paciente manteve as mudanças advindas da psicoterapia, no entanto, essas não foram alvo deste estudo. Outras pesquisas também foram realizadas anteriormente com este mesmo processo (Yoshida et al., 2009; Yoshida & Mergenthaler, 2011), porém com objetivos diferentes. Yoshida e Mergenthaler (2011), por meio de um método de análise de texto por computador, o Modelo dos Ciclos Terapêuticos (TCM) (Mergenthaler, 1996) buscaram testar a hipótese de que pacientes que conseguem conectar suas emoções com cognição em suas terapias, provavelmente irão melhorar. No estudo, os autores sugeriram a necessidade de contemplar aspectos qualitativos do processo, para que fosse possível captar a complexidade dos fatores que estão em jogo durante o processo e obter maior aprofundamento das investigações.

O trabalho de Yoshida et al. (2009) avaliou possíveis relações entre mudanças no padrão de relacionamento conflituoso (Core Conflictual Relationships Theme – CCRT, Luborsky, 1984), evidenciado pela paciente, a estratégia terapêutica adotada pela terapeuta (classificada como suportiva ou expressiva), além da magnitude da mudança no funcionamento geral da paciente (medida por meio do *Reliable Change Index* – RCI, Jacobson & Truax, 1991), utilizando medidas de autorrelato no início e no final do processo. Os autores apontaram que houve melhoras significantes nos sintomas apresentados pela paciente e melhora parcial no padrão central de relacionamento. A estratégia terapêutica mais utilizada no início do processo foi a expressiva e na medida em que mudanças positivas eram constatadas, intervenções mais suportivas foram empregadas a fim de favorecer tais melhoras.

Juízes

J1 – Psicólogo, doutorando em Psicologia, membro do grupo de pesquisa *Psicoterapia Breve Psicodinâmica: Avaliação de Mudança e Instrumentos de Medida* da PUC-Campinas

J2 - Psicóloga, doutoranda em Psicologia, membro do grupo de pesquisa *Psicoterapia Breve Psicodinâmica: Avaliação de Mudança e Instrumentos de Medida* da PUC-Campinas.

J3 – Psicóloga, doutora em Psicologia

J4 - Psicóloga, doutora em Psicologia, membro do grupo de pesquisa *Psicoterapia Breve Psicodinâmica: Avaliação de Mudança e Instrumentos de Medida* da PUC-Campinas

J5 – Psicólogo, doutor em Psicologia, membro do grupo de pesquisa *Psicoterapia Breve Psicodinâmica: Avaliação de Mudança e Instrumentos de Medida* da PUC-Campinas.

Instrumentos

- *Indicadores Genéricos de Mudança* – É uma lista desenvolvida por Krause et al. (2006) e Krause et al. (2007) com base na literatura, em que indicadores de mudanças sucessivas podem ser empiricamente observados em sessões psicoterapêuticas. É composta pelos seguintes indicadores, dispostos em ordem hierárquica:

1) Aceitação da existência de um problema (este indicador foi visto no estudo de Krause et al. (2006), quando um paciente com problemas de dependência a drogas afirmou em uma sessão que “vai me dar vontade de consumir” e na sessão seguinte, na qual foi observado o episódio de mudança, afirmou “vivo na luta de consumir... não consumir” (p. 311).

2) Aceitação dos próprios limites e da necessidade de ajuda (por exemplo, relato de paciente submetido a terapia grupal de enfoque integrativo para pessoas dependentes de drogas, quando expressa o seguinte: “sei que quando bebo, vou tomar mais um rapidamente e mais outro. O que acontece é que minha questão é a coca, mas sem perceber, quando você consome a coca, começa a consumir muito álcool”) (Krause et al., 2006);

3) Aceitação do psicoterapeuta como sendo um profissional competente (conforme pode ser verificado por meio da fala de uma paciente submetida a psicoterapia psicodinâmica breve, quando responde à intervenção do terapeuta:

“T: e por outro lado [...] você controlando a situação e ajudando outras pessoas, se preocupando com os pacientes, com sua filha, com seu marido, com sua mãe, para citar algumas pessoas, mas chegar e vir pra cá, em uma situação na qual você é a paciente e ter que voltar a pensar que é possível que eu te entenda, é muito difícil... porque é se colocar em uma posição...que talvez anteriormente tenha te trazido muitas frustrações”

“P: sim, vir pra cá [...] a sensação que fica é diferente das tentativas que eu tive no consultório. Como te explicava na vez passada, tenho me sentido acolhida, é muito diferente porque eu comentava da vez passada que quando eu entrava a

outra pessoa se preocupava mais em ensinar, e eu achava uma falta de respeito e eu falei pra ele isso uma vez. Ou seja é muito diferente. Pode ser que é possível fazer as duas coisas [...] mas tenho sentido que aqui é diferente, não sei, a sensação que sinto é diferente” (Krause et al., 2006, p. 312);

4) Expressão de esperança (“Remoralização” ou expectativa de ser ajudado ou de superar os problemas), que pode ser observado na seguinte frase dita por um paciente submetido a terapia grupal de enfoque integrativo para pessoas adictas: “ (...) é super animador o que o Juan disse, que de agora até março meus desejos de consumo vão diminuir muito mais” (Krause et al., 2006).

5) Questionamento de habituais formas de entendimento, comportamentos e emoções (pode indicar reconhecimentos de problemas anteriormente não vistos, autocrítica ou redefinição das expectativas e objetivos terapêuticos), que pode ser exemplificado pela seguinte fala de uma paciente que depois de considerar o fato de que ela evita se sentir dependente dos outros, conclui: “Sim, é verdade... Eu tenho... eu prefiro fazer as coisas sozinha” (Krause et al., 2014);

6) Expressão da necessidade de mudança, indicador que mais uma vez foi observado em um paciente submetido a terapia grupal de enfoque integrativo para pessoas adictas: “eu levo a metade do tempo em tratamento... ou seja, o que me custa mais uma metade? Pra sair para salir de ló que estaba y recoger ló sembrado, então dá mais vontade de seguir com isso” (Krause et al., 2006).

7) Reconhecimento e/ou responsabilidade na participação dos próprios problemas. Este indicador foi encontrado em uma das psicoterapias do trabalho de

Krause et al. (2006), quando a participante relatou a seguinte frase relacionada à sua atitude com o filho: “possivelmente eu digo a ele que o amo, mas eu não o demonstro”.

8) Descobrimto de novos aspectos de si mesmo. Este indicador esteve presente em uma psicoterapia individual, de abordagem cognitiva, quando paciente respondeu a seguinte intervenção do terapeuta:

“T: parece que você, pensando nisso que me contava, que era precavida, que gostava de cuidar de sua imagem, é como se você se assustasse se se parecesse com seu pai e por isso cuida de sua imagem...Porque também alguém poderia relacionar isso que me dizia, que tentou ser o mais formal possível, se submeter ao que o seu marido fazia, porque pensou que ele gostava e de alguma forma, parece que você gosta da formalidade ou colocando de outra maneira você se assusta com a informalidade”

“P: Pode ser, e eu atribuo isso a ele, talvez eu seja mais formal que ele, não sei, pode ser que sim, pode ser que sim, não havia visto desse ponto de vista” (p. 312-313).

9) Manifestação de novos comportamentos e/ou emoções, indicador observado na terapia usada para treinamento da pesquisadora, quando a paciente, que tinha um negócio familiar, conseguiu dizer ao cunhado que precisava receber salário: “bom, eu levantei essa questão e meu cunhado não queria saber nada, mas no final ele entendeu, então agora eu receberei um salário básico por dois anos”.

10) Aparecimento de sentimentos de competência, visto no relato de uma paciente do estudo de Krause et al. (2006): “para mim, vir aqui todas as semanas é um alívio e a verdade é que eu não sei o que vai acontecer comigo quando eu não vier

mais, mas espero não me sentir tão mal, mas eu acho que eu posso. Sim, eu posso seguir sozinha” (p. 313).

11) Aparecimento de novas conexões entre: aspectos do eu (crenças, comportamentos, emoções), aspectos do eu e do ambiente (pessoas ou eventos), aspectos do eu e elementos da própria história de vida. O exemplo da presença deste indicador pode ser visto no estudo de Krause et al. (2014), que mostra um paciente refletindo o seguinte:

“Sim, eu não tinha visto dessa maneira, o fato de que eu sinto que isso [organizar e colocar as coisas em ordem] me acalma... isso me conforta. E pode ser que lá no fundo, desde a infância eu senti que ela [mãe] não tinha nada organizado, a casa era uma bagunça” (p. 3).

12) Reconceituação dos próprios problemas ou sintomas. Esse mesmo indicador também foi encontrado no trabalho de Krause et al. (2006), quando um paciente com problemas com drogas, buscou ajuda psicoterápica e durante sua 8ª sessão, expressou o seguinte:

“eu percebi na última recaída que a questão das drogas está muito longe de me trazer algo, de voltar ao que todos sentimos antes com a droga, está muito longe disso... que a pessoa continua aí até que morre, mas não consegue alcançar o objetivo de se sentir bem... esse prazer que pode existir por trás do álcool, já não vai mais voltar a ocorrer, nem agora, nem em mais 10 anos, nem nada. Ou seja, uma bebida para você ou para mim (...) tem somente um final, que é a depressão, a angústia, que não vão trazer nunca uma situação de prazer” (p. 313).

13) Transformação de valores e emoções em relação a si mesmo a aos outros (indicador que pode ser observado em uma psicoterapia familiar, quando a paciente referindo-se a situação com seu filho, expressou o seguinte:

“Ele não está nem com o pai e nem com a mãe, então está com outras pessoas e de certa maneira ele está abandonado [...] Sim, está em um lugar que tem muitas pessoas que o amam, mas não está com seus pais” (Krause et al., 2006, p. 314);

14) Formação de novos construtos subjetivos do eu através da interconexão de aspectos pessoais e de aspectos do ambiente, incluindo problemas e sintomas (indicador visto em uma psicoterapia individual, de base cognitiva, quando o paciente relatou o seguinte:

“Isso que estou pensando agora, não tinha pensado antes, porque eu não pensava que tinha a autoestima no chão, fui criticada e eu não gostei das críticas e isso de fato, de alguma maneira deve ter afetada a relação no casamento, [me senti] tão mal porque eu não era a mulher perfeita” (Krause et al., 2006, p. 314).

15) Enraizamento dos constructos subjetivos na própria história de vida, que pode ser visto na terapia de um paciente que oferece uma explicação sobre si mesmo:

“eu acho que eu sou extremo, eu sempre vou para os extremos e talvez eu tenha a lembrança de uma perda dolorosa e eu ajo automaticamente para me defender, saindo de uma situação, resolvendo as coisas por mim mesmo antes de enfrentar uma possível perda [...] porque aconteceu comigo várias vezes em muitos relacionamentos, esperar mais do que a outra pessoa está disposta a dar

[...] então eu finalmente cheguei à conclusão de que eu estou melhor comigo mesmo” (Krause et al., 2014, p. 3).

16) Compreensão autônoma e utilização de contextos de significados psicológicos. O exemplo da presença deste indicador pode ser visto no estudo de Krause et al. (2006), quando questionada sobre quando tomou a decisão de separar-se do marido, a paciente responde:

“fiquei meditando, fiquei pensando, já cansei, cansei de falar, canse de entender, eu acho que agora é meu mundo, ou seja, tenho direito de ter outra vida [...] ter outra qualidade de vida. Creio que agora a questão é me sentir menos culpada, porque ele vai fazer me sentir culpada e isso eu tenho super claro” (p. 314);

17) Reconhecimento da ajuda recebida, como pode ser observado na seguinte fala dita por uma paciente submetida a psicoterapia psicodinâmica:

“eu disse a uma amiga que está tudo muito bem, porque ela conhece um pouco da minha história com ele. E eu disse que as coisas estavam um pouco melhores graças à terapia, porque me ajuda a abrir mais a mente e essa é a verdade: que de repente de você se fecha muito e não vê mais nada” (terapia usada para treinamento da pesquisadora)

18) Diminuição da assimetria entre paciente e psicoterapeuta, vista no estudo de Krause et al. (2006), quando paciente relatou:

“P: bom, todas as coisas que tem que terminar devemos fazer luto. Então agora vou precisar de outro terapeuta para elaborar esse luto”

“T: é algo para se avaliar, não é?”

“P: mas eu acho que sou capaz, sei que sou capaz” (p. 314-315)

19) Construção da própria história de vida fundamentada em teorias subjetivas do eu e na relação com o ambiente (este indicador é mais facilmente encontrado em estudos em que há um acompanhamento do paciente depois do término da psicoterapia, uma vez que a construção de uma teoria subjetiva é um processo que se dá ao longo do tempo) (Krause et al., 2006, p. 310-311).

Esse instrumento é empregado para avaliação de mudança de processos psicoterapêuticos, a partir da análise de sessões transcritas de áudio e vídeo. Depende de treino prévio dos avaliadores, que devem identificar momentos de mudança seguindo quatro critérios: 1) Correspondência teórica: a mudança deve vislumbrar o conteúdo de um indicador genérico de mudança; 2) Verificabilidade: a mudança pode ser observada dentro da sessão e se for uma mudança extrassessão, a mesma é mencionada explicitamente durante a psicoterapia; 3) Novidade: o conteúdo de mudança deve ser manifestado pela primeira vez; 4) Consistência: a mudança é consistente com uma comunicação não verbal, que pode ser observada em gravações de vídeo, e posteriormente não é negada em sessão, ao longo da psicoterapia. Com base nesses quatro critérios e na hierarquia dos Indicadores Genéricos de Mudança, o avaliador, devidamente treinado, deve identificar e especificar todos os momentos e episódios de mudança. Uma vez identificados, registra-se em uma planilha o tempo onde se inicia e termina cada episódio e momento de mudança, o turno de palavras onde se inicia e termina cada episódio e momento de mudança (para que seja possível verificar na transcrição da sessão), bem como o indicador associado a cada um deles e se a mudança ocorre dentro ou fora da sessão de psicoterapia.

- *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R)* (Simon, 1997) – Avalia a qualidade da eficácia adaptativa por meio de entrevista clínica ou análise retrospectiva. As respostas do indivíduo frente às vicissitudes da vida podem ser classificadas como: adequadas, pouco adequadas ou pouquíssimo adequadas, em função do grau em que resolvam o problema, tragam satisfação e evitem conflito interno ou externo. As respostas são apreciadas segundo quatro setores do funcionamento da personalidade: afetivo-relacional (A-R), produtividade (Pr), sociocultural (SC) e orgânico (Or). A avaliação é feita apenas de forma qualitativa, sem atribuição de escores nos setores SC e Or, enquanto nos setores A-R e Pr são realizadas avaliações quantitativa e qualitativa. Ao setor A-R atribui-se para adaptação adequada o escore 3; para pouco adequada o escore 2; e 1 para pouquíssimo adequada. Em relação ao setor Pr, as pontuações são respectivamente: 2; 1; e 0,5. Há cinco grupos de diagnóstico adaptativo possíveis: adaptação eficaz (Grupo 1), adaptação ineficaz leve (Grupo 2), adaptação ineficaz moderada (Grupo 3), adaptação ineficaz severa (Grupo 4) e adaptação ineficaz grave (Grupo 5) (Simon, 1997). Pesquisas voltadas para as qualidades psicométricas de precisão e validade evidenciam que o instrumento possui um alto grau de acordo entre juízes ($k= 0,78$ para a escala total; $k= 0,78$ para o setor A-R; e $k=1$ para o setor Pr), além de oferecer critérios confiáveis para a indicação e contra indicação de pacientes para psicoterapias breves (Yoshida, 1999).

Procedimento

A avaliação e a observação dos Indicadores Genéricos de Mudança e da qualidade da eficácia adaptativa foram realizadas de forma retrospectiva, por meio da análise das sessões transcritas de áudio e vídeo, de um processo de psicoterapia psicodinâmica breve. A participante foi selecionada dentre quatro psicoterapias realizadas para um projeto de pesquisa guarda-chuva (Yoshida, 2008), que teve como objetivo avaliar aspectos do processo de mudança de pacientes submetidos a psicoterapias breves de orientação psicodinâmica, conduzidas por psicoterapeutas experientes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Protocolo 353/04). Nesse primeiro estudo, todas as pacientes participaram voluntariamente e forneceram Consentimento Livre e Esclarecido. Para a presente pesquisa, novo projeto foi submetido e aprovado Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (número do parecer: 177.948/2012) (Anexo A). A paciente, cujo processo foi analisado, concedeu nova autorização e por isso, assinou novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Primeiramente, as transcrições do processo psicoterápico foram analisadas por dois juízes independentes para avaliação da configuração adaptativa no início e final do processo (J1 e J2). Foram analisadas a 1ª e 2ª sessões (correspondentes à fase inicial) e a 10ª e 11ª sessões (correspondentes à fase final). Pediu-se aos juízes para que, de acordo com os critérios da EDAO-R, classificassem a qualidade das respostas adaptativas da paciente em *adequadas*, *pouco adequadas* ou *pouquíssimo adequadas*,

atribuindo os escores correspondentes, em função do setor da personalidade a que correspondia o tema em discussão: A-R ou Pr. Houve 100% de acordo na avaliação entre os dois juízes.

A segunda etapa foi cumprida junto ao grupo de pesquisa no Chile, momento em que a pesquisadora familiarizou-se com a forma de avaliação dos Indicadores Genéricos de Mudança (e que será descrito na seção Plano de Análise dos Dados). Nos últimos dois meses em que estive na Puc-Chile, foi realizada uma avaliação consensual entre a pesquisadora e um membro do grupo do Chile. Para tanto, a pesquisadora assistiu ao vídeo do processo psicoterápico completo da paciente brasileira e identificou possíveis episódios de mudança. Depois, os traduziu para o espanhol, a fim de que o juiz chileno pudesse compreender o que estava se passando nos episódios selecionados. Assim, o juiz chileno assistia a parte do vídeo que continha determinado episódio, acompanhando a tradução da transcrição e avaliava se o episódio continha os critérios de correspondência teórica, verificabilidade, novidade e consistência. Dos 18 episódios pré-selecionados pela pesquisadora, houve acordo em 14 deles. Os que não obtiveram acordo foram excluídos, para manter maior rigor metodológico.

De volta ao Brasil e de posse da localização dos episódios de mudança, os trechos correspondentes aos episódios foram avaliados por outros dois juízes independentes (J3 e J4) e cegos quanto aos objetivos da pesquisa. Avaliaram a qualidade das respostas adaptativas correspondente ao conteúdo tratado em cada episódio identificado (em um total de 14 fragmentos de sessões). Pediu-se aos juízes para que, de acordo com os critérios da EDAO-R, avaliassem a qualidade das

respostas adaptativas da paciente em *adequadas*, *pouco adequadas* ou *pouquíssimo adequadas*, em função do grau em que resolviam o problema, traziam satisfação e evitavam conflito interno ou externo, além de identificarem o setor de cada fragmento (se envolvia o setor A-R ou Pr). Para aumentar o rigor metodológico, os episódios de mudança foram passados aos juízes em ordem não cronológica, de forma que não soubessem a que etapa do processo em que cada um ocorreu. Quando não houve acordo entre eles, um terceiro juiz (J5) foi consultado.

PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Tratou-se de pesquisa exploratória que utilizou o delineamento de estudo de Caso Intensivo (Eells, 2007), que consiste na análise empírica dos dados coletados e registrados em vídeo, assim como das transcrições das sessões de psicoterapia. Essa análise consistiu de procedimentos bem definidos, a saber:

1) Avaliação dos episódios de mudança: Cada sessão foi examinada por dois juízes independentes, devidamente treinados e familiarizados com o conceito. Os momentos de mudança foram identificados pela presença dos Indicadores Genéricos de Mudança, pelo caráter de novidade (qualidade da mudança), pela possibilidade de ser observado durante as sessões e pela coerência entre comunicação não verbal e a narrativa do paciente.

2) Avaliação da eficácia adaptativa: Foi realizada com base nos critérios operacionais da escala (EDAO-R). Para tanto, as sessões de psicoterapia foram analisadas por dois juízes cegos quanto aos objetivos da pesquisa, devidamente treinados. Um terceiro juiz foi consultado quando não houve acordo entre os dois juízes.

Treino da pesquisadora na avaliação dos Indicadores Genéricos de Mudança (IGM)

Para se familiarizar com os procedimentos de avaliação dos IGM, a pesquisadora realizou estágio na Pontifícia Universidad Católica de Chile (bolsa Capes de doutorado sanduiche), sob orientação do Dr. Guillermo de la Parra e da Dra.

Mariane Krause. Durante os primeiros seis meses de estágio, participou de dois grupos para o treinamento da avaliação dos episódios e momentos de mudança. Um deles era composto por três juízes com comprovada experiência no assunto e mais dois aprendizes, além da pesquisadora. E o outro foi composto por um juiz e mais um aprendiz, além da pesquisadora. Ambos os grupos eram liderados e supervisionados pela professora Dra. Mariane Krause.

Foram realizadas, em média, três reuniões semanais durante este período, totalizando aproximadamente 112 horas de treinamento, que consistiu na leitura das transcrições das sessões e na visualização de vídeos de psicoterapias conduzidas no Chile. No momento em que o vídeo era visto, tentava-se identificar os momentos intra e extrassessões, de acordo com os critérios de correspondência teórica, verificabilidade, novidade e consistência (critérios definidos abaixo, no item Instrumentos). O próximo passo era a localização dos episódios de mudança (do qual fazem parte os momentos de mudança). Para tanto, era rastreado durante a sessão, o começo da interação terapêutica que se referia ao conteúdo de mudança, a fim de delimitar o início do episódio de mudança, que terminava com o momento de mudança (indicador de mudança).

Na fase de treino, a pesquisadora acompanhou dois processos completos de psicoterapia, com 15 e 22 sessões, respectivamente. O treinamento do primeiro processo foi realizado até a nona sessão. Nas sessões seguintes, a pesquisadora também atuou como juiz junto aos outros investigadores do grupo. Ambas as pacientes eram chilenas, com sintomas depressivos. Um terceiro processo, com quatro sessões, foi avaliado ao vivo, por trás de espelho, e por meio da análise de vídeos. A paciente,

em questão, abandonou a psicoterapia na 5ª sessão, impossibilitando a conclusão do processo.

Uma vez obtidas as avaliações dos Indicadores Genéricos de Mudança, segundo seu nível hierárquico, e da qualidade da eficácia adaptativa dos episódios de mudança correspondentes, foi realizada uma análise qualitativa, baseada em raciocínio clínico, para tentar explicar o que mudou e se esta mudança poderia estar relacionada à melhora na eficácia adaptativa da paciente. Dado o caráter intensivo da investigação e para não tornar repetitivo o conteúdo das análises, decidiu-se apresentar simultaneamente os Resultados e a Discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo, de caráter exploratório, teve como objetivo verificar se houve associação entre a evolução dos Indicadores Genéricos de Mudança ao longo das sessões e mudanças na qualidade das respostas adaptativas, de um processo de psicoterapia breve, de 11 sessões, conduzido por terapeuta experiente. Para tanto, foi utilizada a Lista de Indicadores Genéricos de Mudança em Psicoterapia (Krause et al., 2006) para averiguar a presença dos Indicadores Genéricos de Mudança e a EDAO-R (Simon, 1997) para avaliação da Eficácia Adaptativa. Para fins de análise dos dados, foram primeiramente verificadas as mudanças na eficácia adaptativa da paciente, a seguir os conteúdos dos episódios de mudança e, finalmente, as duas medidas associadas.

A Tabela 2 mostra a avaliação da configuração adaptativa nas fases inicial e final do processo. De acordo com a EDAO-R, houve evolução nos dois setores avaliados (Afetivo-Relacional e Produtividade). No início da terapia, a adaptação no setor A-R foi considerada pouquíssimo adequada. O principal conflito observado relacionava-se aos cuidados que a paciente despendia ao ex-marido, pois durante as primeiras sessões expressou várias vezes o quanto gostaria de viver a própria vida e sair aos finais de semana, mas se sentia presa. Sentia que não poderia se distanciar porque achava que "tinha que cuidar do pai de seus filhos". A ausência de gratificação era notada pela revolta que sentia por querer viver sua vida e não conseguir. A paciente explicou que preferia não pedir ajuda porque se o fizesse sentiria que estaria atrapalhando a vida dos filhos e das noras. Ela preferia prejudicar-se para não entrar

em atrito com ninguém. Esta maneira de funcionar era devida à rigidez de seus valores e de obrigações que ela mesma se impunha, pela necessidade de ser amada e reconhecida pelo que fazia.

Tabela 2. Avaliação da EDAO-R nas fases inicial e final do processo terapêutico.

SETOR	INICIAL		FINAL	
ADAPTATIVO				
	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 10	Sessão 11
A-R*	Pouq. Adequado*	Pouq. Adequado	Adequado	Adequado
Pr*	Pouq. Adequado	Pouq. Adequado	Pouco Adequado	Pouco Adequado

*A-R= Afetivo-Relacional

*Pr= Produtividade

*Pouq. Adequado= Pouquíssimo Adequado

No final da terapia, o setor A-R foi avaliado como adequado, pois a paciente passou a delegar aos filhos algumas tarefas para cuidarem do pai, principalmente em relação ao banho. Além disso, como ela possuía problemas de coluna, havia momentos em que essa função era muito difícil de ser realizada. Observa-se, no entanto, que nas últimas sessões ela começou a mostrar suas limitações nesse sentido, como pode ser observado na seguinte frase dita a um dos filhos: “ah não, eu não posso viver me contrariando, filho, quando eu estou boa eu dou banho, mas quando eu não estou boa, não. Eu tenho problema na coluna”. Os filhos passaram a assumir mais as atividades relacionadas ao ex-marido, o que acabou influenciando na melhora do relacionamento dela com os filhos e com as noras, e ela passou a se sentir mais liberta e poder usufruir de coisas prazerosas da vida. Além disso, a paciente

sentiu que não necessitava cobrar reconhecimento pelo que fazia e ainda alegou que “não vou me contrariar, vivia me contrariando para agradar todo mundo”. Por essas razões, as respostas que a paciente passou a apresentar nesse setor trouxeram satisfação a ela e não lhe causavam mais os conflitos até então sofridos.

Cabe pontuar que a paciente chegou com algumas características que podem ter influenciado o processo de mudança dela nesse setor. A consciência da existência de um problema e da necessidade de ajuda são fatores que podem indicar o grau de motivação da paciente para fazer face às suas dificuldades e o desejo de superá-las (Prochaska, 1995). É possível perceber, nas transcrições e nos vídeos, das primeiras sessões que ela realmente admitia que possuía um problema (ainda que tinha sido encaminhada pelo médico psiquiatra, resolveu procurar ajuda por se sentir prisioneira de si mesma e isso a estava consumindo).

No que se refere aos critérios para se considerar a presença de um indicador genérico de mudança, é preciso observar que eles são avaliados se forem frutos do trabalho realizado dentro do processo terapêutico. Como no início do processo a paciente já admitia que não conseguia lidar sozinha com a situação, considerou-se que ela já reconhecia a necessidade de auxílio e aceitava a ajuda terapêutica, independentemente de quem o promoveria. Por isso, embora esses sinais apareçam na Lista de Indicadores Genéricos de Mudança, não foram apreciados na análise do presente estudo (Krause & Dagnino, 2006). Se esses indicadores não estivessem presentes no começo do tratamento, a terapeuta deveria ocupar-se com intervenções que visassem o reconhecimento dos problemas e do quanto estes estavam interferindo na saúde física e mental da paciente (Prochaska, 1995).

Além da presença desses fatores, a paciente apresentou nas primeiras sessões expectativas positivas em relação ao tratamento, com sentimentos de esperança de que com a terapia, ela não iria fazer mais nada contrariada em sua vida. Como referido na introdução, expectativa positiva pode ser um importante elemento na psicoterapia (Wampold e Weinberger (2010). Além disso, a disposição da paciente como agente da própria mudança fez com que ela se responsabilizasse por seu processo, o que pode ter influenciado a terapeuta a incentivá-la a progredir, como pode ser visto na seguinte fala dito por ela, na terceira sessão: “(...) a mudança tem que ser conquistada, quer dizer você já identificou qual é o problema, já identificou o problema, agora você tem que ir atrás da mudança”. Esses dados corroboram a observação de vários autores, de que o envolvimento ativo do paciente, durante o processo, costuma estar associado a um melhor prognóstico (Honda & Yoshida, 2012; Wollburg & Braukhaus, 2010). Ressalta-se que o envolvimento ativo pode ser atribuído à motivação para a mudança, nos termos de Barth et al. (1988).

Todos esses aspectos levavam a crer que a paciente estava disposta a enfrentar suas questões relacionais, ainda que apresentasse adaptação pouquíssimo adequada no setor A-R. Outras características foram se desenvolvendo e se fortalecendo ao longo do tratamento, como um movimento de abertura para ser mais flexível consigo mesma e o fato de aplicar no dia a dia o que aprendeu durante as sessões de terapia. Para que tais aspectos pudessem evoluir, observou-se na paciente um envolvimento, dedicação, colaboração e persistência no tratamento.

Honda e Yoshida (2012) apontam que quando o paciente não recebe apoio do meio em que vive, o progresso alcançado por ele pode ser reduzido. Nesse sentido, foi

possível perceber que o ambiente e as pessoas com as quais a paciente convivia puderam suportar as mudanças que ela apresentou e este fato também pode ter contribuído para o progresso do setor A-R. Ademais, a relação estabelecida com a terapeuta também pode ter contribuído para essa melhora, dado que em vários momentos a paciente afirmou que estava pondo em prática o que ambas conversavam e que os atendimentos estavam fazendo muito bem a ela. A paciente assegurou ainda que, graças à terapeuta, estava encarando muita coisa e que saía das sessões sentindo-se outra pessoa. Esses achados corroboram os dados da literatura, em que vários estudos apontam que a boa relação terapêutica pode desempenhar um importante papel nos resultados da psicoterapia (Binder et al., 2009; Goldfried, 2013; Hendriksen et al., 2014; Krause et al., 2011; Serralta, 2010).

No início do tratamento, a adaptação no setor Pr também foi considerada pouquíssimo adequada. A paciente trabalhava como assistente de cobrança em uma empresa e no momento da terapia estava afastada do emprego por doença. Realizava perícias regularmente para ser avaliada quanto à possibilidade de voltar ao serviço e apesar disso, logo nas primeiras sessões, relatou que não queria voltar a trabalhar, pois estava fazendo seu serviço contrariada. Andava muito nervosa e apresentava dificuldades para dormir, com “crise de nervo” (sic). Para ela, o ambiente de trabalho era hostil e recebia pouco reconhecimento de seus superiores que abertamente a discriminavam pela sua cor (mulata). Todos esses sinais sugerem a ausência de gratificação no emprego e a presença de conflito (possibilidade de voltar a trabalhar após passar por nova perícia e desejo de não querer trabalhar).

No final dos atendimentos, o setor Pr apresentou pequena evolução (foi avaliado como pouco adequado). Desta vez, a paciente relatou que sentia vontade de voltar a trabalhar em outro ambiente e tinha novas perspectivas nesse setor. Se precisasse retornar ao serviço após a perícia, ela havia considerado a possibilidade de pedir demissão e procurar por novo emprego. Ainda não se encontrava satisfeita com sua condição atual, pois o fato dessa pendência ainda não estar resolvida, trazia muitas preocupações a ela.

Ressalta-se que o foco da terapia foi trabalhar as questões relacionais (A-R) e, portanto, maiores mudanças eram esperadas nesse setor. No entanto, a resolução de conflitos nessa esfera específica da vida da paciente provavelmente trouxe benefícios em outras áreas, como no setor Or (a paciente ao final da terapia relatou que estava dormindo melhor e também passou a aplicar insulina em si própria – o que nunca havia feito em 10 anos). Esses dados corroboram a sugestão de Yoshida e Enéas (2013), de acordo com as quais, mudanças efetivas em um dado setor podem se estender para outras áreas, num efeito cascata, que vão além do foco da terapia.

Quanto à identificação dos indicadores de mudança (Krause et al., 2006), foram encontrados 14 episódios de mudança intra ou extrassessão, distribuídos em 11 sessões da terapia (os indicadores de número 5 “Descongelamento ou questionamento de formas de entendimento, comportamentos e emoções habituais”, de número 7 “Reconhecimento da própria participação nos problemas”, de número 8 “Descobrimiento de novos aspectos de si mesmo” e de número 10 “Aparecimento de sentimentos de competência” apareceram uma única vez. Os indicadores 12 “Reconceituação dos próprios problemas e/ou sintomas” e 17 “Reconhecimento da ajuda recebida” foram

encontrados duas vezes e o indicador número 9 “Manifestação de um novo comportamento e/ou emoções” apareceu seis vezes.

De acordo com os instrumentos utilizados, a sessão nove foi a única em que nenhum episódio de mudança foi localizado. Observa-se que houve evolução, desde a primeira até a última sessão (Figura 1). É possível perceber que as sessões iniciais abarcam indicadores de menor hierarquia (indicadores 5: Descongelamento ou questionamento de formas de entendimento, comportamentos e emoções habituais; 7: Reconhecimento da própria participação nos problemas; e 8: Descobrimto de novos aspectos de si mesmo), enquanto que as sessões finais englobam indicadores de maior hierarquia (indicador 12: Reconcituação dos próprios problemas e/ou sintomas; e 17: Reconhecimento da ajuda recebida). Isso indica que este estudo reforça os achados de Krause et al. (2006), em que as mudanças que ocorrem ao final da terapia dependem de mudanças anteriores, que aparecem no começo do processo.

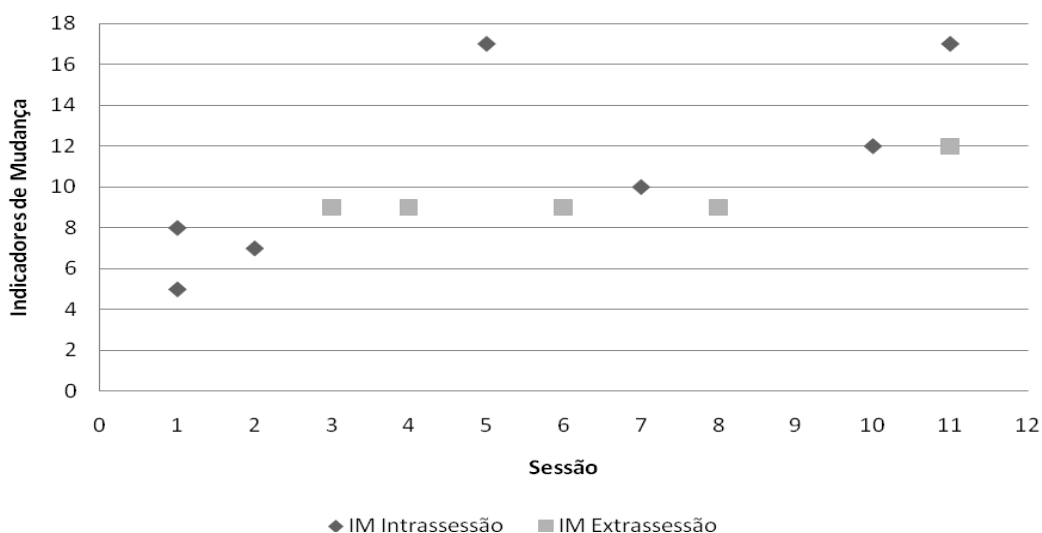


Figura 1. Evolução dos indicadores de mudança ao longo das sessões de psicoterapia

A Tabela 3 apresenta os episódios de mudança e os indicadores de cada um deles, bem como a avaliação da eficácia adaptativa dentro dos episódios de mudança. O primeiro episódio de mudança, que aparece na sessão 1, está relacionado ao indicador 5 (descongelamento ou questionamento de formas de entendimento, comportamentos e emoções habituais). O conteúdo tratado referia-se ao fato de a paciente atribuir seu sofrimento à sua religião, como uma forma de pagar algum pecado cometido anteriormente. Ela não conseguia encontrar explicações que justificassem tanta angústia nos cuidados com o ex-marido. A terapeuta, contudo, aponta que o sofrimento poderia estar fundamentado nas escolhas que ela vinha fazendo no momento, pois a paciente havia relatado claramente que preferia se prejudicar ao invés de pedir ajuda aos filhos. A linguagem verbal e não verbal da paciente indicam que ela aceitou a intervenção da terapeuta, portanto, o descongelamento de habituais formas de entendimento indica que ela teria aceitado que o sofrimento não decorria de carma ou pecado, mas sim do posicionamento e de sua atitude em relação aos cuidados que dispensava ao ex-marido. Importante pontuar que a presença desse indicador diz respeito a uma resignificação do que a pessoa acredita até então e não a uma explicação acerca do assunto. Significa que passa a existir uma dúvida acerca do que a pessoa assumia como verdade, correto ou imutável. Ela passa a perceber algo diferente que antes não percebia, em outras palavras, ela passa a associar a situação a outro contexto de significado diferente do que vinha aceitando até o presente (Krause, 2005). É esse processo, que aqui se inicia, que

Krause et al. (2006) denominam de "transformações da representação de si mesmo e das relações com o ambiente" (p. 318).

A presença do indicador de nº 5 também foi encontrado no estudo de Krause et al. (2006), na 9ª sessão de uma mãe, que depois de ter narrado que seu filho de 13 anos tinha vivido há vários anos com outros familiares e não com ela, expressa: "talvez ele se sentia abandonado e ele, não sei, manifestava isso dessa forma, dessa forma tão agressiva" (p. 312). Krause (2005) também aponta a presença desse indicador na fase inicial da terapia de um homem que interpretava como sendo de origem biológica os seus sintomas de sensação de angústia e de crise de pânico. Depois de algumas intervenções do terapeuta, ele passa por um processo interno de resignificação, como pode ser visto na seguinte fala: "Bom, até que depois começou – e isso ainda me passa às vezes – me dava medo de ficar sozinho com meu filho, um medo de que algo pudesse acontecer a ele. E claro, com outras crianças que brincam, que sobem, sei lá eu (...) não sei, de alguma maneira era diferente (...) Então eu realmente me perguntei se isso não era normal. Porque eu acho que qualquer criança faz isso e eu não posso ficar cuidando permanentemente dele, correndo atrás dele (...) eu me perguntei se isso realmente poderia ser considerado normal" (p. 200).

Em relação à configuração adaptativa desse primeiro episódio de mudança, observa-se que a avaliação referiu-se muito mais à forma como ela vinha se colocando perante os cuidados com o ex-marido, do que sobre o momento de mudança propriamente dito. A resposta pouquíssimo adequada se justifica porque a paciente não sentia nenhuma gratificação. Pelo contrário, havia presença de muita angústia diante da situação, que pode ser expressa na seguinte frase dita por ela: "não encontro

explicações que justifiquem tanto sofrimento”. Além disso, havia a existência de conflitos internos (cuidava do ex-marido porque sentia pena dele e porque não queria atrapalhar a vida dos filhos e das noras, no entanto sentia-se prejudicada e gostaria de estar livre da situação).

No segundo episódio de mudança da 1ª sessão a paciente conta que mesmo estando grávida, sua vontade era não ter casado. No entanto, como seu pai havia falecido há cerca de um ano, sua mãe sofria, chorava e se culpava pelo fato da filha estar grávida e dizia que gostaria que ela se casasse. A terapeuta pontuou que já naquele tempo, entre a paciente sofrer e a mãe sofrer, a escolha foi de que a mãe não sofresse. A paciente pareceu hesitar em admitir, mas acabou aceitando a ideia, o que se constitui num indicador de mudança, como é possível observar no seguinte trecho:

“T: quer dizer, você acha que você sempre age assim? Se tem uma pessoa que tem que sofrer, ou eu ou você, então você vai dizer “então eu soffro”?”

P: é, não sei, acho que isso tá em mim.

T: é, com sua mãe você fez isso.

P: verdade, eu não queria que minha mãe chorasse.”

Percebe-se nesse episódio a presença do indicador nº 8 (Descobrimto de novos aspectos de si mesmo), que constitui um nível um pouco mais aprofundado do que apenas resignificar o que a paciente admitia até o momento. Enquanto o indicador 5 estava relacionado ao fato de que o sofrimento não era decorrente de pecado, mas de escolhas que ela estava fazendo, o indicador 8 sinaliza que a paciente percebeu um

novo ponto de vista acerca dessa situação, ou seja, ela passou a compreender que desde quando era nova, sempre fez esse tipo de escolha (prejudicar-se para que o outro não sofra).

Neste episódio, não há satisfação na resposta da paciente frente ao casamento (uma vez que ela não se sentia feliz com essa possibilidade), ainda que ela procurasse evitar conflito com sua mãe. A ausência de conflito se justifica porque a paciente apresentava naquele momento de sua vida um padrão de funcionamento em que seu bem estar era pautado no bem estar do outro (inexistência de sofrimento ao outro). Por isso a eficácia adaptativa, nesse caso, foi avaliada como pouco adequada.

Algumas variáveis podem ter contribuído para que a mudança ocorresse em ambos os episódios, apesar da qualidade pouquíssimo adequada da eficácia adaptativa. Um deles diz respeito às intervenções que a terapeuta empregou, como a confrontação e a clarificação (o primeiro visa chamar a atenção da paciente para algo que ela reluta em aceitar ou que ela minimiza e o segundo envolve reformular as falas da paciente com intuito de evidenciar conteúdos significativos que foram ditos por ela) (Fiorini, 2004; Yoshida et al., 1997). Além disso, o fato de a paciente estar envolvida e comprometida com o tratamento desde o início, responsabilizando-se por seu processo terapêutico, podem ter contribuído para que ela aceitasse a postura mais expressiva da terapeuta diante dos assuntos tratados.

Tabela 3. Avaliação dos Episódios de Mudança e da EDAO-R ao longo do processo terapêutico.

Episódio de Mudança	Sessão	Indicador	Mudança Intra ou Extrassessão	Avaliação EDAO-R	Resumo do Conteúdo do Episódio
1	1	5 (Descongelamento ou questionamento de formas de entendimento, comportamentos e emoções habituais)	Intra	Pouq. Adequado	Acredita que seu sofrimento é explicado pela religião. Depois passa a perceber que ele decorre das escolhas que faz atualmente
2	1	8 (Descobrimto de novos aspectos de si mesmo)	Intra	Pouco Adequado	Percebe que desde criança faz escolhas em que ela se prejudica para os outros não sofrerem
3	2	7 (Reconhecimento da própria participação nos problemas)	Intra	Pouq. Adequado	Reconhece que seu sofrimento ocorre porque não delega tarefas e não pede ajuda
4	3	9 (Manifestação de um novo comportamento)	Extra	Adequado	Resolveu contar aos filhos que iria ser internada, quando antes estava convicta que não iria comunicá-los
5	3	9 (Manifestação de um novo comportamento)	Extra	Adequado	Conseguiu dizer ao irmão para ele resolver as dificuldades dele, pois ela também tinha problemas
6	4	9 (Manifestação de um novo comportamento)	Extra	Adequado	Conta que fez um churrasco em sua casa, coisa que sempre quis fazer, desde a época em que a mãe esteve doente
7	5	17 (Reconhecimento da ajuda)	Intra	Adequado	Expressa a ajuda que vem recebendo na terapia

		recebida)			e o quanto o processo a tem beneficiado
8	6	9 (Manifestação de um novo comportamento)	Extra	Sem acordo	Delega a um dos filhos a tarefa de dar banho no ex-marido
9	6	9 (Manifestação de um novo comportamento)	Extra	Pouco adequado	Relata a necessidade de adaptar a entrada da casa de um dos filhos, para as pessoas que não conseguem subir escada e aponta que antes ficaria quieta diante desse desejo
10	7	10 (Aparição de sentimentos de competência)	Intra	Adequado	Diz que se sente com maior capacidade de resolver os problemas e que está conseguindo se soltar mais
11	8	9 (Manifestação de um novo comportamento)	Extra	Adequado	Por sugestão da terapeuta passou a não ocupar tanto a cabeça na hora de dormir e, por isso, aponta que a qualidade do sono melhorou
12	10	12 (Reconceituação dos próprios problemas e/ou sintomas)	Intra	Adequado	Paciente passou a perceber que não necessita mais reconhecimento pelo que fazia pelos outros
13	11	12 (Reconceituação dos próprios problemas e/ou sintomas)	Extra	Adequado	Conta que os filhos assumiram parte da responsabilidade nos cuidados do ex-marido
14	11	17 (Reconhecimento da ajuda recebida)	Intra	Adequado	Relembra como estava quando começou a terapia e acredita que está restabelecida

O terceiro episódio de mudança aparece na 2ª sessão e diz respeito ao Reconhecimento da própria participação nos problemas (indicador nº 7). Durante esse episódio de mudança, paciente e terapeuta estavam conversando sobre o conflito instalado entre a realidade e o valor moral, ou seja, entre o fato de ela querer viver a própria vida e a obrigação que ela sentia em cuidar do ex-marido, o que estava trazendo consequências para sua saúde física (estava mais nervosa, não conseguia dormir e a diabetes estava elevada). Uma opção que ela encontrou para se livrar dessa situação foi pedir ao médico que a internasse para tratar da diabetes. A paciente estava convicta de que não avisaria os filhos sobre esse acontecimento e deste modo o pedido de internação tinha como pano de fundo obrigá-los a assumirem os cuidados do pai. Diante deste quadro, a terapeuta questionou se não haveria outras alternativas para dizer que chegou no próprio limite. Foi nesse momento que a paciente aceitou que não era impossível pedir para algum filho ficar com o pai durante um tempo, mas que ela não o faz porque “eu puxo tudo pra mim, a culpa é minha, eu reconheço” (sic). Este dado mostra a disposição para perceberem que os problemas que vinham enfrentando tinham origem nas próprias dificuldades.

A resposta dada pela paciente nesse contexto (usar o fato de se internar como uma forma de fazer com que os filhos se encarreguem dos cuidados do pai) é pouquíssimo adequada, visto que traz insatisfação (ela não se sente bem em hospital, o que é representado pela seguinte fala dela: “eu odeio hospital” e também por “eu sou como uma passarinho, eu presa não sou eu”). Apesar de não causar conflito externo, acarreta em conflito interno, pois no fundo sentia-se sobrecarregada e não conseguia recusar-se ou pedir ajuda explícita a outras pessoas. Mais uma vez, as intervenções da

terapeuta parecem ter contribuído para que ocorresse uma mudança. Esse episódio contou com confrontações e assinalamentos [esse último é usado para mostrar relações entre dados ou fatos não relacionados explicitamente pelo paciente, com intuito de chamar atenção para componentes importantes que poderiam passar despercebidos, (Fiorini, 2004)]. Essas intervenções de natureza expressiva (Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1988) aumentaram o nível de angústia da paciente diante da situação de ter que se internar e ajudaram a perceber o que estava por traz da hospitalização (dificuldade de pedir ajuda direta aos filhos). Nesta direção, ela pôde identificar que ela mesma era responsável pelo sofrimento que vinha sentindo diante dessa situação.

Na 3ª sessão foram localizados dois episódios de mudança extrassessão e embora correspondam ao mesmo indicador (manifestação de um novo comportamento), compreendem condutas distintas. Um dos temas tratados na sessão anterior (a certeza da paciente em não revelar para os filhos sobre sua internação) foi foco do primeiro episódio. O novo comportamento esteve relacionado ao fato de ela contar a eles sobre a hospitalização, para que pudessem se organizar com os cuidados do pai. A paciente atribuiu essa mudança à conversa que teve com a terapeuta na última sessão. Logo após o momento de mudança, ela afirmou que se achava uma pessoa muito fechada e como pôde discutir com a terapeuta sobre sua dificuldade em pedir ajuda de forma explícita, começou a pensar de outra forma e tentou colocar a nova ideia em ação. A resposta dada nesse episódio de mudança foi considerada adequada, haja vista que trouxe satisfação à paciente, que se sentiu mais aliviada por ter sido capaz de incumbir as tarefas aos filhos e não houve conflito interno e nem

externo. Pelo contrário, os filhos notaram que o serviço não era fácil e compreenderam a necessidade de se organizarem para ajudar nos cuidados do pai.

É provável que a paciente tenha percebido e sentido que parte de seus problemas se dava em função de sua dificuldade em delegar e, portanto, cabia apenas a ela mudar essa situação. Desta forma, durante o segundo episódio de mudança encontrado na 3ª sessão, ela relatou que precisava parar de proteger todo mundo e de tentar resolver tudo sozinha (e não só em relação aos filhos, mas em relação aos seus irmãos). É por isso que a paciente trouxe como a manifestação de um novo comportamento o fato de ter conseguido falar para um dos irmãos tentar resolver os próprios problemas porque ela também tinha os dela. Efetivamente, essa mudança é visível, uma vez que admite que se ele viesse pedir ajuda há um tempo, ela provavelmente tomaria os problemas dele para si e acabaria se afligindo e se angustiando.

A resposta do segundo episódio de mudança foi considerada adequada, pois trouxe gratificação à paciente (não se envolver nos problemas alheios) e ainda que pudesse haver um potencial risco de conflito com irmão, em função da maneira como a paciente se posicionou, parece que ele aceitou a recusa do pedido de ajuda, evidenciando que não houve presença de conflitos externos. Deste modo, a terapeuta trabalhou a questão de que a paciente poderia ouvir as dificuldades dos demais, mas não caberia a ela resolver o que cabe a outra pessoa. A intervenção nesse sentido englobou aspectos de que conversar pode fazer bem ao outro e o importante era ela não se sobrecarregar com assuntos que não lhe diziam respeito.

O indicador 9 também foi visto no episódio de mudança da 4ª sessão. Neste, a paciente contou que realizou um churrasco entre amigos e familiares, algo que vinha desejando desde o tempo em que sua mãe estava doente. A paciente contou que em outras épocas não faria o churrasco porque achava que ia incomodar o ex-marido com barulhos e com a movimentação. A partir dessa nova atitude, ela pôde perceber que não precisaria ter receio de ele se irritar ou ficar nervoso.

Observa-se que os novos comportamentos relatados pela paciente referem-se a um indicador extrassessão, o que é considerado quando se emprega os indicadores genéricos de mudança propostos por Krause et al. (2006). Os indicadores presentes na LIGM aplicam o escopo para situações fora da sessão e, por isso, se mostra uma vantagem sobre instrumentos que levam em consideração apenas o que acontece dentro da sessão, como por exemplo, a RPPS (Enéas, 1999). Um dos itens de avaliação de mudança da RPPS diz respeito a um “novo comportamento na sessão”, que “refere-se à emergência, na sessão de terapia, de uma nova maneira de se comportar ou uma nova maneira de interagir com o terapeuta” (p. 61). Este item, no entanto, não apresentou validade na escala e foi o que ofereceu maior dificuldade na avaliação.

A resposta dada nesse episódio foi avaliada como adequada, pois a realização do churrasco trouxe muita gratificação e satisfação à paciente. Além disso, há claras evidências de que seu comportamento não trouxe nenhum tipo de conflito para si própria ou para os outros. Importante pontuar que ela ainda contou com a colaboração das pessoas presentes (cada uma se encarregou de levar e compartilhar algo), o que provavelmente reforçou a ideia de que não seria necessário arcar com tudo sozinha e,

como consequência, a paciente estaria se sentindo mais autorizada para prosseguir na mudança. Nesse momento, a terapeuta passou a fazer uso de intervenções mais suportivas (Luborsky,1984; Luborsky & Crits-Christoph,1988), como validação empática (que demonstra sintonia e capacidade do terapeuta em compreender o estado emocional do indivíduo) e elogios (aprovação do terapeuta frente a algo positivo alcançado pelo paciente, com a intenção de reforçar sua conquista). O uso das intervenções de natureza suportiva pode ter gerado maior sentimento de segurança na paciente, o que provavelmente a ajudou a manter os ganhos obtidos até então e preparou-a para mudanças posteriores.

Na 5ª sessão o indicador 17 (Reconhecimento da ajuda recebida) foi encontrado. Neste episódio, a paciente expressa de forma explícita o quanto a terapia a estava ajudando: “Você não acredita no bem que você está me fazendo, eu saio daqui, me sinto outra pessoa (...) quando eu estou meio assim, meio chateada, eu começo a pensar o que a gente conversa em sessão”. Por meio desse relato, nota-se que a paciente vem percebendo as mudanças que tem adquirido desde quando iniciou o tratamento. Ela confere este êxito à terapeuta, que faz questão de deixar claro que na verdade o progresso vem ocorrendo porque a paciente tem estado aberta para novos valores e mais preparada para enfrentar a vida. Desta forma, ela teria toda condição de usufruir e de se beneficiar do processo. Mais uma vez, intervenções suportivas, especificamente os elogios, estiveram presentes para consolidar as conquistas da paciente. Este episódio foi avaliado como adequado, pois a paciente relatou com muita gratificação o quanto o tratamento a tem beneficiado. Desta forma, ficou evidente que não houve conflito interno. O mesmo ocorre quanto à ausência de conflitos externos,

pois parece que as pessoas com as quais convive têm aceitado as mudanças que vem ocorrendo no processo. O reconhecimento da ajuda recebida é o único indicador de nível hierárquico elevado que pode aparecer em sessões iniciais ou mediais. Isso ocorre porque muitas vezes o paciente percebe mudanças em dificuldades pontuais, que começam a fazer diferença em sua vida.

O indicador 9 (Manifestação de um novo comportamento – extrassessão) foi relatado duas vezes na 6ª sessão. Na primeira vez, a paciente contou que delegou a um dos filhos a tarefa de dar banho no pai e argumentou que a obrigação não deveria ser só dela e que os próprios filhos reconheciam que ela estava fazendo um favor a eles. Complementou dizendo para a terapeuta que antes ela aceitava quieta a situação de cuidar sozinha do ex-marido, mesmo sabendo que não era o certo, mas que agora estava colocando em prática uma nova atitude.

Neste episódio de mudança não houve acordo quanto à avaliação da eficácia adaptativa. Apesar da satisfação que a paciente tem sentido pelo fato de não estar mais se sobrecarregando, esse episódio específico não traz dados suficientes para saber a reação do filho, quanto à tarefa delegada por ela. Assim, não foi possível perceber se houve algum conflito externo em relação à resposta dela. A terapeuta tentou explorar qual foi a reação do filho, mas para a paciente parecia que era mais importante mostrar as conquistas que vinha conseguindo obter, resultado de sua nova postura frente aos cuidados do ex-marido. Desta forma, a terapeuta passou a demonstrar maior sintonia (validação empática), para fortalecer a nova conduta da paciente.

O segundo episódio de mudança dessa sessão, esteve relacionado ao fato da paciente dizer a um dos filhos a importância de ele adaptar a entrada de sua casa, para receber as pessoas que não conseguem subir escadas (como o ex-marido, a sogra de seu filho e ela própria). A paciente apontou claramente que essa era uma atitude que ela não tomaria antes e que isso era fruto do que ela conversava durante a terapia.

Em relação à eficácia adaptativa, a resposta foi considerada pouco adequada nesta conduta, pois ainda que a paciente estivesse se sentindo bem quanto ao seu novo posicionamento, ela ainda não percebia que a forma de se colocar poderia ser vista pelos outros como uma afronta. Especificamente, nesse episódio, ainda que o filho tenha dado razão ao pedido da mãe, a nora pareceu não ficar satisfeita com sua exigência, o que gerou um conflito externo.

Alguns dos fatores que podem ter colaborado para a nova postura da paciente foi o fato de estar se policiando mais para não tomar mais atitudes que traziam angústia a ela, mesmo que isso deixasse os filhos contentes. Além disso, a terapeuta pontuou que eles estavam podendo suportar a nova conduta da paciente e as mudanças que vinha fazendo. De fato, ela relatou que um deles ficou maravilhado e acatou de forma positiva quando disse que não iria agradecer mais ninguém, pois estava tomando a atitude errada apenas para deixá-los felizes.

Na 7ª sessão houve um episódio de mudança relacionado ao indicador de nº 8 (Aparição de sentimentos de competência). A manifestação desse indicador provavelmente ocorreu em função de uma revisão de meio de processo, comum em psicoterapias breves psicodinâmicas (Enéas & Yoshida, 2012; Rudolph, 1993). A revisão consiste em avaliar junto ao paciente se houve progresso quanto aos objetivos

almeçados no início da psicoterapia. De fato, a terapeuta questionou a paciente que diante do motivo que a fez procurar ajuda, como estava sendo para ela o momento atual do processo. A paciente apontou que houve melhoras, mas ainda precisava trabalhar mais para se sentir mais livre e que ainda assim, reconhecia que aos poucos estava conseguindo se soltar mais. Indicou que se sentia mais capaz de resolver os problemas, principalmente aqueles relacionados aos cuidados do ex-marido.

A resposta da paciente foi considerada adequada neste episódio de mudança, pois embora estivesse conseguindo se soltar “aos poucos”, ela indicou que se sentia satisfeita em relação a como estava enfrentado os problemas. Ela já se sentia capaz de dizer o que pensava, ainda que sentisse que pudesse melhorar nesse aspecto. A paciente também assinalou que houve melhoras em relação à dificuldade que sentia quando os filhos não a ajudavam e, neste sentido, não houve conflitos internos e/ou externos.

A manifestação de um novo comportamento (indicador 9) foi observada na 8ª sessão. Em sessões anteriores, a paciente relatou que estava apresentando dificuldades para dormir, pois sua cabeça não parava de funcionar e sua mente ficava o tempo todo “pensando”. A terapeuta trabalhou alguns aspectos relacionados ao quanto a paciente vinha ocupando a cabeça com estímulos que a estavam sobrecarregando e sugeriu uma técnica para usar na hora de dormir. No episódio de mudança da 8ª sessão, a paciente relatou que estava dormindo melhor por estar seguindo a técnica sugerida pela terapeuta. A resposta da paciente foi considerada adequada e embora o foco estivesse no setor Or, pode-se pensar de forma ampla o relacionamento com ela mesma (setor A-R) e como passou a manejar sua dificuldade

de dormir. Neste sentido, mostrou sentir-se mais satisfeita, sem apresentar conflitos internos ou externos.

Na 10ª sessão foi encontrado um episódio de mudança referente ao indicador nº 12 (Reconceituação dos próprios problemas). Nessa narrativa a paciente lembrou o estado emocional que estava no início da terapia (sentia-se sufocada e com muita dor, a ponto de não conseguir falar). Apontou que sentia muita mágoa, pois acreditava que merecia gratidão pelo que fazia pelos outros, mas esse sentimento veio mudando ao longo da terapia e nessa sessão apontou que não necessitava mais de reconhecimento dos outros, em face do que ela vinha fazendo. Percebe-se que houve a construção de um novo modo de olhar a vida e as questões referentes aos problemas que a levou à terapia.

Essa mudança de perspectiva talvez tenha ocorrido devido ao trabalho que foi se desenvolvendo até então, e principalmente pela relação estabelecida entre terapeuta e paciente. No início do episódio, a paciente atribui sua melhora à terapeuta, que mais uma vez fez questão de enfatizar que a mudança vinha ocorrendo devido à disposição da paciente. A eficácia adaptativa nesse episódio foi considerada adequada, pois mostrou a satisfação da paciente por se dar conta de que não se sentia mais magoada pela falta de reconhecimento, aliada a ausência de conflitos.

Na última sessão, foram encontrados dois indicadores de mudança. O primeiro episódio englobou a presença do indicador nº 12 (Reconceituação dos próprios problemas). Nesse caso a paciente relatou que os filhos assumiram os cuidados referentes ao banho do pai e estavam se revezando nessa parte. A mudança relacionada à divisão das tarefas e responsabilidades foi fruto de todo um trabalho

realizado ao longo do processo terapêutico, em que a paciente se permitiu se abrir a novos valores. Neste episódio a terapeuta aproveitou para reforçar a mudança de comportamento da paciente, provavelmente com o intuito de consolidar esse ganho obtido. A eficácia adaptativa da paciente foi considerada adequada, pois a partir do momento em que os filhos passaram a contribuir efetivamente nos cuidados do pai, a paciente pôde sentir-se mais tranquila e menos angustiada, sem conflitos internos ou externos.

O último episódio encontrado neste processo refere-se ao indicador 17 (reconhecimento pela ajuda recebida). A paciente relembrou que quando começou a psicoterapia, sentia-se “atordoada, muito nervosa e irritada” (sic). Durante o episódio ela refletiu que isso acontecia porque no início não queria encarar o problema, no entanto, pôde reconhecer que a ajuda terapêutica, de maneira geral, foi efetiva: “eu senti que foi uma palavra certa, na hora certa que eu estava precisando ouvir e depois tudo foi se encaixando”. Outra vez a terapeuta reafirmou que a psicoterapia teve resultados positivos na vida da paciente porque ela se envolveu nos atendimentos e colaborou efetivamente com as mudanças que foram acontecendo.

Neste momento, a eficácia adaptativa da paciente foi considerada adequada. Ficou evidente a gratificação em relação à melhora em relação à queixa trazida e o quanto o ambiente pôde suportar e sustentar as mudanças que ocorreram em sua vida, refletindo a ausência de conflitos no setor A-R (a Tabela 3 reúne de modo resumido o conteúdo dos episódios de mudança, bem como os indicadores associados a eles e a avaliação da eficácia adaptativa em cada episódio).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de conclusão pode-se dizer que, a análise dos episódios e dos momentos de mudança permitiu constatar a evolução na hierarquia dos Indicadores Genéricos de Mudança e melhoras na qualidade das respostas adaptativas da paciente. Na fase inicial da psicoterapia, a paciente apresentou configuração adaptativa menos eficaz, com respostas pouco ou pouquíssimo adequadas nos episódios de mudança. Nesses casos, é possível inferir que a paciente era movida por um padrão de comportamento em que, pelo desejo de ser amada e compreendida, colocava as necessidades dos outros em primeiro plano, com intuito de ser reconhecida pelos sacrifícios que fazia. Dificilmente esse reconhecimento aparecia, o que a deixava ambivalente entre permanecer nesta posição e confrontar os demais, sem êxito.

Na medida em que o padrão que gerava conflito à paciente pôde ser trabalhado durante o processo, sua configuração adaptativa passou a ser mais eficaz, com respostas mais adequadas nos episódios de mudança. Como os retrocessos são comuns e até esperados em psicoterapias (Dagnino et al., 2012; Prochaska, 1995), imaginou-se que respostas pouco adequadas pudessem fazer parte dessa condição. Quando isso ocorreu, percebeu-se que a paciente passou a se comportar de modo mais exigente perante os outros, talvez pelo desejo de se reafirmar e de fazer valer seus direitos, o que acabou sendo fonte de conflitos externos em algum momento do processo.

O retrocesso não significa necessariamente algo negativo, mas pode ser uma forma da paciente rever suas estratégias e seus recursos internos (Prochaska, 1995). A

forma como ela passou a se posicionar e que pudesse gerar conflitos aos outros foi trabalhada em algumas sessões, tanto que conforme outros episódios de mudança foram aparecendo ao longo do processo, a paciente passou a dar respostas de fato mais adequadas, que não geravam desavenças.

De forma geral, no começo do tratamento a paciente apresentou adaptação ineficaz severa e ao final, adaptação ineficaz leve. Essa evolução provavelmente ocorreu em função da presença de vários fatores comuns às diferentes abordagens teóricas, que podem repercutir diretamente nos resultados de um tratamento. Esses podem ser representados por variáveis relacionadas ao paciente, ao psicoterapeuta e da qualidade da relação entre ambos. Em relação a esta última variável, percebeu-se que desde o início do tratamento foi estabelecida uma sólida aliança de trabalho entre terapeuta e paciente, o que é apontado por vários autores como um importante elemento para o sucesso de uma terapia (Goldfried, 2013; Hendriksen et al., 2014; Hill & Knox, 2009; Honda & Yoshida, 2012; Serralta, 2010).

Por parte da paciente, alguns dos fatores que podem ter contribuído para sua melhora dizem respeito à sua participação ativa no processo e o nível de consciência em relação ao problema, que reflete em sua motivação para trabalhar nas próprias dificuldades. No que concerne a esses elementos, é possível perceber que apesar de ter sido encaminhada pelo psiquiatra, a paciente tinha consciência de que suas dificuldades estavam influenciando seu estado emocional e sua saúde física, o que provavelmente fez com que ela assumisse uma postura ativa para superar suas questões. Além disso, a paciente mostrou contar com recursos internos para fazer face aos problemas, fato esse verificado pela forma como enfrentou os acontecimentos da

sua vida no passado (em momentos de dificuldade, ela se mostrava uma mulher batalhadora e que corria atrás dos seus objetivos).

Em relação à terapeuta, pode-se apontar que as estratégias utilizadas para intervir durante o processo psicoterápico exerceram importante função, que contribuíram para as mudanças da paciente. Intervenções mais expressivas foram utilizadas quando ela se mostrava mais aberta para compreender e enfrentar suas dificuldades, ao passo que intervenções mais suportivas foram usadas nos momentos em que a paciente parecia necessitar de apoio e amparo e para consolidar os ganhos que foram ocorrendo. Esses dados vão de encontro ao trabalho de Khater et al. (2014), que verificaram que as intervenções não ocorrem ao acaso, mas são moduladas pelas reações e pelo estado do paciente.

Em um processo terapêutico, espera-se que progressivamente o paciente possa ter novos modos de olhar a vida e o problema que o levou à terapia e, aos poucos, construir novos significados, que são visíveis por meio dos indicadores de mudança (Krause et al., 2006). É possível que os novos sentidos e perspectivas adquiridos sejam resultados de mudanças nas respostas adaptativas do paciente e frutos do trabalho realizado em conjunto com o terapeuta (Honda & Yoshida, 2013). O caso estudado foi considerado bem sucedido, pois a paciente teve a possibilidade de rever a percepção que tinha de si mesma, conforme sugerido por Krause et al. (2006). Este êxito pode ser atribuído ao fato de que à medida que a paciente passou a fornecer respostas mais adequadas, ela pôde reformular a visão que tinha de si mesma, o que conseqüentemente aumentou a probabilidade do padrão de resposta mais adaptativa

se generalizar para outras situações, inclusive às relacionadas a outros setores da personalidade.

No presente estudo, se por um lado respostas mais adequadas propiciaram mudanças na vida da paciente, por outro lado, estas melhoras puderam ser captadas pelos indicadores presentes na Lista de Indicadores Genéricos de Mudança. Salienta-se ainda que estes podem oferecer pistas ao terapeuta de que o paciente está respondendo às suas intervenções e dando respostas mais adequadas, na medida em que ele vai progredindo na hierarquia dos indicadores da Lista. Este dado mostra-se importante quando se considera que o processo terapêutico é constituído por uma série de fases, em que mudanças que ocorrem no final do tratamento (indicadores de maior nível hierárquico) dependem de mudanças anteriores no início da terapia (indicadores de menor nível hierárquico), que estão relacionados principalmente com a possibilidade do paciente poder rever a imagem e o conceito que tem de si mesmo e das relações que estabelece com o entorno onde vive.

Conforme ressaltam Dagnino et al. (2012), os resultados terapêuticos não dependem somente de episódios de mudança isolados, mas de uma sequência de fases, que começa com um pedido de ajuda e se estende até o término do tratamento. Ao longo do processo, espera-se que determinadas mudanças ocorram em cada uma dessas fases, de modo que o paciente possa responder de forma mais adequada às vicissitudes da vida. Especificamente em relação ao caso estudado neste trabalho, a presença dos diversos indicadores ao longo do tratamento forneceu um *feedback* da evolução da paciente, que foi apresentando respostas hierarquicamente superiores.

É importante pensar ainda que a avaliação da configuração adaptativa fornece dados a respeito dos recursos internos que o paciente possui para enfrentar as dificuldades. Se ele mostra que no passado não conseguiu dar respostas adequadas em relação aos seus problemas, é muito provável que mudanças futuras esbarrarão em dificuldades pessoais, o que poderá limitar seu progresso (Yoshida & Enéas, 2013). No entanto, se ele se mostra aberto, apresenta motivação para a mudança, indica ter expectativas positivas com relação à ajuda prestada e assume a responsabilidade diante do processo, como aconteceu no caso estudado, é muito provável que ele vá evoluindo frente à situação que o levou a buscar ajuda profissional. Esses aspectos podem auxiliar o terapeuta na decisão de aceitar ou não um paciente e imaginar quais as chances de melhora ou não.

Nesta pesquisa, a eficácia adaptativa e os indicadores presentes na LIGM foram analisados de forma retrospectiva, em uma tentativa de oferecer ao clínico uma visão mais abrangente do processo terapêutico. O distanciamento entre pesquisa e prática clínica pode ser abreviado ao se pensar na Lista como um diferencial em relação a outros instrumentos, uma vez que ela sinaliza mudanças de forma hierárquica, o que contribui para oferecer indícios de que o paciente está evoluindo em seu processo. Usados em conjunto, a avaliação da eficácia adaptativa e os indicadores genéricos de mudança parecem permitir, portanto, que terapeutas experientes e inexperientes identifiquem importantes aspectos do processo, seja na compreensão dos fatores que podem ensejar a mudança e dos que podem limitá-la e na avaliação de progresso do paciente submetido à psicoterapia.

REFERÊNCIAS

Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Perez, J. C., Echávarri, O., & Vilches, O. (2010). Clients', Therapists', and Observers' Agreement on the Amount, Temporal Location, and Content of Psychotherapeutic Change and its Relation to Outcome. *Psychotherapy Research*, 20 (4), 472-487.

Altman, M., Yamamoto, K., & Tardivo L. S. La P. C. (2007). Psicoterapia breve operacionalizada com pessoas idosas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15 (2), 135-144.

Alves, H. (2001). *Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO com adolescentes da rede pública escolar da cidade de Santos - SP: uma contribuição à Psicologia Clínica Preventiva*. São Paulo, SP. (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, SP.

Angus, L., Hayes, J. A., Anderson, T., Ladany, N., Castonguay, L. C., & Muran, J. C. (2010). Future Directions: Emerging Opportunities and Challenges in Psychotherapy Research. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (Edit.). *Bringing Psychotherapy Research to Life: Understanding Change Through the Work of Leading Clinical Researchers*. (pp. 353-362). Washington, DC: American Psychological Association.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Araújo, M. S., & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das atuais correntes predominantes de pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5 (1), 33-52.

Arístegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., de la Parra, G., Ben-Dov, P., Dagnino, P., Echávarri, O., & Valdés, N. (2004). Actos de Habla en la Conversación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22 (2), 131-143.

Arístegui, R., Gaete, J., Salazar, J. I., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A., & Ramírez, I. (2009). Diálogos y Autorreferencia: Procesos de Cambio en Psicoterapia desde la Perspectiva de los Actos de Habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 277-289.

Arkowitz, H. (1997). Integrative Theories of Therapy. In P. L. Wachtel, & S. B. Messer (Eds.), *Theories of Psychotherapy: Origins and Evolution* (pp. 227-288). Washington, DC: American Psychological Association Press.

Barth, K., Havik, O.E., Nielsen, G., Haver, B., Molstad, E., Rogge, H., Skatun, M., Heiberg, A.N., & Ursin, H. (1988). Factor Analysis of the Evaluation Form for Selecting Patients for Short-term Anxiety-provoking Psychotherapy. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 49, 47-52.

Bechelli, L. P. de C. & Santos, M. A. dos (2002). Psicoterapia de Grupo e Considerações sobre o Paciente como Agente da Própria Mudança. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 10 (3), 383-391.

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

Bordin, E. S. (1976). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 16, 252-260.

Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gomez, A. M., Herrero, O., Ribas, E. & Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18 (5), 535-542.

Bottino, S. M. G. Estudo da Sistematização do Diagnóstico e Psicoterapia através do CCRT: "Tema Central de Conflito nos Relacionamentos" (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Brum, E. H. M., Frizzo, G. B., Gomes, A. G., Silva, M. R., Souza, D. D., & Piccinini, C. A. (2012). Evolução dos Modelos de Pesquisa em Psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29 (2), 259-269.

Bucci, W. (2005). Process Research. In E. S. Person, A. M. Cooper & G. O. Gabbard (Orgs), *Textbook of Psychoanalysis*. (pp. 317-333). Washington: American Psychiatric Press.

Campezatto, P. Von M. & Nunes, M. L. T. (2007). Atendimento em Clínicas-escola de Psicologia da Região Metropolitana de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, 24 (3), 363-374.

Canaverde, N. R. (2011). Metástase de Câncer de Mama: Eficácia Adaptativa e Funcionamento Global. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG. Recuperado em 28 março 2013, de <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/1605/1/MetastaseCancerMama.pdf>

Castonguay, L. G. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 2(2), 125-140.

Constantino, M. (2012). Believing is seeing: An evolving research program on patients' psychotherapy expectations. *Psychotherapy Research*, 22(2), 127-138.

Coppock, T. E., Owen, J. J., Zagarskas, E., & Schmidt, M. (2010). The Relationship between Therapist and Client Hope with Therapy Outcome. *Psychotherapy Research*, 20 (6), 619-626.

Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net

Dagnino, P., Krause, M., Pérez, C., Valdés, N., & Tomicic, A. (2012). The evolution of communicative intentions during change episodes and throughout the therapeutic process. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15 (2), 75-86.

de la Parra, G. (2013). Psychotherapy research in developing countries: The case of Latin America. *Psychotherapy Research*, 23 (6), 609-623.

Echávarri, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Perez, C., Dagnino, P., de la Parra, G., Valdés, N., Altimir, C., Vilches, O., Strasser, K., Ramirez, I., & Reyes, L. (2009). Cuatro Terapias Psicodinámicas Breves Exitosas Estudiadas a Través de los Indicadores Genéricos de Cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 5-19.

Eells, T. D. (2007). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy [Online]*, 3 (1), 35-54. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>.

Emmerling, M. E., & Whelton, W. L. (2009). Stages of Change and the Working Alliance in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19 (6), 687-698.

Enéas, M. L. E. (1993). *O critério motivacional na indicação de psicoterapias breves de adultos* (Dissertação de Mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Enéas, M. L. E. (1999). *Uso da escala Rutgers de Progreso em Psicoterapia na Exploração de Processos Psicoterápicos* (Tese de Doutorado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.

Enéas, M. L. E. (2003). Mudança Psíquica Avaliada pela Escala Rutgers de Progreso em Psicoterapia. *Avaliação Psicológica*, 2, 45-56.

Enéas, M. L. E. (2008). Pesquisas em Psicoterapia: Seções Especiais de Periódico (1981 a 1994). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 111-116.

Enéas, M. L. E., & Yoshida, E. M. P. (2012). Psicoterapia breve psicodinâmica de adultos. In M. E. N. Lipp & E. M. P. Yoshida (Orgs.), *Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos* (pp.153-176). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e Técnica de Psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic Factors in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25 (3), 350-361.
- Gandini, R. de C. (2010). Câncer de Mama: Consequências da Mastectomia na Produtividade. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 449-456.
- Gatti, A. L. (1999). *Escalas de Avaliação dos Mecanismos de Defesa: precisão e validade concorrente*. Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Gioia-Martins, D. F., Medeiros, P. C. da S., & Hamzeh, S. A. (2009). Avaliação Psicológica de Depressão em Pacientes Internados em Enfermaria de Hospital Geral. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11, 128-141.
- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review*, 33, 862-869.
- Gomes, F. G., Ceitlin, L. H., Hauck, S., & Terra, L. (2008). A Relação entre os Mecanismos de Defesa e a Qualidade da Aliança Terapêutica em Psicoterapia de Orientação Analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (2), 109-114.
- Guimarães, L. P. de M., & Yoshida, E. M. P. (2009). Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica: Alexitimia e Adaptação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10, 52-63.
- Heleno, M. G. V., & Santos, H. (2004). Adaptação em pacientes portadores do vírus da Imunodeficiência Humana – HIV. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 87-91.
- Hendriksen, M., Peen, J., Van, R., Barber, J. P., & Dekker, J. (2014). Is the alliance always a predictor of change in psychotherapy for depression? *Psychotherapy Research*, 24 (2), 160-170.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19, 13-29.
- Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy: An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement. *Psychotherapy*, 50, 68-76.
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2012). Mudança em Pacientes de Clínica-escola: Avaliação de Resultados e Processos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22 (51), 73-82.
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2013). Mudança em psicoterapia: Indicadores genéricos e eficácia adaptativa. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18 (4), 589-597.

Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.

Jacobson, N. S., & Truax, A. P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (2th ed., pp. 521-538). Washington, DC: American Psychological Association.

Joyce, A.S., Ogrodniczuk, J.S., Piper, W. S. & McCallum, M. (2003). The Alliance as Mediator of Expectancy Effects in Short-Term Individual Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 672-679).

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.

Khater, E. (2014). Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada de autorrelato para adolescentes (EDAO-AR-AD): Adaptação e validade. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. Recuperado em 02 maio 2014, de http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2014-03-31T065902Z-1874/Publico/Eduardo%20Khater.pdf

Khater, E., Peixoto, E. M., Honda, G. C., Enéas, M. L. E., & Yoshida, E. M. P. (2014). Momentos Chave e Natureza das Intervenções do Terapeuta em Psicoterapia Breve Psicodinâmica. *Psico-USF*, 19 (2), 233-242.

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica.

Krause, M. (2011). La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 89-98.

Krause, M., & Dagnino, P. (2006). Evolución del Cambio en el Proceso Terapéutico. *Gaceta Universitaria*, 2 (3), 287-298.

Krause, M., Altimir, C. & Horvath, A. (2011). Deconstructing the Therapeutic Alliance: Reflections on the Underlying Dimensions of the Concept. *Clínica y Salud*, 22 (3), 267-283

Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Echávarri, O., Strasser, K., Reyes, L., Altimir, C., Ramirez, I. Vilches, O., & Ben-Dov, P. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17 (6), 673-689.

Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., & Ramirez, I. (2006). Indicadores

Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 299-325.

Krause, M., Altimir, C., Perez, J. C., & de la Parra, G. (2014). Generic Change Indicators in Therapeutic Processes with Different Outcomes. *Psychotherapy Research* [online]. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.935516>.

Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/ Mazel

Luborsky, L., & Crits-Christoph, (1998). *Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method*. 2^a ed. Washington, DC: American Psychological Association.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everywon has one and all must have prizes"?. *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), 995-1008.

Lhullier, A. C., Nunes, M. L. T. & Horta, B. L. (2006). Preditores de Abandono de Psicoterapia em Pacientes de Clínica-escola. In E. F. M. Silvaes (Org.), *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola* (pp. 229-246). Campinas: Alínea.

Malan, D. H. (1976a). *As Fronteiras da psicoterapia breve* (L. Knijnik & M. E. Z. Schestatsky, Trads.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Malan, D. H. (1976b). *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. Nova Iorque: Plenum Medical Book Company.

Malan, D. H. (1980). The most important development in psychotherapy since the discovery of unconscious. In H. Davanloo (Org.), *Short-term dynamic psychotherapy* (pp. 13-23). Northvale: Jason Aronson.

Maras, K. & Shea, T. M. (2010). Irene Elkin: "The Data are Always Friendly". In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (Edit.). *Bringing Psychotherapy Research to Life: Understanding Change Through the Work of Leading Clinical Researchers*. (pp. 77-88). Washington, DC: American Psychological Association.

Maras, K., Anderson, T., & Piper, W. E. (2010). Hans Strupp: A Founder's Contributions to a Scientific Basis for Psychotherapy Practice. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (Edit.). *Bringing Psychotherapy Research to Life: Understanding Change Through the Work of Leading Clinical Researchers*. (pp. 51-61). Washington, DC: American Psychological Association.

Martins, R. C. (1998). *Psicoterapia breve de idosos: avaliação de resultados*. Dissertação de Mestrado não publicada. PUC-Campinas, Campinas.

Mergenthaler, E. (1996). Emotion- Abstraction Patterns in Verbatim Protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (60), 1306 – 1315.

Mergenthaler, E. (2008). Resonating Minds: A School-independent Theoretical Conception and its Empirical Application to Psychotherapeutic Processes. *Psychotherapy Research*, 18 (2), 109-126.

Milaré, S. A., & Yoshida, E. M. P. (2009). Intervenção Breve em Organizações: Mudança em Coaching de Executivos. *Psicologia em Estudo*, 14 (4), 717-727.

Nunes, M. L. T., & Lhullier, A. C. (2003). Histórico da pesquisa empírica em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5 (1), 97-112.

Orlinsky, D. E., Krause, M. S., Newman, F. L., Lueger, R. J., & Lutz, W. (2010). Kenneth I. Howard: The Best Friend that Psychotherapy Research ever had. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (Edit.). *Bringing Psychotherapy Research to Life: Understanding Change Through the Work of Leading Clinical Researchers*. (pp. 89-100). Washington, DC: American Psychological Association.

Oliveira, E. P. (2001). Eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada com Pacientes com Hipertensão Essencial. *Mudanças*, 9 (16), 64-85.

Peixoto, E. M. (2012). Desenvolvimento de versão da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada de autorrelato para atletas (EDAO-AR-A). Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. Recuperado em 28 abril 2014, de http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=784

Peixoto, E. M., Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2011). Eficácia adaptativa e transição de carreira esportiva: da compreensão à intervenção. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 4, 32-48.

Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de Processo e Resultado em Psicoterapias: Uma Revisão. *Psicologia em Estudo*, 14 (3), 439-445.

Pinto, F. P., Santeiro, T. V. & Santeiro, F. R. de M. (2010). Produção Científica sobre Psicoterapias na Base De Dados Pepsic (1998/2007). *Fractal: Revista de Psicologia*, 22 (2), p. 411-430.

Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: transtheoretical therapy. Em A. S. Gurman & S. B. Messer. (Eds.). *Essencial Psychotherapies: Theory and practice*. (pp. 403-440). New York: Guilford.

Reyes, L., Arístegui, R., Krause, M., Strasser, K., Tomicic, A., Valdés, N., Altimir, C., Ramirez, I., de la Parra, G., Dagnino, P., Echávarri, O., Vilches, O., & Ben-Dov, P. (2008). Language and Therapeutic Change: A Speech Acts Analysis. *Psychotherapy Research*, 18 (3), 355-362.

Rocha, G. M. A. (2002). Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida: Precisão e Validade com Pessoas Idosas. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. Recuperado em 19 setembro 2014, de http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=312

Rudolph, B. A. (1993). The importance of the midpoint review in time-limited therapies. *Professional Psychology: research and practice*, 24(3), 346-352.

Salinas, P. H., González, O. F., Jacob, M. K., Álvarez, O. V., Váldez, N. & Dagnino, P. (2009). Revisión Teórica y Metodológica de lãs Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 169-179.

Santibáñez-Fernández, P. M., Román Mella, F. M. & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la Psicoterapia y su Relación con la Alianza Terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 267-287.

Santibáñez-Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.

Santos, M. C., Honda, G. C., Santeiro, T. V., & Yoshida, E. M. P. (2013). Eficácia adaptativa: produção científica brasileira (2002/2012). *Contextos Clínicos*, 6 (2), 84-94.

Sawtschenko, C., N. (2009). Eficácia Adaptativa e Situações de Crise em Portadores do vírus HIV – Imunodeficiência Humana/AIDS. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, SP. Recuperado em 04 abril 2013, de <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp090277.pdf>

Serralta, F. B. (2010). *O PQS - Psychotherapy Process Q-Set e o exame da relação entre processo e resultado na psicoterapia psicodinâmica breve*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Recuperado em 06

agosto 2012, de
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26897/000757861.pdf?sequence=1>

Serralta, F. B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28 (4), 501-510.

Silva, C. J. (2011). *Eficácia Adaptativa e Funcionamento Global de Mulheres Idosas com Câncer de Mama*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG. Recuperado em 21 março 2013, de <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/1499/1/Efic%C3%A1ciaAdaptativaFuncionamento.pdf>

Silva Filho, N., & Souza, L. do R. (2004). Associação entre o Diagnóstico Adaptativo, Indicadores de Evolução Clínica e o Teste de Relações Objetivas em Pacientes com Infecção pelo HIV-1, Doentes ou Não. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 195-213.

Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva*. São Paulo: EPU.

Simon, R. (1997). Proposta de Redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, 47 (107), 85-94.

Simon, R. (1998). Proposta de Redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada EDAO. *Mudanças (São Bernardo do Campo)*, 6, 13-24.

Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada: Teoria e Técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Simon, R., & Yamamoto, K. (2008). Psicoterapia Breve Operacionalizada em Situações de Crise Adaptativa. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16 (2), 144-151.

Valdés, N., Dagnino, P., Krause, M., Perez, J. C., Altimir, C., Tomicic, A., & de la Parra, G. (2010). Analyses of Verbalized Emotion in The Psychotherapeutic Dialogue during Change Episodes. *Psychotherapy Research*, 20 (2), 136-150.

Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R., & de la Parra, G. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episódios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psyche*, 14 (2), 3-18.

Wampold, B. E., & Weinberger, J. (2010). Jerome Frank: Psychotherapy Researcher and Humanitarian. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (Edit.). *Bringing Psychotherapy Research to Life: Understanding Change Through the Work of Leading Clinical Researchers*. (pp. 29-38). Washington, DC: American Psychological Association.

Westra, H. A., Aviram, A., Barnes, M. & Angus, L. (2010). Therapy was not what I Expected: A Preliminary Quantitative Analysis of Concordance between Client Expectations and Experience of Cognitive-behavioural Therapy. *Psychotherapy Research*, 20 (4), 436-446.

Wollburg, E., & Braukhaus, C. (2010). Goal Setting Psychotherapy: The Relevance of Approach and Avoidance Goals for Treatment Outcome. *Psychotherapy Research*, 20 (4), 488-494.

Yoshida, E. M. P. (1998). Avaliação de Mudança em Processos Terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.

Yoshida, E. M. P. (1999). Edao-R: Precisão e Validade. *Mudanças (São Bernardo do Campo)*, 7 (11), 189-213.

Yoshida, E. M. P. (2004). *Mudança em Psicoterapias Breves: Características de Personalidade, Conflito Interpessoal e Estratégia Terapêutica*. Projeto de Pesquisa, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (manuscrito).

Yoshida, E. M. P. (2008). *Mudança em Psicoterapias Breves: Características de Personalidade, Conflito Interpessoal e Estratégia Terapêutica*. Relatório de Pesquisa, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (manuscrito).

Yoshida, E. M. P., & Mergenthaler, E. (2011). Coincidência de conexão do tom emocional com abstração e o resultado psicoterapêutico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28, 35-43.

Yoshida, E. M. P., & Enéas, M. L. E. (2013). A Proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve para Adultos. In E. M. P. Yoshida, & M. L. E. Enéas (Orgs). *Psicoterapia Psicodinâmicas Breves: Propostas Atuais*. (pp. 231-269). Campinas: Alínea.

Yoshida, E. M. P.; Primi, R., & Pace, R. (2003). Validade da Escala de Estágios de Mudança. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20 (3), 7-21.

Yoshida, E. M. P., Gatti, A. L., Enéas, M. L. E., & Coelho Filho, J. G. (1997). Aliança terapêutica, transferência e motivação num processo de psicoterapia breve. *Mudanças: Vértices de Observação*, 7, 141-154

Yoshida, E. M. P., St-Amande, P., Lépine, V., & Bouchard, M-A. (1998). Configuração Adaptativa e o Nível de Maturidade dos Mecanismos de Defesa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 15 (3), 3-16.

Yoshida, E. M. P., Elyseu Junior, S., Silva, F. R. C. S., Finotelli Junior, I., Sanches, F. M., Penteado, E. F., Massei, A. C., Rocha, G. M. A., & Enéas, M. L. E. (2009).

Psicoterapia Psicodinâmica Breve: Estratégia Terapêutica e Mudança no Padrão de Relacionamento Conflituoso. *Psico-USF*, 14 (3), 275-285.

Younes, J. A., Lessa, F., Yamamoto, K., Coniaric, J., & Ditzz, M. (2010). Psicoterapia Breve Operacionalizada e Crise por Expectativa de Perda: Um Estudo de Caso. *Psicologia Argumento*, 28 (63), 303-311.

Zago, C. T. (2004). *Estudo da Eficácia Adaptativa de Executivos e suas relações com o Trabalho*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP. Recuperado em 09 setembro 2012, de http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_arquivos/2/TDE-2006-06-20T155041Z-32/Publico/CELIA%20TEREZINHA%20ZAGO.pdf

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Indicadores Genéricos de Mudança em Psicoterapia e Eficácia Adaptativa

Pesquisador: Giovanna Corte Honda

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11194712.8.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 177.948

Data da Relatoria: 17/12/2012

Apresentação do Projeto:

A proponente pretende avaliar processos de mudanças em um sujeito que esteve em psicoterapia breve utilizando os Indicadores Genéricos de Mudança, que tem sido aplicados em pesquisas na Universidade Católica do Chile, e as respostas adaptativas do sujeito. Para tanto transcreverá e analisará registros em áudio e vídeo de sessões de terapia já ocorridas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a associação entre a evolução na hierarquia de Indicadores Genéricos de Mudança e mudanças na qualidade das respostas adaptativas em um processo de psicoterapia psicodinâmica breve.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proponente informa que, por se tratar da transcrição e análise de registros em áudio ou vídeo de sessões de um processo de psicoterapia breve já concluído, os riscos serão mínimos, contudo, se a nova assinatura do TCLE suscitar algum tipo de sentimento ou emoções desagradáveis no participante, ele poderá solicitar um novo atendimento psicológico, mesmo depois de terminada a pesquisa.

Quanto aos benefícios, a pesquisadora explicita que o estudo da Lista de Indicadores Genéricos de Mudança qualificará o pesquisador e futuramente o clínico que trabalha com psicoterapias, que terá seu trabalho pautado por instrumento calcado em evidências empíricas. Tudo isto favorecerá os pacientes que terão terapeutas mais bem formados.

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136

Bairro: Parque das Universidades

CEP: 13.086-900

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem valor científico e social, pois pretende associar dois referenciais para avaliar mudanças em um processo psicoterápico, desejável para a evolução positiva dos casos.

O texto está bem delineado com introdução detalhada, objetivos claros e a metodologia pormenorizada. Os critérios de inclusão e exclusão estão bem explícitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatórios estão presentes e corretos.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto está em conformidade com as normas éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPINAS, 19 de Dezembro de 2012

Assinador por:
CARLOS ALBERTO ZANOTTI
 (Coordenador)

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa a que você está sendo convidada a participar faz parte do doutorado da pesquisadora Giovanna Corte Honda, sob a orientação da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, professora da PUC-Campinas. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer e analisar indicadores que podem ajudar o psicólogo a entender como e porquê as pessoas mudam quando fazem tratamento psicoterapêutico.

Os dados para as análises desta pesquisa serão baseadas nas transcrições das sessões da psicoterapia à qual você foi submetida no período de março à julho de 2006, e que faziam parte da pesquisa realizada entre os anos 2004 e 2008, da profa. Elisa Medici Pizão Yoshida. As sessões serão analisadas por pesquisadores treinados, que para isso utilizarão dois instrumentos psicológicos, desenvolvidos para avaliar a forma como o paciente encara o seu problema, sua disposição para enfrentá-lo e as expectativas em relação à psicoterapia e ao psicoterapeuta.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e confidencial e em nenhum momento seu nome será divulgado. Todos os dados que possam identificá-la serão retirados de forma a garantir o sigilo. Se você tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com a pesquisadora, que estará disponível para qualquer esclarecimento. Se aceitar participar, saiba que você é totalmente livre para solicitar, a qualquer momento, que se retire da pesquisa qualquer contribuição que você já tenha prestado.

Em princípio, este estudo traz risco mínimo ao participante, uma vez que as avaliações serão baseadas nas sessões que já foram realizadas, na época em que você foi atendida. Se no entanto você sentir que sua autorização suscita recordações ou emoções pessoais desagradáveis e com isso você se sinta deprimida, ansiosa ou com qualquer mal estar psicológico, você poderá solicitar um novo atendimento psicológico, mesmo depois de terminada a pesquisa. Dúvidas de natureza ética deverão ser solucionadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, cujo endereço é Rodovia Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas – SP. O telefone para contato é: (19) 3343.6777. Em caso de você concordar em participar, deverá assinar e datar este novo Termo de Consentimento, do qual uma cópia será fornecida a você.

Giovanna Corte Honda / Tel: (19) 9xxx.xxxx

Eu,.....,RG:.....
....., Data de nascimento:....., autorizo a utilização do material gravado em vídeo e áudio, bem como das transcrições das sessões de psicoterapia, da qual participei voluntariamente em pesquisa anterior, fornecendo meu Consentimento Livre e Esclarecido. As sessões de psicoterapia ocorreram no período de março de 2006 a junho de 2006, totalizando..... sessões. Estou ciente de que se trata de uma nova pesquisa que tem como objetivo conhecer e analisar os fatores que podem contribuir para a mudança de pacientes. Sei que esta pesquisa será realizada pela pesquisadora Giovanna Corte Honda, orientada pela Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida. Também sei que o material será utilizado conforme as normas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Assinatura: _____
Data: _____