

Relações entre intervenções terapêuticas, motivação para mudança e eficácia adaptativa em psicoterapia breve

Relationships between therapeutic interventions, motivation for change, and adaptive efficacy in brief psychotherapy

Evandro Morais Peixoto

Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. John Boyd Dunlop, s/n,
Jardim Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. epeixoto_6@hotmail.com

Maria Leonor Espinosa Enéas

Universidade Presbiteriana Mackenzie. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Psicologia.
Rua da Consolação, 930, Prédio 50, 01302-907, São Paulo, SP, Brasil. mleeneas@mackenzie.com.br

Elisa Medici Pizão Yoshida

Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Jardim Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil.
eyoshida@puc-campinas.edu.br

Resumo. Este estudo exploratório teve como objetivo analisar a evolução de dois processos de psicoterapias breves psicodinâmicas (PBP) focalizando a associação entre as variáveis das pacientes e as intervenções dos terapeutas. As variáveis das pacientes foram: estágios de mudança, avaliados clinicamente por meio da Escala de Mudança, e a qualidade de eficiência adaptativa, medida com a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada. As intervenções dos terapeutas foram classificadas como expressivas, neutras ou suportivas. Dois juízes independentes avaliaram os estágios de mudança de todas as sessões. Eles também avaliaram a eficácia da adaptação no início e fim dos processos. Dois outros juízes categorizaram todas as intervenções das terapeutas. Observou-se que as estratégias de intervenção estavam relacionadas com a evolução dos estágios de mudança, a configuração de adaptação das pacientes, bem como os diferentes estágios dos processos psicoterapêuticos. Novos estudos sistemáticos envolvendo essas variáveis são necessários para confirmar a relevância das associações observadas.

Palavras-chave: mudança terapêutica, estudo de caso, psicoterapia breve.

Abstract. This exploratory study aimed to analyze the evolution of two processes of brief psychodynamic psychotherapies (PBP) focusing on the association between the variables of patients and the interventions of therapists. The variables of the patients were: stages of change, clinically evaluated by the Scale of Change, and the quality of adaptive efficiency, measured with the Scale of Adaptation. The interventions of the therapists were classified as expressive, neutral or supportive. Two independent judges assessed the stages of change of all sessions. They also evaluated the adaptive efficacy at the beginning and at the end of the processes. Two other judges catego-

rized all the therapists' interventions. It was observed that interventional strategies were related to the evolution of the stages of change, the adaptive configuration of patients as well as the different stages of psychotherapeutic processes. Systematic studies involving these variables are needed to confirm the relevance of the associations observed in this case.

Keywords: therapeutic change, case study, brief psychotherapy.

Este é um estudo exploratório que teve como objetivo principal relacionar a configuração adaptativa inicial e os estágios de mudança apresentados pelas pacientes às intervenções das respectivas terapeutas. O intuito foi o de compreender como essas variáveis propiciam ou não a mudança nos pacientes e como essas se relacionam aos resultados do tratamento (Corbella e Botella, 2004; Yoshida *et al.*, 2009). Ademais pretende-se promover conhecimentos que possam ser aplicados à prática clínica (Borsa e Nunes, 2008). Do ponto de vista teórico, baseia-se na proposta de avaliação de mudança de Prochaska, sistema empiricamente desenvolvido e denominado Modelo Transteórico de Mudança/MTM (Prochaska, 1995). Não se trata de um aglomerado de teorias sem padrões estabelecidos, mas de uma teoria emergente, que traz em si resultados maiores do que simplesmente a soma das partes (Prochaska, 1995), abrindo novos horizontes para as pesquisas e a prática clínica (Melchert, 2013; Silverman, 2013).

Ao investigarem pessoas que procuravam parar de fumar por vontade própria, ou com ajuda de profissionais, o grupo liderado por Prochaska percebeu que estas passavam por momentos de mudança descritos por diversas linhas teóricas com nomenclaturas diferentes, mas com conteúdos semelhantes. Estes achados de pesquisa tornaram-se a pedra angular na qual se estruturou o MTM (Dray e Wade, 2012; Evers *et al.*, 2012; Norcross *et al.*, 2011).

De acordo com Prochaska (1995), este modelo está calcado na ideia de que na mudança estão implícitas ao menos três dimensões: os processos, que correspondem às atividades em que uma pessoa se engaja para mudar algum problema específico ou padrão em sua vida; os níveis, referentes à profundidade dos problemas psicológicos que podem ser abarcados durante o tratamento, e os estágios, que traduzem o grau de consciência de um indivíduo frente aos seus problemas e a disponibilidade para enfrentá-los. A mudança ocorre ao longo do tempo, encerrando um caráter ao mesmo tempo estável e dinâmico, já que o indivíduo

irá transpor, com possibilidade de avanços e retrocessos, os estágios denominados de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término (Di Clemente e Prochaska, 1982; Prochaska, 1995).

Este modelo tem se mostrado importante internacionalmente dando base para pesquisa e para o manejo da motivação dos pacientes em psicoterapias, em especial as psicoterapias breves, as quais consideram a motivação como uma das principais variáveis de um processo psicoterápico (Enéas e Rocha, 2011; Yoshida e Enéas, 2013). Também na realidade brasileira, dada a diversidade dos quadros que demandam cuidados de ordem emocional, é fundamental considerar o envolvimento do indivíduo com a melhora de seus problemas antes de indicá-lo a uma psicoterapia (Enéas e Yoshida, 2012; Vilela *et al.*, 2009).

Soma-se a isto a participação do psicoterapeuta como uma pessoa que pode ter importante influência nos resultados de psicoterapias (Lutz *et al.*, 2007). Pois, embora sejam observados poucos investimentos científicos quanto à verificação da influência do psicoterapeuta no desenvolvimento de processos psicoterápicos, a experiência prática de formadores na área indica que o estilo pessoal de cada terapeuta tende a influenciar os resultados do processo (Fernández-Alvarez *et al.*, 2015). Nesta direção, novos estudos podem considerar os recursos adaptativos do terapeuta e do paciente para uma compreensão integrada do que efetivamente promove mudanças num processo psicoterapêutico (Serralta *et al.*, 2010; Yoshida e Rocha, 2007).

No tocante às pesquisas, muitas apontam a importância de aspectos descritos na teoria da mudança, porém em sua maioria debruçam-se sobre os comportamentos do paciente sem se aterem às possíveis contribuições do terapeuta para tal fenômeno (Yoshida *et al.*, 2009). Neste estudo, buscaram-se evidências empíricas que associassem tais variáveis. O delineamento de pesquisa empregado foi o Estudo de Caso Sistemático (ECS) (Edwards, 2007), uma modali-

dade específica de estudo de caso que permite a formulação de situações individuais de forma confiável e válida, possibilitando a investigação profunda de aspectos do paciente, terapeuta e da relação que se estabelece entre os dois no decorrer do processo terapêutico (Eells, 2007; Meyer, 2006), tendo como principal finalidade a compreensão dos fatores que contribuem para mudanças do paciente. A gravação e transcrição das sessões apresentam-se como ferramentas essenciais por permitir descrição fidedigna das nuances da interação terapêutica (Fonagy e Moran, 1993). A análise empírica dos dados clínicos requer rigor metodológico, cumprido por meio da aplicação de medidas objetivas e de diferentes técnicas de avaliação, bem como de avaliações clínicas, realizadas por juízes independentes, que oferecem subsídios para a investigação dos fatores qualitativos do processo. Desta feita, a dimensão subjetiva também é contemplada. Esses cuidados conferem maior legitimidade às pesquisas em psicoterapia (Brum *et al.*, 2012; Bucci, 2005; Serralta *et al.*, 2011).

Quanto às intervenções dos psicoterapeutas, foram avaliadas quanto ao grau de “expressividade vs. apoio” que demonstravam, no decorrer dos processos. Para tanto, foram categorizadas quanto à sua natureza, dentro de um *continuum* expressivo-suportivo (Gabbard, 1998 [1994]), no qual intervenções direcionadas ao relacionamento ou focalizadas na transferência são mais expressivas (como interpretação) e intervenções não focalizadas na transferência são mais suportivas (como validação empática). Existem também as intervenções neutras, localizadas no centro do *continuum* expressivo-suportivo, que visam obter informações sobre o paciente, além de esclarecer aspectos relacionados ao processo psicoterápico. Para auxiliar o acompanhamento da evolução dos processos, também foi considerada a qualidade adaptativa (Simon, 1989) de cada paciente, que permite uma visão ampla da condição de funcionamento do indivíduo. A escolha das variáveis foi feita supondo haver associação entre as manifestações verbais do terapeuta e a modificação no empenho que pacientes demonstram em fazer frente aos seus problemas.

Método

Participantes

Processo 1: Paciente – mulher de 23 anos, solteira, estudante universitária, encaminhada a uma clínica-escola por seu professor. Ela

apresentava dificuldades de relacionamento e sintomas bulímicos. Destaca-se que a paciente não apresentava diagnóstico médico e que os sintomas se mostravam respostas claras às questões relacionais. Terapeuta – Psicóloga, recém-formada, 24 anos de idade.

Processo 2: Paciente – mulher 31 anos, solteira, curso superior completo, com problemas de relacionamentos, após ter sido traída pelo namorado. Terapeuta – Psicóloga que iniciava curso de especialização em Psicoterapia Breve de adulto, 26 anos de idade.

Ambas fizeram psicoterapia breve, segundo a proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve (NEPPB), descrita por Yoshida e Enéas (2013), cujo planejamento terapêutico considera um tempo limitado para trabalhar em busca de um objetivo circunscrito em função das necessidades e condições específicas de cada paciente quando da procura. De forma geral, é importante buscar o maior montante de mudança possível com os recursos disponíveis (Strupp, 1995), sendo considerados bem-sucedidos os processos em que os pacientes atingem o estágio de ação (Enéas e Yoshida, 2012) e considerando também que o processo de elaboração em psicoterapia breve pode continuar mesmo após seu encerramento (Yoshida e Enéas, 2013).

Juízes

Participaram quatro juízes devidamente treinados quanto aos procedimentos de avaliação, sendo que uma dupla avaliou os Estágios de Mudanças (EM) e a qualidade adaptativa apresentados pelas pacientes, e outra, os tipos de Intervenções Terapêuticas utilizados pelas psicoterapeutas (IT).

Instrumentos

Intervenções Terapêuticas (IT) – classificação adotada por Yoshida *et al.* (1997), adaptada do *continuum* de intervenções expressivas/de apoio, derivada de trabalho do *Menninger Clinic Treatment Interventions Project*, descrito por Gabbard (1998 [1994]), e composta por 14 tipos de intervenções de natureza expressiva (1 a 4), neutra (5, 9, 10, 13 e 14) ou suportiva (6, 7, 8 e 11): (1) *Interpretação* – tornar consciente algo anteriormente inconsciente mediante a explicitação do desejo ou necessidade latente, a ansiedade e as defesas envolvidas na “ocultação” do desejo; (2) *Confrontação* – identifica algo que

o paciente minimiza ou evita; (3) *Clarificação* – reformulação ou reunião de falas do paciente para torná-las mais coerentes; (4) *Assinalamento* – mostrar relações entre dados ou fatos não relacionados explicitamente pelo paciente; (5) *Encorajamento a elaborar* – pedido de mais informações de forma a manter o paciente focado no tema e levá-lo a aprofundar sua compreensão sobre ele; (6) *Validação empática* – demonstra a sintonia do terapeuta com aquilo que é falado ou expresso pelo paciente. Permite demonstrar que o terapeuta pode compreendê-lo naquele momento; (7) *Recapitulação* – resumir pontos essenciais da sessão ou do tratamento; (8) *Conselhos e elogios* – recomendar e reforçar certas atitudes; (9) *Afirmação* – comentários sucintos que apoiam comentários e atitudes do paciente; (10) *Interrogação* – consultar e avaliar a consciência do paciente; (11) *Fornecer informações* – esclarecer aspectos técnicos desconhecidos do paciente; (12) *Intervenções interrompidas* – início de intervenção do psicoterapeuta interrompida pelo paciente; (13) *Metaintervenção* – objetiva esclarecer o motivo de ter feito alguma outra intervenção naquele momento da sessão ou tratamento; (14) *Dar enquadramento* – intervenções relativas aos aspectos do enquadre terapêutico. As expressivas visam favorecer a manifestação e o entendimento, pelo paciente, de seus problemas e conflitos inconscientes. As de natureza suportiva buscam manter o nível de funcionamento do paciente através do apoio fornecido pelo psicoterapeuta. E as intervenções neutras visam manter o fluxo de comunicação com o paciente. Por fim, a intervenção 12 não é passível de classificação, por se tratar de situações em que o paciente interrompe o terapeuta.

Estágios de Mudança (EM) – conforme propostos por Di Clemente e Prochaska (1982), compreendem os estágios de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término. *Pré-contemplação* – quando a pessoa não demonstra nenhuma intenção de mudar num futuro próximo, pois ela não tem consciência de que tem um problema e de que deve enfrentá-lo. Dificilmente procura por terapia, ou procura porque se encontra sob pressão de outras pessoas, como familiares, patrão, autoridades judiciais, entre outros. O que marca este estágio é a dificuldade de reconhecimento e enfrentamento de seus problemas, embora muitas pessoas ao redor possam apontar tais aspectos.

Contemplação – neste estágio, já aparece a consciência de que há um problema, e muitas vezes o sujeito pensa seriamente em resolvê-lo,

no entanto esforço nenhum é despendido para tal fim. Neste caso, trata-se de “contempladores que sabem onde querem chegar, porém ainda não estão prontos para iniciar o caminho” (Prochaska, 1995).

Preparação – neste momento, notam-se alterações de conduta do indivíduo, como uma combinação de intenção e tentativas de mudar um comportamento, porém são tentativas frustradas, pois, apesar de demonstrar interesse em mudar em curto prazo, ainda não alcançam ações efetivas.

No estágio de *Ação* é quando realmente ocorrem mudanças efetivas, seja no comportamento ou mesmo no ambiente com o intuito de solucionar o problema. As principais marcas deste estágio são a clareza e a significância dos esforços para a modificação de um comportamento problema.

Manutenção – neste período, o indivíduo trabalha na tentativa de manter-se sem recaídas consolidando os ganhos obtidos no estágio anterior. A principal característica deste estágio é impedir o retorno aos padrões anteriores. Para alguns tipos de problemas existem critérios temporais empiricamente estabelecidos, e se espera um tempo mínimo de seis meses de mudança bem-sucedida (Prochaska, 1995).

Término – é o estágio em que as pessoas agem como se nunca tivessem passado por um problema, sentindo-se plenamente confiantes de que são capazes de resolver problemas de outras ordens sem retornarem ao padrão anterior. Pode-se dizer que nesse caso houve a cura.

Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) – avalia o estado de integração dos diversos sistemas do indivíduo e a coerência de suas ações com o objetivo de viver melhor, por meio de comportamentos observáveis ou comunicáveis (Simon, 1989). São considerados quatro setores da personalidade, a saber: Afetivo-Relacional (A-R), Produtividade (Pr), Orgânico (Or) e Socio-Cultural (S-C), e as respostas dadas a cada um deles em termos da qualidade adaptativa, ou seja, em que medida elas resolvem a situação enfrentada, o grau de satisfação que propiciam ao indivíduo e o quanto se compatibilizam com as normas culturais (Younes *et al.*, 2010). O conjunto das respostas permite um diagnóstico da eficácia adaptativa que, a partir da pontuação dos setores A-R e Pr, propostos posteriormente pelo autor, constitui cinco diferentes grupos: adaptação eficaz ou ineficaz, estas com as seguintes possibilidades: leve, moderada, severa e grave (Simon, 1997).

Procedimentos

Foram avaliados dois processos completos de Psicoterapia Breve Psicodinâmica (PBP) de indivíduos adultos. Os atendimentos foram realizados no contexto de clínicas-escola no Estado de São Paulo, que mantiveram em seus arquivos o registro dos casos estudados. O primeiro processo foi gravado em vídeo, e o segundo, em áudio, mediante autorização formal prévia das pacientes por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, configurando assim uma amostra por conveniência; além disso, utilizou-se como critério de inclusão dos casos neste estudo o fato de ambas as pacientes apresentarem conflitos relacionais como causas das queixas apresentadas.

Nestas ocasiões, as participantes foram informadas sobre os objetivos e procedimentos das gravações, a possibilidade de inclusão dos dados em pesquisa posterior, o sigilo sobre os dados e a possibilidade de desistir de sua participação em qualquer momento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que foi realizado o estudo (processo Nº 1165/09/2009).

As sessões foram transcritas na íntegra seguindo os padrões apresentados por Mergenthaler e Stinton (1992) para psicoterapias. Essas transcrições orientaram a avaliação dos Estágios de Mudança, Eficácia Adaptativa e das Intervenções Terapêuticas pelos juízes independentes, realizadas após a obtenção de acordo. A primeira foi baseada nas descrições dos Estágios de Mudança, oferecidas por Prochaska *et al.* (1992) e Prochaska (1995), a eficácia adaptativa foi verificada a partir da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO-R) proposta por Simon (1989). Já as Intervenções das Terapeutas foram avaliadas segundo a proposta de Yoshida *et al.* (1997), medidas descritas no item Instrumentos.

Dados dos processos terapêuticos

Processo 1: foram realizadas 11 sessões individuais semanais de 50 minutos de duração. Paciente apresentava sintomas bulímicos, como falta de controle sobre a quantidade de alimentos e impulso de forçar vômito após as refeições, sempre que as dificuldades relacionais se mostravam mais angustiantes, além de baixa autoestima. Apesar de demonstrar intenção de eliminar esses sintomas, sentia-se muito desapontada por não obter sucesso nessas tentativas.

A partir da compreensão da história da paciente pela terapeuta, foi elaborada a hipótese psicodinâmica de que tais sintomas estariam associados aos padrões relacionais estabelecidos pela paciente ao longo do seu desenvolvimento, nos quais sempre assumia uma posição submissa frente às vontades dos outros. Estabeleceu-se como objetivo do processo terapêutico o desenvolvimento de postura assertiva frente aos relacionamentos, o que poderia promover melhora da autoestima da paciente através da diminuição do sentimento de inferioridade, para que assim pudesse expressar suas necessidades e desejos nas próprias relações; desta forma, a alimentação deixaria de ser percebida como a única possibilidade de controle por parte da paciente, ao manter dentro de si somente o que achava necessário. Neste sentido, o desenrolar do processo terapêutico foi baseado na tentativa de aproximação entre os traumas e conflitos relacionais vivenciados na infância e as dificuldades relacionais e sintomas apresentados na atualidade. Dentre os traumas destaca-se o falecimento da mãe, aos seus 2 anos de idade, quando o pai a enviou para ser cuidada pela avó, voltando a morar com ele apenas aos 6 anos, quando ele já se encontrava em um novo casamento.

Por fim, as últimas sessões foram marcadas pelo trabalho de término do processo terapêutico, caracterizados por recaídas por parte da paciente e o esforço da psicoterapeuta em instrumentalizá-la para que pudesse manter os ganhos obtidos. Novamente as vivências infantis foram reeditadas, e o término do processo foi associado às fantasias de abandono experimentadas pela paciente diante do falecimento da mãe e afastamento do pai na infância.

Processo 2: foi constituído de 13 sessões individuais semanais de 50 minutos de duração. A paciente apresentava dificuldades em estabelecer relacionamentos de confiança, após ter sido traída pelo namorado, no qual havia depositado muitas expectativas de ter um relacionamento estável e duradouro. Sentia-se presa a esta situação e não conseguia retomar a vida pessoal e profissional, além do sentimento de frustração por não obter sucesso frente às tentativas de superação destas dificuldades. O objetivo do processo terapêutico foi propiciar que a paciente adquirisse uma posição mais assertiva em seus relacionamentos, assumindo mais responsabilidade pela manutenção deles e ficando menos decepcionada com reações adversas das outras pessoas.

O processo também teve como principal característica a associação entre as dificuldades relacionais ocorridas ao longo do desenvolvimento da paciente e as dificuldades atuais. Inicialmente foram exploradas as relações familiares, que eram descritas como muito distantes e pouco afetivas, especialmente com sua mãe. Segundo a paciente, elas eram muito diferentes e, por isso, nunca conseguiram estabelecer um bom relacionamento. Já com a irmã, demonstrava uma relação de muita rivalidade, considerando-a aquela que recebeu mais atenção por parte dos pais e inclusive de seus namorados durante a adolescência, pois era mais bonita, e os rapazes sempre preferiam ficar com ela. Contudo, sentia que com o último namorado vivenciara uma relação “diferente”, na qual se sentia cortejada e cercada de carinho e atenção, mas, quando se surpreendeu com provas de que ele tinha outra mulher, “sentiu que o mundo caía sobre sua cabeça” [sic]. A partir da elaboração destes conflitos, pôde perceber as pessoas ao seu redor em seus aspectos globais: constituídas de características boas e ruins. Reconheceu também os seus próprios aspectos bons, o que era negado até então. Desta forma, conseguiu estabelecer melhores relacionamentos familiares e profissionais, o que lhe trouxe ganhos nestas esferas da vida. O término do processo foi, no entanto, percebido pela paciente como uma ameaça a estes ganhos, pois ela não se via capaz de mantê-los. Uma recapitulação do processo feita nesse momento ajudou-a a perceber que já havia demonstrado tais capacidades, fortalecendo-a para encerramento do tratamento.

Crítérios para análise dos dados

Para avaliar a qualidade da resposta adaptativa, a motivação para mudança e a natureza das estratégias terapêuticas (expressiva/suportiva), procedeu-se à análise qualitativa, baseada em julgamento clínico, conforme proposto por Yoshida *et al.* (2009). Todas as avaliações foram antecedidas de discussões entre os juízes para que obtivessem consenso entre si. Calculado acordo simples entre eles, obteve-se 90% para a classificação dos estágios de mudança, 80% na análise das intervenções terapêuticas e 100% para classificação da configuração adaptativa.

Foram avaliadas todas as sessões de ambos os processos, considerando as intervenções terapêuticas e os estágios de mudança. Apenas a análise da qualidade adaptativa foi realizada

nas duas primeiras sessões e nas duas sessões finais de cada caso.

Resultados

Foram consideradas todas as intervenções verbais das terapeutas durante cada uma das sessões. Os resultados de cada processo são apresentados nas Figuras 1 e 2, respectivamente, nas quais se encontram as distribuições das frequências relativas da natureza das intervenções terapêuticas em cada uma das sessões.

De acordo com a Figura 1, pode-se observar no processo 1 um aumento relativo no uso de intervenções suportivas desde a primeira até a quinta sessão, quando esta atinge o ponto percentual de 19,80 quanto às intervenções realizadas pela psicoterapeuta. Contudo, observa-se que a oitava (31,63%) e a 11ª sessão (34%) se caracterizam pela máxima frequência no uso deste tipo de intervenção.

Quanto às intervenções de natureza neutra, observam-se frequências relativas mais altas do que as outras variáveis apresentadas na Figura 1, pois têm no mínimo 48,40% na última sessão, embora seja notável um decréscimo gradual no uso destas intervenções ao longo do processo. A partir da quarta sessão, não mais ocorrem frequências maiores do que então, 75,37%, sugerindo que, mesmo com alternâncias, a tendência é de decréscimo.

Contrariamente, as intervenções de natureza expressiva apresentam certa estabilidade ao longo do processo, com relativo aumento na etapa final, havendo decréscimo relativo apenas nas sessões quatro e oito. Contudo, a frequência máxima ocorre na última sessão e é de 17,60%.

Assim, embora com proporções aproximadas das intervenções suportivas e expressivas, o processo foi marcado predominantemente pelas neutras e pela natureza quase sempre mais suportiva.

De acordo com a Figura 2, nota-se que no processo 2 as intervenções de natureza suportiva apresentam frequências relativamente mais baixas do que as outras variáveis, com exceção da primeira, segunda e 12ª sessões, nas quais são muito semelhantes às intervenções expressivas, e também na 13ª sessão, em que elas ultrapassam em cerca de 12,85% as expressivas. Embora neste processo também ocorram intervenções neutras em maior frequência que as demais, a discrepância entre elas não é tão grande quanto no caso 1. Neste também há tendência ao decréscimo das interven-

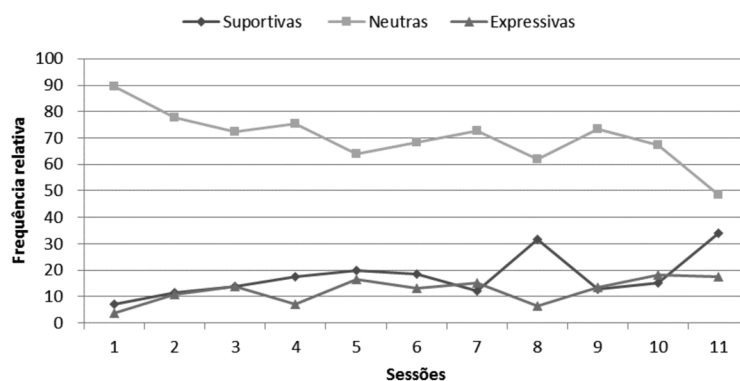


Figura 1. Distribuição das frequências relativas da natureza das intervenções terapêuticas realizadas em cada sessão – Caso 1.

Figure 1. Distribution of the relative frequencies of the nature of therapeutic interventions employed in each session – Case 1.

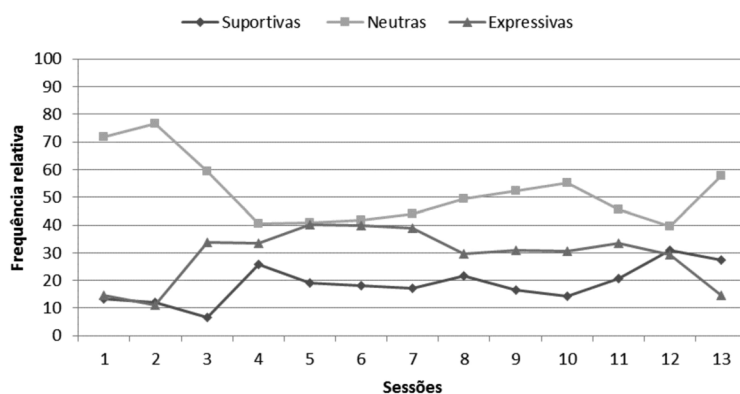


Figura 2. Distribuição das frequências relativas da natureza das intervenções terapêuticas realizadas em cada sessão – Caso 2.

Figure 2. Distribution of the relative frequencies of the nature of therapeutic interventions employed in each session – Case 2.

ções desta natureza, mas parece haver certa estabilidade entre a quarta e a nona sessões e novo crescimento na 13ª. O ponto máximo inicial é de 76,72%, ocorrido na segunda sessão, e o crescimento final chega a 57,79%. Já em relação às intervenções de natureza expressiva, observa-se que estas iniciam o processo com frequência de 14,63%, atingem um ponto de 25,88% na quarta sessão e apresentam decréscimo a partir de então até a 12ª sessão, na qual atinge o pico máximo de 29,36%.

Comparando ambos os casos, observa-se ter sido o segundo evidentemente mais expressivo que o primeiro, com frequências mais equilibradas no tocante às naturezas das intervenções. Aqui fica mais evidente a associação entre as intervenções neutras e expressivas.

Motivação para mudança

Em relação aos Estágios de Mudança, na Figura 3 são apresentados os resultados obtidos em cada uma das sessões referentes aos dois processos.

Observa-se, em ambos os casos, que no início as pacientes estavam no estágio de Contemplação (2) e terminaram no estágio de Ação (4). Esta semelhança entre os pontos inicial e final não se mantém quanto ao desenvolvimento dos processos, que sugere uma progressão mais “linear” no processo 2 do que no processo 1, pois apresentou apenas uma queda nos estágios de mudança na 11ª sessão, quando já se aproximava o final do atendimento, e um “retorno” ao estágio de Ação nas últimas ses-

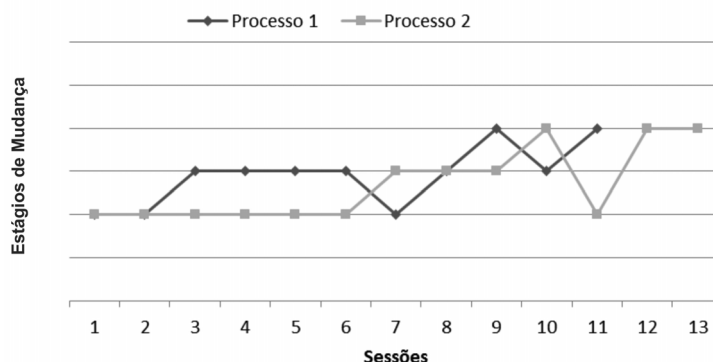


Figura 3. Evolução dos Estágios de Mudança ao longo dos processos terapêuticos.
Figure 3. Evolution of the Stages of Change throughout the therapeutic processes.

sões. Já o processo 1 apresentou mais oscilações nos estágios de mudança, com dois pontos de retrocesso na sétima e décima sessões.

Eficácia Adaptativa

Quanto à avaliação da Eficácia Adaptativa, a paciente do processo 1 apresentava Adaptação Ineficaz Severa (Grupo 4) com comprometimento na eficácia dos setores Afetivo-Relacional (A-R), que estava pouquíssimo adequado, e da Produtividade (Pr), pouco adequado. No final do tratamento, a paciente apresentou Adaptação Ineficaz Moderada (Grupo 3) visto ter ocorrido melhora adaptativa no setor A-R, que passou a ser pouco adequado. O setor Pr manteve a mesma condição inicial, pouco adequada. Já em relação ao processo 2, no início do tratamento a paciente apresentava Adaptação Ineficaz Leve (Grupo 2) com comprometimento na resposta adaptativa do setor A-R (pouco adequado), estando o setor Pr com resposta adequada. No final do tratamento, apresentou-se no mesmo grupo adaptativo, portanto, com a mesma qualidade das respostas adaptativas nos setores A-R e Pr.

Discussão

A paciente 1 chegou à terapia indicando saber da existência de um problema, mas ainda não havia feito nenhum movimento para mudança. O que se percebeu no início do processo, a partir do entendimento da queixa, foi a relação entre os sintomas que ela apresentava e que eram reconhecidos por ela e as dificuldades relacionais que vivenciava. Esta observação fez com que o foco e o objetivo se voltassem ao campo relacional e a terapeuta empregasse intervenções predominantemente

neutras associadas às expressivas, procurando envolver mais a paciente com os problemas relacionais.

A avaliação pela EDAO revela que a paciente do caso 1 apresentava menos recursos adaptativos. O perfil das intervenções empregadas pela terapeuta parece condizente com esse modo de funcionamento da paciente, pois a literatura costuma sugerir psicoterapia de apoio aos pacientes com menos recursos (Gabbard, 1998 [1984]). Contudo, a tônica do processo baseou-se praticamente em intervenções neutras, como se a terapeuta estivesse permitindo que a paciente seguisse conforme suas necessidades. A terapeuta parecia empenhada em desenvolver bases de confiança entre a dupla, esperando a paciente chegar a compreensões criativas destes conteúdos. Esta postura terapêutica contribuiu para a obtenção de melhora no funcionamento adaptativo da paciente pelo ganho obtido no setor afetivo-relacional, que é considerado por Simon (2005) como o mais difícil de ser modificado, e também na condição de enfrentamento de seus problemas, uma vez que ela terminou a terapia no estágio de Ação. Neste sentido, observa-se a habilidade da terapeuta em sintonizar-se com o estado emocional da paciente e responder de forma apropriada a suas necessidades.

Considerando os resultados obtidos, é possível pensar que o crescimento relativo das intervenções de natureza expressiva observado no final do caso 1, onde se verificam os maiores percentuais quanto ao uso deste tipo de intervenção, nas décima e 11ª sessões, parece relacionado com a dificuldade da paciente em lidar com situações de separação, o que pode ter levado a terapeuta a ser mais expressiva para lidar com a revivência das situações de abandono, própria da fase terminal das psico-

terapias breves psicodinâmicas, e que costuma ser mais bem resolvida com este tipo de intervenção (Enéas e Rocha, 2011; Enéas e Yoshida, 2012). Neste sentido, observa-se que nesta fase do processo foram reativados na paciente os conflitos inconscientes referentes à infância, quando, com a morte da mãe, ela passou aos cuidados da avó, vivenciando de modo fantasioso um abandono por parte dos pais. A explicitação destes conteúdos exigiu, da psicoterapeuta, não só intervenções de natureza expressiva, mas também uma sólida base suportiva, representada graficamente pelo aumento relativo das intervenções desta natureza, para que a paciente aceitasse tais formulações e associasse os conflitos infantis às dificuldades transferenciais. A mesma dinâmica psíquica, o medo de ser novamente abandonada, pode ter levado à “queda” no estágio de mudança ocorrida na sétima sessão, embora este movimento de oscilação entre os estágios seja recorrente e até esperado nos processos de mudança (Prochaska, 1995; Yoshida e Enéas, 2013; Enéas e Yoshida, 2012), exigindo da psicoterapeuta uma postura predominantemente suportiva na sessão seguinte, novamente se adequando às necessidades da paciente. Assim, a psicoterapia foi considerada bem-sucedida, pois houve redução dos sintomas alimentares e melhora no posicionamento da paciente frente às relações interpessoais e, portanto, melhora na eficácia adaptativa, bem como evolução nos estágios de mudança.

No caso 2, o progresso em termos de condições de enfrentamento das dificuldades foi mais linear e constante, excetuando a queda na 11ª sessão, quando da retrospectiva feita pela psicoterapeuta sobre o andamento do processo. Nesse momento, a paciente manifestou sentir-se incapaz de manter por si própria os ganhos que obtivera. Essa retrospectiva pode ter despertado na paciente a fantasia de vir a ser abandonada pela terapeuta, o que representaria uma nova experiência de que o “mundo desabaria em sua cabeça”. Foi preciso que a psicoterapeuta trabalhasse novamente a modificação de seu sentimento de insegurança, desta feita com a tônica suportiva. Esta oscilação nos estágios de mudança, observada em ambos os processos, é compatível com o que se discute teoricamente. Nesses momentos, é comum que os pacientes refiram recaída em problemas anteriores ou mesmo o surgimento de novas demandas como uma tentativa de prolongar uma relação considerada boa, ao mesmo tempo em que se constituem em novas

oportunidades para elaboração das dificuldades (Enéas e Rocha, 2011).

Além disso, a paciente iniciou o processo com melhores recursos adaptativos, e o perfil das intervenções, mais expressivas, também parece ter sido adequado à sua condição. O mesmo se pode pensar da queda evidente das intervenções neutras ao longo do processo, quando poderiam não ser mais tão necessárias, possivelmente em função de uma boa compreensão do foco. Neste mesmo sentido, Prochaska (1995) afirma que o uso criterioso de intervenções expressivas permite ao paciente a assimilação dos temas levantados no decorrer do processo, através de uma base de intervenções neutras e suportivas. Por fim, a configuração adaptativa inicial desta paciente não oferecia condições para mudança na eficácia de sua adaptação em curto período de psicoterapia, uma vez que se supõe a necessidade de alterações mais estruturais para que isto ocorresse (Simon, 2005). Isso permite considerar psicoterapia como bem-sucedida, haja vista a evolução nos estágios de mudança vivenciada pela paciente.

Assim, foi possível observar que as estratégias interventivas adotadas pelas terapeutas se associavam à evolução dos estágios de mudança, às configurações adaptativas apresentadas pelas pacientes, bem como às características inerentes às diferentes fases do processo psicoterápico (Krause *et al.*, 2007; Krause *et al.*, 2006), em especial na etapa de término. Estes achados corroboram as perspectivas teóricas de que qualquer psicoterapia só pode ser considerada acabada após o rebaixamento das ansiedades levantadas por esta última etapa do processo, uma vez que este pode ser considerado um momento de crise, transformadora, para a condição do paciente (Enéas e Rocha, 2011; Quintana, 1993; Knox *et al.*, 2011).

Considerações finais

Como em todo processo terapêutico, há inúmeros fatores que concorrem para a mudança e que interferem em sua evolução. Quando se destaca algum fator, é possível pensar que eles possam representar elementos significativos dessa rede. Neste caso, avaliar aspectos relativos às terapeutas e também às pacientes constituiu uma aproximação menos frequente de estudo de processo, e a escolha das variáveis foi feita supondo haver uma associação entre as manifestações verbais de terapeutas e a modificação no empenho que pacientes de-

monstram em fazer frente aos seus problemas. Tratando-se de estudo exploratório, supõe-se ter aberto caminho para que novas pesquisas, como estudos de caso sistemáticos, façam avaliações de medidas empíricas de autorrelato com evidências de validade e precisão. A fim de compor o quadro de resultados com informações fornecidas pelo próprio paciente, sugere-se também que estes estudos incluam acompanhamento pós-término (*follow-up*) para verificar a manutenção ou não dos resultados obtidos. Como todo recorte de variáveis de uma rede tão intrincada como é um processo psicoterapêutico, este também apresenta limitações importantes, especialmente no tocante à possibilidade de generalização dos dados. Estudos que relacionem estas a outras variáveis também são necessários para confirmar a importância das associações aqui encontradas, bem como para identificar outros possíveis fatores que interfiram nas variáveis analisadas, como a qualidade da aliança terapêutica.

Referências

- BORSA, J.C.; NUNES, M.L.T. 2008. O sujeito/pesquisador na pesquisa em psicologia clínica. *Psicologia Argumento*, **26**(52):47-54.
- BUCCI, W. 2005. Process Research. In: E.S. PERSON; A.M. COOPER; G.O. GABBARD (orgs.), *Textbook of Psychoanalysis*. Washington, American Psychiatric Press, p. 317-333.
- BRUM, E.H.M.; FRIZZO, G.; GOMES, A.G.; SILVA, M.R.; SOUSA, D.D.; PICCININI, C.A. 2012. Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, **29**(2):259-269. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200012>
- CORBELLA, S.; BOTELLA, L. 2004. *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid, Vision Net, 288 p.
- DI CLEMENTE, C.C.; PROCHASKA, J.O. 1982. Transtheoretical Therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, **19**(3):276-288. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088437>
- DRAY, J.; WADE, T.D. 2012. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clinical Psychology Review*, **32**(6):558-565. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.005>
- EDWARDS, D.J.A. 2007. Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: Implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, **3**(1):6-34. Disponível em: <http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp/article/view/892/2260>. Acesso em: 26/10/2012.
- EELLS, T.D. 2007. Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, **3**(1):35-54. Disponível em: <http://reaper64.sccnet.rutgers.edu/journals/index.php/pcsp/article/viewFile/893/2263>. Acesso em: 15/08/2013.
- ENÉAS, M.L.; ROCHA, G.M. 2011. Momentos decisivos em psicoterapia breve psicodinâmica: manejo do término. In: S.F.S. CAVALINI; C. BASTIDAS (orgs.), *Clínica psicodinâmica: olhares contemporâneos*. São Paulo, Vetor, p. 129-144.
- 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*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 155-176.
- EVERS, K.E.; PAIVA, A.L.; JOHNSON, J.L.; CUMMINS, C.O.; PROCHASKA, J.O.; PROCHASKA, J.M.; PADULA, J.; GÖKBAYRAK, N.S. 2012. Results of a transtheoretical model-based alcohol, tobacco and other drug intervention in middle schools. *Addictive Behaviors*, **37**(9):1009-1018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.008>
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H.; GÓMEZ, B.; GARCÍA, F. 2015. Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, **25**(1):84-94. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.856047>
- FONAGY, P.; MORAN, G. 1993. Selecting single case research designs for clinicians. In: E.N. MILLER; L. LUBORSKY; J.P. BABER; J.P. DOCHERTY (orgs.), *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*. New York, Basic Books, p. 62-95.
- GABBARD, G.O. 1998 [1994]. *Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV*. 2ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 419 p.
- LUTZ, W.; LEON, S.C.; MARTINOVICH, Z.; LYONS, J.S.; STILES, W.B. 2007. Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, **54**(1):32-39. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.32>
- KNOX, S.; ADRIANS, N.; EVERSON, E.; HESS, S.; HILL, C.; CROOK-LYON, R. 2011. Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, **21**(2):154-167. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.534509>
- KRAUSE, M.; DE LA PARRA, G.; ARÍSTEGUI, R.; DAGNINO, P.; TOMICIC, A.; VALDÉS, N. 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.; TOMICIC, A.; DAGNINO, P.; ECHÁVARRI, O. 2006. Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica, *Revista Latinoamericana de Psicología*, **38**(2):299-325. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300601158814>
- MELCHERT, P.T. 2013. Beyond theoretical orientations: The emergence of a unified scientific framework in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, **44**(1):11-19. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028311>

- MERGENTHALER, E.; STINTON, C.H. 1992. Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2(2):125-142.
<http://dx.doi.org/10.1080/10503309212331332904>
- MEYER, S. B. 2006. Metodologia de pesquisa da psicoterapia em clínicas-escola. In: E.F. DE M. SILVARES (org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas, Alínea, p. 23-41.
- NORCROSS, J.C.; KREBS, P.M.; PROCHASKA, J.O. 2011. Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2):143-154.
<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20758>
- PROCHASKA, J.O. 1995. An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. In: A.S. GURMAN; S.B. MESSER (eds.), *Essential Psychotherapies: theory and practice*. New York, Press Guilford, p. 403-440.
- PROCHASKA, J.O.; DI CLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. 1992. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9):1102-1114.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- QUINTANA, S.M. 1993. Toward an expanded and updated conceptualization of termination: Implications for short-term, individual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(4):426-432.
<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.24.4.426>
- SERRALTA, F.B.; NUNES, M.C.T.; EIZIRIK, C.L. 2011. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28(4):501-510.
- SERRALTA, F.N.; POLE, N.; NUNES, T.; EIZIRIK, C.L.; OLSEN, O. 2010. The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20(5):564-575.
<http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.493537>
- SIMON, R. 1989. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo, EPU, 141 p.
- SIMON, R. 1997. Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, 47(107):85-93.
- SIMON, R. 2005. *Psicoterapia breve operacionalizada*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 253 p.
- SILVERMAN, W.H. 2013. The future of psychotherapy: One editor's perspective. *Psychotherapy*, 1:1-6. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2013-03960-001/>. Acesso em: 14/05/2014.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0030573>
- STRUPP, H.H. 1995. Preface. In: H. LEVENSON, *Time-limited dynamic psychotherapy: a guide to clinical practice*. New York, Basic Books, p. ix-xi.
- VILELA, F.A.B.; JUNGEMAN, F.S.; LARANJEIRA, R.; CALLAGHAN, R. 2009. The trans-theoretical model and substance dependence: Theoretical and practical aspects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4):362-368. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400014&lng=pt&lng=en. Acesso em: 06/02/2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009005000010>
- YOSHIDA, E.M.P.; ELYSEU, S.; SILVA, F.R.C.S.; FINOTELLI, I.; SANCHES, F.M.; PENTEADO, E.F. 2009. Psicoterapia Psicodinâmica Breve: estratégia terapêutica e mudança no padrão de relacionamento conflituoso. *Psico-USF*, 14(3):275-285.
<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-82712009000300004>
- YOSHIDA, E.M.P.; ENÉAS, M.L.E.A. 2013. Proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve para Adultos. In: E.M.P. YOSHIDA; M.L.E. ENÉAS (orgs.), *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: propostas atuais*. Campinas, Alínea, p. 223-256.
- 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.; ROCHA, G.M.A. 2007. Avaliação em psicoterapia psicodinâmica. In: J.C. ALCHIERI (org.), *Avaliação Psicológica: perspectivas e contratos*. São Paulo, Vetor, p. 237-280.
- 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.

Submetido: 21/09/2014

Aceito: 08/04/2015