



NOVA MEDICAL
SCHOOL



universidade
de aveiro

**A PSICOTERAPIA DE GRUPO DE ORIENTAÇÃO GRUPANALÍTICA:
LEVANTAMENTO E CARATERIZAÇÃO A NÍVEL NACIONAL, EM MEIO
HOSPITALAR, E AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA EM GRUPOS
PSICOTERAPÊUTICOS DE DIFERENTES DIMENSÕES**

ISABEL CRISTINA LOPES CASTELEIRO FIALHO

Tese para obtenção do grau de Doutor em Biomedicina

Doutoramento em associação entre:

Universidade NOVA de Lisboa (Faculdade de Ciências Médicas | NOVA Medical School)

Universidade de Aveiro

Abril, 2022



**A PSICOTERAPIA DE GRUPO DE ORIENTAÇÃO GRUPANALÍTICA:
LEVANTAMENTO E CARATERIZAÇÃO A NÍVEL NACIONAL, EM MEIO
HOSPITALAR, E AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA EM GRUPOS
PSICOTERAPÊUTICOS DE DIFERENTES DIMENSÕES**

Isabel Cristina Lopes Casteleiro Fialho

Orientadores:

Professor Doutor Joaquim Filipe Candeias de Sousa Gago,
Professor Auxiliar Convidado de Psiquiatria da FCM, Nova Medical School

Professor Doutor Pedro Joel Mendes Rosa,
Professor Associado na Universidade Lusófona & ISMAT

Tese para obtenção do grau de Doutor em Biomedicina

Doutoramento em associação entre:

Universidade NOVA de Lisboa (Faculdade de Ciências Médicas | NOVA Medical School)

Universidade de Aveiro

Abril, 2022



NOVA MEDICAL
SCHOOL



universidade
de aveiro

Preâmbulo

Pessoal e Intransmissível: Pertinência do Estudo Doutoral

O presente estudo doutoral insere-se num percurso pessoal e profissional de 21 anos, apesar de desde muito cedo se ter perfilado como uma convicção de querer ser psicoterapeuta. A vertente estava escolhida, só podia ser analítica, o entendimento do funcionamento mental e, mais importante, do sofrimento psíquico, sempre foi um dos tópicos que mais me impulsionou - o sintoma como o biombo que oculta a verdadeira razão do sentir e do pensar, todo o trabalho de tornar consciente o inconsciente.

Iniciei-me nas psicoterapias breves, foram dois anos e meio de descoberta, mas não o suficiente, era preciso aprofundar muito mais, chegar ao âmago das explicações, tornar entendível o que não foi exposto, esse ser misterioso, dotado de um poder incomensurável, que dá pelo nome de inconsciente.

Instalou-se a dúvida – Grupanálise ou Psicanálise -, para tal, muito contribuiu a opinião do Professor Doutor Miguel Xavier, na altura Coordenador da Unidade de Internamento de Doentes Agudos na Ajuda, antigo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Francisco Xavier sob a direção do Professor Doutor Caldas de Almeida, onde tive o meu primeiro contrato de trabalho como psicóloga clínica. Um sonho tornado realidade, é verdade, no Serviço Nacional de Saúde, primeiro como estagiária académica, depois como estagiária profissional e finalmente como Técnica Superior de Psicologia Clínica.

As pessoas que vamos conhecendo ao longo da nossa vida podem fazer a diferença, principalmente quando passam a representar modelos de referência e as suas opiniões ganham peso nas nossas decisões. Foi precisamente isso que aconteceu e assim cheguei à Grupanálise. A minha maior viagem e uma das mais importantes, foram nove anos de análise pessoal e quatro de curso de formação naquela que é a única sociedade com a qual me identifico, a Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo.



É neste contexto - porque retribuir o que nos foi dado é não só bonito, mas de extrema importância, por revelar a existência de vínculos saudáveis e gratificantes -, que decidi levar a cabo tal demanda, única e exclusivamente dedicada à investigação em Grupanálise e Psicoterapia de Grupo de Orientação Grupanalítica, com um destaque muito especial, por ser pessoal, para os grupos de média dimensão, num país onde são escassos os estudos dedicados a esta área de intervenção psicoterapêutica.

Agradecimentos

Porque sós não passamos de uma abstração, foi também no contexto de um grupo que este trabalho se realizou, um grupo de apoio e entreaajuda inestimável.

Partindo dessa premissa, apraz-me, em primeiro lugar, agradecer ao meu marido João e à minha filha Joana pela aturada paciência e constante incentivo.

Como referências no meu processo de crescimento pessoal e psicoterapêutico, agradeço à minha grupanalista, Dr.^a Isaura Manso Neto, e aos meus supervisores clínicos, Dr.^a Sara Ferro e Dr. César Vieira Dinis, toda a dedicação, afeto e conhecimento grupanalítico que fizeram de mim a grupanalista e psicoterapeuta analítica de grupo que hoje sou, tendo contribuído significativamente para o meu enriquecimento enquanto pessoa.

Agradeço igualmente a todos os que participaram nos estudos, em especial aos meus pacientes, sem os quais esta demanda teria sido impossível de concretizar.

Ao Professor Doutor Miguel Xavier, o grande propulsor desta minha iniciativa, um grande bem-haja por todo o incentivo e confiança.

Aos Professores Doutores Graça Cardoso e Pedro J. Rosa, orientadora até março de 2021 e coorientador até aos dias de hoje, um grande obrigado pela companhia, confiança e disponibilidade demonstradas ao longo de todo este longo percurso. Um especial agradecimento ao Professor Doutor Pedro J. Rosa pela ajuda preciosa com todo o trabalho de análise estatística.

Um especial agradecimento ao Professor Doutor Joaquim Gago, estimado colega no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, e coordenador da Unidade de Saúde Mental de Oeiras (USMO), que, desde março de 2021, na sequência de problemas de saúde da Prof.^a Graça Cardoso, aceitou orientar a presente tese.

Aos chefes das Equipas Comunitárias de Saúde Mental do Serviço Local de Saúde Mental onde trabalho - Professor Doutor Joaquim Gago (USMO), Dr.^a Paula Duarte (EC Parede, já extinta, Hospital de Dia de Psiquiatria), Professor Doutor Ricardo Gusmão (EC Cascais, já extinta), Dr. Jorge Coutinho (EC Carnaxide/Dafundo) e Dr. Fernando Peres Rodrigues (EC Lisboa) -, muito obrigado pelo apoio no acesso à amostra da minha população de estudo, bem como, a todos os colegas psiquiatras e internos de Psiquiatria da Unidade de Saúde Mental de Oeiras que me enviaram os doentes para poder formar os meus grupos psicoterapêuticos.

Ainda em relação às equipas comunitárias, um agradecimento muito especial às enfermeiras Ana Santos (EC Cascais, já extinta, EC Dafundo), Ana Simões (EC Carnaxide/Dafundo), Fernanda Garret (USMO) e Isabel Landeiro (USMO) por todo o apoio disponibilizado na recolha do meu grupo controlo. Não posso deixar, igualmente, de agradecer, toda a ajuda dos administrativos Sandra Silva (USMO), Carlos Salvador (EC Cascais, já extinta, HEM), Lúdia Santos (EC Carnaxide/Dafundo) e Sónia Teresa (EC Lisboa), bem como, um especial agradecimento ao segurança Jorge Teresa (USMO).

Ajuda preciosa foi, ainda, a da psicóloga Sara Ramos e da psicomotricista Maria Melo, verdadeiros “braços direitos” deste meu desafio, quer tenha sido na cotação das escalas utilizadas, quer na introdução dos dados nas respetivas bases de dados, quer na recolha de participantes para os estudos. Agradeço igualmente aos estagiários académicos Alexandre Horácio, Camila Halpern, Jéssica Guedes e Manuel Romão pela recolha de participantes para o grupo controlo.

Um especial agradecimento à colega e amiga Margarida França pela ajuda prestada com a análise de conteúdo, bem como, à Direção da SPGPAG e às suas administrativas Rita Lobo e Manuela Teixeira por toda a ajuda prestada no acesso aos sócios da Sociedade.

Agradeço, igualmente, à Cláudia Faria e à Ana Sofia Cardoso pela revisão e formatação dos conteúdos desta dissertação.

Por fim, agradeço ao Diretor do SLSM do CHLO, Dr. Luís Sardinha, e aos colegas da Equipa do HDP, Dr.^a Paula Duarte e os Enfermeiros Sandra Andrade e João Paulo Estrela, o apoio prestado no tempo precioso que me concederam para a redação final desta tese.

Um grande bem-haja a todos.

Índice

Resumo	i
Abstract	iii
Índice de Figuras	v
Índice de Tabelas	vii
Lista de Abreviaturas e Siglas	ix
PARTE I. INTRODUÇÃO: ENQUADRAMENTO GERAL	1
1. Os ESTUDOS	3
2. GRUPOS HUMANOS E SUA IMPORTÂNCIA	4
3. INTERVENÇÕES DE GRUPO: BREVE RESENHA HISTÓRICA	5
4. GRUPO ANÁLISE (GROUP ANALYSIS): TEORIA E TÉCNICA	9
5. GRUPANÁLISE (GROUPANALYSIS): ESCOLA PORTUGUESA DE GRUPANÁLISE	14
6. PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO <i>VERSUS</i> GRUPANÁLISE: BREVE ESCLARECIMENTO	23
7. GRUPOS PEQUENOS E GRUPOS MÉDIOS	24
8. A DIMENSÃO DO GRUPO COMO FATOR TERAPÊUTICO: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	26
PARTE II. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA: APRESENTAÇÃO DE TRÊS ESTUDOS	31
1. ESTUDO I. “CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPANALISTAS PORTUGUESES E DA SUA PRÁTICA CLÍNICA” **/***	33
1.1. Desenho do Estudo	33
1.2. Objetivos	33
1.3. Método	33
1.3.1. População	33
1.3.2. Instrumentos	34
1.3.3. Procedimentos	36
1.4. Aspetos Éticos	37
1.5. Análise de dados	38
1.6. Resultados	38
1.7. Discussão	51
1.8. Conclusões	55

2. ESTUDO II. “DO PEQUENO AO MÉDIO: A ANÁLISE DE CONTEÚDO COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA CLÍNICO-QUALITATIVA DE GRUPOS PSICOTERAPÊUTICOS DE MÉDIA DIMENSÃO” **/***	57
2.1. Desenho do Estudo	57
2.2. Objetivos e Hipóteses	57
2.3. Método	58
2.3.1. Participantes	58
2.3.2. Instrumentos	60
2.3.3. Procedimentos	60
2.4. Aspetos Éticos	63
2.5. Análise de Dados	63
2.6. Resultados	63
2.7. Discussão	64
2.8. Conclusões	66
3. ESTUDO III. “AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA EM GRUPOS PSICOTERAPÊUTICOS DE DIFERENTES DIMENSÕES” **/***	69
3.1. Desenho do Estudo	69
3.2. Objetivos e Hipóteses	70
3.3. Método	70
3.3.1. Participantes	70
3.3.2. Tratamento	71
3.3.3. Instrumentos	73
3.3.4. Variáveis Avaliadas	75
3.3.5. Procedimentos	75
3.4. Aspetos Éticos	77
3.5. Análise Estatística	77
3.6. Resultados	78
3.7. Discussão	84
3.8. Conclusões	90
PARTE III. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

APÊNDICES.....	117
APÊNDICE A – ESTUDO I.....	119
APÊNDICE B - SYMPTOM CHECKLIST 90 REVISED (SCL-90-R) (DEROGATIS & CLEARY, 1977)	123
APÊNDICE C - SUBESCALAS CLÍNICAS DA SCL-90-R, SEGUNDO LALONI (2001)	127
APÊNDICE D - SCALES OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING (SPWB) (RYFF, 1989).129	
APÊNDICE E - DIMENSÕES DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, SEGUNDO NOVO (2003, PP. 236-238).....	135



NOVA MEDICAL
SCHOOL



universidade
de aveiro

Resumo

Com a presente tese e atendendo à escassez de informação clínica nesta área, pretendemos contribuir para uma maior divulgação e para um maior conhecimento da Grupanálise e da Psicoterapia de Grupo de Orientação Grupanalítica, a nível nacional, através da realização de três estudos. Todos os estudos envolveram o tratamento psicoterapêutico de grupo de orientação grupanalítica em grupos de diferentes dimensões, pequena e média, tendo como única psicoterapeuta a investigadora principal.

O primeiro estudo, de âmbito nacional, de natureza descritiva e transversal, pretendeu fazer um levantamento e caracterização dos técnicos com formação grupanalítica, ministrada pela SPGPAG, e da sua prática clínica, através de uma investigação quantitativa, utilizando um inquérito como método de recolha de informação, através de um questionário em formato digital. Tratou-se de um estudo pioneiro na sua área, tendo utilizado uma amostra não probabilística, selecionada de forma sequencial por método de conveniência e de acordo com o objetivo do estudo, composta por 95 respondentes formados ou em formação pela SPGPAG. De acordo com os resultados obtidos, os grupanalistas portugueses são maioritariamente do género feminino, casados e com filhos, no ativo e a trabalhar no setor público, caucasianos, portugueses, naturais da região de Lisboa, com licenciaturas na área da Saúde, predominantemente Psicologia e Medicina. Relativamente à prática clínica, trabalham maioritariamente com Grupos Psicoterapêuticos de Orientação Grupanalítica, predominantemente no setor público, cada respondente tinha em média dois grupos semanais de pequena dimensão, heterogéneos, com sessões de 90 minutos, tratamentos com uma duração média de quatro anos, compostos por pessoas com os seguintes diagnósticos: perturbações depressivas, de personalidade, psicóticas, afetivas, de ansiedade e psicossomáticas.

O segundo estudo, também ele pioneiro a nível nacional, de natureza qualitativa com uma abordagem essencialmente fenomenológica, pretendeu, com recurso à Análise de Conteúdo Categorical Temática, conhecer, através do *feedback* dos participantes, quais as dimensões mentais envolvidas na passagem de um grupo psicoterapêutico pequeno para um grupo médio, avaliando se o tratamento psicoterapêutico seria percecionado pelos utentes de forma significativamente diferente. Utilizou para o efeito uma amostra não probabilística, de conveniência para o estudo, composta por 12 utentes seguidos na consulta externa de um

hospital público da cidade de Lisboa. De acordo com os resultados, podemos afirmar que, para além de não existir uma diferença significativa entre os tratamentos psicoterapêuticos em grupos pequenos e médios segundo a percepção dos utentes, destacou-se uma diferença ao nível da Interatividade, observando-se um maior Dinamismo entre os elementos do grupo médio, e também ao nível da Temporalidade, através da prevalência da ideia de Evolução entre os utentes desse mesmo grupo.

O terceiro estudo, também ele pioneiro a nível nacional e internacional, de natureza quase-experimental (de intervenção), analítico, prospetivo e longitudinal, pretendeu estudar se a eficácia terapêutica variava em função da dimensão dos grupos psicoterapêuticos, pequenos *versus* médios, ao longo de três momentos de avaliação: no início do tratamento, ao fim de três meses e ao fim de seis meses de tratamento, através da aplicação de dois questionários de autopreenchimento, SCL-90-R e EBEP, num hospital público da cidade de Lisboa. Tratou-se de uma amostra não probabilística, composta por 132 utentes, dividida em dois grupos psicoterapêuticos e um grupo controlo. Os resultados mostraram não existir diferenças quer ao nível do índice geral de sintomas quer ao nível do índice geral de bem-estar psicológico relativamente aos grupos psicoterapêuticos, ou seja, ambos os grupos, pequenos e médios, mostraram ser terapeuticamente eficazes. Ainda assim, o grupo psicoterapêutico médio mostrou um decréscimo significativo da sintomatologia psicopatológica do terceiro para o sexto mês de tratamento, mostrando que a intervenção psicoterapêutica de grupo de orientação grupanalítica é bastante eficaz num grupo desta dimensão após 6 meses de tratamento. O estudo apresentou ainda algumas limitações - a composição dos grupos experimentais mostrou ser heterogénea relativamente às variáveis género, estado civil, trabalho, diagnóstico e número de internamentos -, as quais permitiram a reflexão crítica e construtiva no âmbito da presente investigação clínica.

Em termos de considerações finais, destacou-se a importância dos estudos apresentados, não só pela escassez dos mesmos a nível nacional e daí o contributo para uma maior divulgação e maior conhecimento da Grupanálise e da Psicoterapia Analítica de Grupo, como também pela escassez de investigação a nível internacional nesta área específica. Destacou-se, ainda, em particular, o contributo dado ao estudo dos grupos psicoterapêuticos de média dimensão como alternativa terapêutica eficaz em contexto hospitalar. Foram ainda tecidas algumas reflexões sobre o papel da psicoterapeuta *versus* investigadora em contexto institucional público.

Abstract

With this thesis and given the scarcity of clinical information in this area, it is intended to contribute to a greater dissemination and greater knowledge of groupanalysis and group psychotherapy with a groupanalytic approach, at national level, through three studies. All studies involve group psychotherapeutic treatment of groupanalytic orientation in groups of different sizes, small and medium, with the main investigator as the only psychotherapist.

The first study, nationwide, of a descriptive and cross-sectional nature, intends to survey and characterize the technicians with groupanalytic training, taught by SPGPAG, and their clinical practice, through a quantitative investigation, using a survey as a method for collecting data, through a questionnaire in digital format. This was a pioneering study in its area, using a non-probabilistic sample, sequentially selected by a convenience method and according to the objective of the study, composed of 95 respondents trained or undergoing training at SPGPAG. According to the results obtained, the majority of Portuguese groupanalysts are female, married and with children, active and working in the public sector, caucasian, portuguese, natives of the Lisbon region, with degrees in Health's field, predominantly Psychology and Medicine. Regarding clinical practice, they work mostly with Psychotherapeutic Groups of Group Analytical Orientation, predominantly in the public sector, each respondent had an average of two small, heterogeneous weekly groups, with 90-minute sessions, treatments with an average duration of four years, composed of people with the following diagnoses: depressive, personality, psychotic, affective, anxiety and psychosomatic disorders.

The second study, also pioneering at national level, of a qualitative nature with an essentially phenomenological approach, intends, using the Thematic Categorical Content Analysis, to know, through the feedback of the participants, which mental dimensions involved in the passage of a psychotherapeutic small group for a medium group, evaluating whether the psychotherapeutic treatment would be perceived by the users in a significantly different way. For this purpose, a non-probabilistic convenience sample for the study was used, consisting of 12 users followed in the outpatient consultation of a public hospital in the city of Lisbon. According to the results, it can be stated that, in addition to not existing a significant difference between psychotherapeutic treatments in small and medium groups according to the perception of users, there is a difference in terms of Interactivity, with a greater

Dynamism among the elements of the middle group, and also at the level of Temporality, through the prevalence of the idea of Evolution among users of that same group.

The third study, also pioneering at national level, of quasi-experimental (intervention), analytical, prospective and longitudinal nature, intends to study whether the therapeutic effectiveness varies depending on the size of the psychotherapeutic groups, small versus medium, over three evaluation moments: at the beginning of treatment, at the end of three months and at the end of six months of treatment, through the application of two self-administered questionnaires, SCL-90-R and EBEP, in a public hospital in the city of Lisbon. It was a non-probabilistic sample, consisting of 132 users, divided into two psychotherapeutic groups and a control group. The results showed no differences either at the level of the general index of symptoms or at the level of the general index of psychological well-being in relation to the psychotherapeutic groups, that is, both groups, small and medium, proved to be therapeutically effective. Even so, the average psychotherapeutic group showed a significant decrease in psychopathological symptomatology from the third to the sixth month of treatment, showing that the group psychotherapeutic intervention with a groupanalytic orientation is quite effective in a group of this size after 6 months of treatment. The study also had some limitations - the composition of the experimental groups proved to be heterogeneous regarding the variables gender, marital status, work, diagnosis, and number of hospitalizations - which allowed for critical and constructive reflection within the scope of this clinical research.

In terms of final considerations, the importance of the studies presented was highlighted, not only due to the lack of them at the national level and hence the contribution to a greater dissemination and greater knowledge of Group Analysis and Group Analytical Psychotherapy, but also due to the scarcity of research internationally in this specific area. Particularly noteworthy was the contribution given to the study of medium-sized psychotherapeutic groups as an effective therapeutic alternative in a hospital context. Some reflections were also made on the role of the psychotherapist versus the researcher in a public institutional context.

Índice de Figuras

Figura 1. Caraterização da amostra quanto à variável Género.	38
Figura 2. Caraterização da amostra em função da variável Naturalidade.....	39
Figura 3. Caraterização da amostra quanto à variável Licenciatura.	39
Figura 4. Caraterização da amostra relativamente à variável Saída da SPGPAG.	41
Figura 5. Caraterização da amostra quanto à variável Supervisão Clínica.....	42
Figura 6. Caraterização da amostra em função da variável Local da Prática Clínica.....	42
Figura 7. Caraterização da amostra quanto à variável Local dos GP.	44
Figura 8. Caraterização da amostra relativamente à variável Dimensão dos GP.	45
Figura 9. Caraterização da amostra quanto à variável Local dos GG.....	47
Figura 10. Caraterização da amostra em função da variável Dimensão dos GG.....	47
Figura 11. Caraterização da amostra quanto à variável Local dos GOG.....	49
Figura 12. Caraterização da amostra quanto à variável Dimensão dos GOG.....	49
Figura 13. Cronograma da constituição do grupo médio.....	62
Figura 14. Médias Marginais Estimadas para a Sintomatologia Psicopatológica em função do tipo de grupo e momento de avaliação. As barras representam o erro-padrão da média estimado.....	83
Figura 15. Médias Marginais Estimadas para o Bem-Estar Psicológico em função do tipo de grupo. As barras representam o erro-padrão da média estimado.	84



Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=95).	40
Tabela 2. Caracterização das variáveis ligadas à Formação em Grupanálise (N=95).	43
Tabela 3. Caracterização das variáveis ligadas aos Grupos Psicoterapêuticos (GP) (N=95). 45	
Tabela 4. Caracterização das variáveis ligadas aos Grupos de Grupanálise (GG) (N=95). ...	48
Tabela 5. Caracterização das variáveis ligadas aos Grupos de Orientação Grupanalítica (GOG) (N=95).	50
Tabela 6. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos participantes (N=12).	59
Tabela 7. Composição dos grupos psicoterapêuticos pequenos.	62
Tabela 8. Classificação das classes, categorias e subcategorias, bem como unidades de registo e de contexto.	63
Tabela 9. Distribuição da Amostra e dos Dropouts nos vários grupos.	78
Tabela 10. Caraterísticas Sociodemográficas dos três grupos, na 1ª avaliação.	78
Tabela 11. Diagnóstico Psiquiátrico nos três grupos considerados (ICD-10).	80
Tabela 12. Dados Clínicos nos três grupos considerados.	80
Tabela 13. Resultados da Análise de Variância (ANOVA) para as variáveis relativas aos Dados Clínicos dos diferentes grupos.	81
Tabela 14. Valores Médios para os grupos (Tukey HSD ^{a,b,c})	82



NOVA MEDICAL
SCHOOL



universidade
de aveiro

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABPAG	Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo
CHLO, EPE	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Entidade Pública Empresarial
CTT	Correios, Telégrafos e Telefones (atual Correios e Telecomunicações de Portugal)
DP	Desvio-padrão
DPSM	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
EBEP	Escala de Bem-Estar Psicológico
EC	Equipa(s) Comunitária(s)
Ed. Esp. e Reab.	Educação Especial e Reabilitação
EFPP	<i>European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy</i> (trad. Federação Europeia de Psicoterapia Psicanalítica)
et al.	<i>Et alii</i> (E outros, em português)
EUA	Estados Unidos da América
GAS	<i>Group Analytic Society</i> (trad. Sociedade de Grupo Análise)
IASI	<i>Group Analytic Society International</i> (trad. Sociedade de Grupo Análise Internacional)
GEE	<i>Generalized Estimating Equations</i> (trad. Equações de Estimação Generalizadas)
GG	Grupos de Grupanálise
GOG	Grupos de Orientação Grupanalítica
GP	Grupos Psicoterapêuticos
HDP	Hospital de Dia de Psiquiatria
HEM	Hospital de Egas Moniz
Hist.	História
i.e.	Isto é
IAGP	<i>International Association for Group Psychotherapy and Group Processes</i> (trad. Associação Internacional de Psicoterapia de Grupo)
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems – 10th Revision</i> (trad. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10 ^a Revisão)
Intern	Internamentos

M	Média
Max	Máximo
Medic	Medicação
Min	Mínimo
NR	Não respondeu
Nº	Número
p.	Página
p. ex.	Por exemplo
pp.	Páginas
Reab.	Reabilitação
RN	Não respondeu
SCL-90-R	<i>Symptom Checklist 90 revised</i> (Escala de Avaliação de Sintomas)
s.d.	sem data
SELC	Seminário Eduardo Luís Cortesão
Serv.	Serviço
SLSM	Serviço Local de Saúde Mental
SPG	Sociedade Portuguesa de Grupanálise
SPGPAG	Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo
SPNP	Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria
SPSMA	Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos
Ter.	Terapia
Terap. Ocupac.	Terapia Ocupacional
trad.	Tradução
TSuic	Tentativas de Suicídio
USMO	Unidade de Saúde Mental de Oeiras
UE	União Europeia
v.g.	<i>Verbi gratia</i> (por exemplo, em português)



PARTE I.

Introdução: Enquadramento Geral



NOVA MEDICAL
SCHOOL



universidade
de aveiro

1. Os Estudos

O presente estudo doutoral tem como objetivo contribuir para um maior conhecimento e divulgação da Grupanálise e da Psicoterapia de Grupo de Orientação Grupanalítica, também denominada Psicoterapia Analítica/Psicodinâmica de Grupo, atendendo ao grande desconhecimento não só da técnica de intervenção terapêutica como também da teoria que a apoia e, ainda, à escassez de estudos científicos realizados e publicados nesta área a nível nacional.

Começamos por breves introduções de carácter teórico, a nível nacional e internacional, tentando delinear um percurso orientador desde o aparecimento dos Grupos Humanos, sua importância e relação com a dinâmica Grupal aqui apresentada. Abordaremos de seguida o surgimento das Terapias de Grupo e qual o seu percurso até ao aparecimento da Grupanálise, culminando no nascimento da Escola Portuguesa de Grupanálise, estabeleceremos uma diferenciação entre grupanálise e psicoterapia analítica de grupo, descreveremos as características dos pequenos e médios grupos, destacando a importância dos grupos psicoterapêuticos de média dimensão, os quais constituem a base de todos os estudos clínicos aqui apresentados.

Atendendo à temática desta tese, Psicoterapia de Grupo de Orientação Grupanalítica, terminamos com a apresentação de alguns estudos relacionados ou com alguma relevância para a área, relativamente à dimensão dos grupos.

Depois destas breves introduções, passamos à parte mais prática e experimental e aí decidimos, em primeiro lugar, conhecer a realidade nacional relativamente à caracterização das pessoas que fizeram ou que se encontram a fazer formação na SPGPAG, bem como, à sua prática clínica atual.

De seguida, porque um dos importantes focos deste estudo são os grupos psicoterapêuticos de média dimensão, decidimos conhecer que perceção tinham os elementos de um grupo médio relativamente à sua passagem de um grupo de pequena dimensão para um maior.

Depois disso, decidimos conhecer se os grupos médios tinham a mesma eficácia que os pequenos, os quais já possuem alguma sustentação científica relativamente à sua eficácia terapêutica ao contrário dos grupos médios, no tratamento de doentes adultos da consulta externa de um Serviço de Psiquiatria, de um hospital público, de Lisboa.

Por último, nas Considerações Finais, através da relação estabelecida entre os três estudos realizados, pretendemos apresentar algumas reflexões sobre a importância dessa ligação na prática clínica hospitalar e também sobre a dualidade de papéis psicoterapeuta *versus* investigadora. Abordaremos, igualmente, as limitações de todos os estudos e avançamos com sugestões para estudos futuros dentro desta temática.

2. Grupos Humanos e sua Importância

Wilson, a propósito da conferência internacional sobre evolução cultural patrocinada pela Fundação Ernst Strüngmann, dá-nos a conhecer a conclusão unânime que daí resultou, ao referir “As culturas humanas são adaptativas primeiramente ao nível do grupo” (traduzido de Wilson, 2013, p.102), um importante marco só equiparável à própria diversidade biológica, a qual parece assentar igualmente num pressuposto grupal como veremos de seguida.

Como é do conhecimento geral, a espécie humana, como todas as espécies animais, tem sobrevivido graças à sua capacidade de se organizar funcionalmente, o que lhe tem permitido adaptar-se aos vários ambientes do planeta, no entanto, ao contrário de algumas espécies, a proliferação da nossa espécie deveu-se acima de tudo à cooperação existente entre todos os elementos de um grupo numa espécie de organização social com um único objetivo – a preservação do grupo perante ameaças externas. E se este já é considerado um grande passo na história da nossa evolução, o que acabou por nos distinguir das restantes espécies foi a forma como mentalmente integrámos e elaborámos essa vivência grupal, nomeadamente através do reconhecimento dos interesses e necessidades dos outros. São de facto todos estes exemplos de cooperação humana, a par da nossa capacidade de comunicar e de simbolizar, que têm ajudado a traçar a nossa história com sucesso.

Não poderíamos falar da evolução da nossa espécie sem prestar tributo à importância da linguagem, verbal e não verbal, como importante mecanismo comunicacional de ligação humana e, como tal, de criação de grupos (Conein, 2011, p. 116). Os princípios de ajuda recíproca entre os elementos de um grupo e de contribuição coletiva para benefício de cada elemento possibilitaram a criação de uma rede de comunicação única, como bem o comprovam as palavras de Bernard Conein (traduzido de Conein, 2011, p. 128), “(...) para os humanos, as representações das relações sociais desempenham um papel primordial não apenas ao promover competências e estruturas sociais mais complexas, mas também ao

permitir a participação no processo de criação e desenvolvimento de vínculos durante a formação do grupo.”.

Tal remonta à época em que a humanidade funcionava no modo caçador-coletor, onde grupos de indivíduos, precursores da vida em pequenos e médios grupos, com tarefas muito bem estabelecidas, desenvolveram a capacidade de comunicar entre si, criando uma linguagem capaz de promover fortes relações sociais e, desse modo, garantir a (sobre)vivência humana em grupo até aos dias de hoje. As palavras de Kevin Power (traduzido de Power, 2016, p. 93) “Ser humano é ser um comunicador e uma criatura de linguagem e do grupo”, resumem, na perfeição, as ideias anteriormente descritas.

Podemos afirmar que, biologicamente, os humanos são seres sociais, recorrendo a Claire Bacha quando refere “Em termos de desenvolvimento, a família vem antes do bebé. Historicamente, o grupo vem antes da família. Pré-historicamente, o grupo, de fato, vem antes do homem” (traduzido de Bacha, 2009, p. 66). De facto, em termos evolutivos, os primatas já tinham grupos muito antes da espécie humana evoluir.

A capacidade de estar em grupo em paralelo com a aquisição da linguagem verbal, como a mais distinta forma de comunicação humana, constituem a mais importante herança cultural da nossa espécie, situação naturalmente recriada no *setting* da psicoterapia analítica de grupo (Power, 2016, p. 101).

3. Intervenções de Grupo: Breve Resenha Histórica

Durante muito tempo, no campo da saúde, foi o indivíduo isolado o foco da atenção do profissional de saúde, nomeadamente do médico, com o tratamento direcionado única e exclusivamente para esse foco. A individualização da doença, do sofrimento, da queixa culminava no diagnóstico de uma doença física localizada num organismo individual. O mesmo acontecia no campo da saúde mental, nomeadamente através da psicanálise, onde o indivíduo era tomado como uma parte isolada no entendimento e tratamento da sua doença sem que o Outro nela tivesse uma intervenção direta. Apesar de Freud abordar o indivíduo e o grupo desde o início, nunca valorizou a sua interação relacional nem nunca o tornou evidente na sua prática clínica (Svartman, 1995, pp. 107-109).

O desenvolvimento da moderna psiquiatria e da psicoterapia de grupo trouxeram uma mudança no foco da atenção e da intervenção em saúde, nomeadamente com o abandono do velho paradigma da medicina somática e de uma visão reducionista e quase exclusiva do indivíduo focado nele próprio e no seu mundo interno. Aconteceu uma mudança não só no foco da terapia como no foco do próprio agente da terapia, o profissional de saúde passou a integrar outros elementos no seu contexto terapêutico, por exemplo outros elementos da família do seu doente, passando a interagir mais com a comunidade circundante, deixando igualmente de centralizar em si toda a decisão terapêutica, permitindo a criação de uma dinâmica relacional até aí inexistente, nomeadamente com o aparecimento dos grupos terapêuticos, onde o próprio indivíduo passou a constituir-se não só como um instrumento de diagnóstico, mas também como um agente terapêutico no seu tratamento e no de outros indivíduos (Moreno, 1946).

Aliás, não deixa de ser interessante perceber que a ideia de um grupo poder ser entendido como um constructo, em termos da história do seu desenvolvimento, remonta à Antiguidade, nomeadamente a Heraclito. Este filósofo pré-socrático, natural da Grécia, preconizou nos seus trabalhos três princípios, que hoje poderiam ser tidos como verdadeiros precursores do atual pensamento relativo ao desenvolvimento dos grupos. O primeiro desses princípios defendia que tudo o que existe no universo está em constante mudança, precisamente o mesmo processo que é suposto acontecer em qualquer grupo ao longo do tempo. O segundo princípio defendia a existência de uma força unificadora de todos os fenómenos, uma noção que de alguma forma parece anteceder a ideia de Foulkes do grupo como um todo. Por fim, o terceiro princípio defendia a existência de opostos, dos quais sairia uma tensão geradora de mudança, em tudo semelhante ao fenómeno que faz evoluir os grupos de uma etapa para a seguinte, no sentido de uma maior maturidade (Brabender & Fallon, 2009, p.28).

É a ideia de que “(...) o eu não existe por si mesmo, em si mesmo.” (Ávila, 2007, p.23), mas sim na relação com o outro, a que nos conduz a teoria dos grupos. Anterior ao nascimento do bebé, já o mesmo foi antecipado mentalmente pelos futuros pais, familiares e amigos mais próximos. São todas estas relações que irão contribuir para a humanização do bebé, pois que todas as estruturas psíquicas humanas são essencialmente relacionais (Ávila, 2007, p. 24).

Neste contexto, surgiu nos EUA, em 1905, aquele que pode ser considerado o precursor da psicoterapia de grupo, quando, no contexto da sua prática clínica, como clínico geral,

começou a tratar os seus doentes com tuberculose em contexto de grupo. Reunia-se com eles em grupos de 15 a 20 elementos, semanalmente. Apesar do carácter psico-educacional, não psicoterapêutico, Pratt através do recurso a técnicas comportamentais (v.g. registo escrito de diários de atividades) e ao continuo incentivo relativamente à adoção de atitudes mais positivas nas suas vidas, conseguiu melhorar a qualidade de vida dos seus doentes (Bechelli & Santos, 2004, p. 243).

Entre 1909 e 1912, Marsh, médico americano, trabalhou com grupos de doentes psicóticos internados, os quais podiam ter de 200 a 400 elementos, reunindo-se três vezes por semana, sendo a presença voluntária. Estes grupos consistiam em atividades ligadas à música e Marsh incentivava os doentes a darem os seus testemunhos sobre a evolução do seu estado de saúde, contribuindo assim de forma positiva para o processo de socialização, reeducação e também ocupacional dessas pessoas, propondo igualmente grupos para os familiares, tendo sido um pioneiro ao conceber o hospital como uma comunidade terapêutica. Tal como Marsh, também Lazell trabalhava com grupos de doentes esquizofrénicos internados, mas contrariamente a Marsh só trabalhava com grupos homogéneos, postulando a importância do fator socialização dos grupos como grande facilitador da mudança nos doentes.

Enquanto Marsh e Lazell trabalhavam com doentes internados, Burrow, na década de 20, também nos EUA, trabalhava em ambulatório predominantemente com doentes não psicóticos, com grupos de 10 elementos, semanalmente, incentivando-os a falar dos seus pensamentos e sentimentos, denominando esta intervenção, pela primeira vez, em 1925, de análise de grupo, a qual preconizava que as pessoas de uma mesma cultura apresentavam problemas psíquicos idênticos. A função do grupo seria a de diminuir as resistências dos doentes através da identificação entre eles de problemáticas comuns, encorajando-os a uma maior partilha desses problemas, gerando assim uma maior consciencialização psíquica (Boris & Daniel, 2014, p. 208). Burrow foi também um pioneiro quando decidiu levar a psicoterapia de grupo para o seu consultório, prática pouco habitual à época.

Por seu lado, no continente europeu, Moreno, em 1910, inicia o psicodrama como técnica onde a representação de papéis perante situações problemáticas ajudaria o doente a desenvolver uma maior consciencialização dos seus conflitos e a resolvê-los, obtendo assim benefício terapêutico (Boris & Daniel, 2014, p. 207). Por esta altura, também Adler, em Viena, trabalhava com grupos, tratando o doente e simultaneamente a sua família num

ambiente de igualdade, abertura e livre discussão. Embora os seus grupos não fossem terapêuticos, Adler considerava o Homem um ser social.

Em 1921, Freud, apesar de não trabalhar com grupos, sempre se interessou pelos fenómenos grupais, comparando os grupos terapêuticos a famílias, onde o líder representaria uma figura paternal e os seus elementos a fratria, considerando o papel do líder um fator essencial para a compreensão do grupo (Boris & Daniel, 2014, pp. 207-208).

Na década de 30, Wender e Schilder começaram a aplicar a psicoterapia de grupo a perturbações mentais ligeiras, em meio hospitalar, combinando-a com psicoterapia individual. Os seus grupos eram compostos por seis a oito elementos, duas a três vezes por semana. Para Wender, o grupo representava o núcleo familiar, com o terapeuta a simbolizar uma figura parental e os restantes elementos os irmãos, muito à semelhança do grupo primordial que Freud defendia. O objetivo dos grupos seria assim ajudar os seus elementos a resolver de forma espontânea os conflitos emocionais, trabalhando alguns traços de personalidade, com especial enfoque nos processos transferenciais, por forma a promover uma melhor integração social, situação que Wender reconhecia ser mais eficaz na intervenção de grupo que na individual. Schilder aplicava as mesmas técnicas, em ambulatório, a doentes neuróticos adultos em grupos de dois a sete elementos, uma a duas vezes por semana, optando por trabalhar com grupos homogêneos (só mulheres ou só homens), tendo sido um dos “(...) responsáveis pela introdução da interpretação psicanalítica na situação coletiva” (Boris & Daniel, 2014, pp. 208-209).

Também nos anos 30, Slavson adoptando o referencial psicanalítico nos seus grupos psicoterapêuticos com crianças e adolescentes, desenvolveu um método caracterizado pela aceitação e permissividade, fomentando deste modo uma maior exposição dos conflitos interpessoais, colocando o foco predominantemente no indivíduo.

No final da década de 30, Kurt Lewin, influenciado pelo movimento da psicologia social, confere um novo protagonismo ao grupo ao promover a sua diferenciação de uma mera soma das suas partes, criando para o efeito o termo “dinâmica de grupo”. Neste caso, qualquer comportamento individual seria melhor entendido atendendo ao contexto social do indivíduo, sendo que a sua resposta teria igualmente um impacto no próprio grupo, constituindo-se num todo equilibrado.

Com o advento da II Guerra Mundial, a psicoterapia de grupo ganhou um novo protagonismo devido à grande procura não só por parte de militares, mas também de civis, atendendo aos inevitáveis traumas da guerra. E é precisamente neste contexto que surge Foulkes, o fundador do movimento grupanalítico, descrevendo o grupo já não como uma representação, embora simbólica, do núcleo familiar, mas sim como “(...) um novo campo de interação no qual cada indivíduo tem um novo começo” privilegiando “(...) a relação indivíduo e a comunidade” (traduzido de Boris & Daniel, 2014, p. 210), como iremos explicar melhor no próximo ponto.

4. Grupo Análise (*Group Analysis*): Teoria e Técnica

É no séc. XX que se dá o maior desenvolvimento e consequente difusão da Psicoterapia de Grupo, sendo inclusive denominado de “... século da psicoterapia de grupo” (Ferreira, 1989, p.266), nomeadamente após a II Guerra Mundial com os trabalhos do psiquiatra e psicanalista britânico Sigmund Henry Foulkes (nascido na Alemanha, com o nome Siegmund Heinrich Fuchs) e o também psicanalista britânico Wilfred Bion em Northfield, tendo Foulkes participado somente na chamada 2ª experiência de Northfield (Northfield Military Neurosis Centre) através da condução de pequenos grupos com traumatizados da guerra, transformando o hospital numa autêntica comunidade terapêutica, bem como, na sua prática clínica privada.

Apesar de o conceito de *Group Analysis* ter sido criado por Trigant Burrow em 1927, definindo-a como “(...) a aplicação da terapêutica psicanalítica ou tratamento da sociedade (...)” (Ferreira, 1989, p. 269), através de intervenções de grupo comunitárias, foi Foulkes quem lhe atribuiu uma dimensão terapêutica em 1943, reconhecendo a influência de três importantes áreas: as ideias sistémicas de Goldstein que preconizavam que todo o organismo deve ser analisado tendo em consideração a totalidade do seu comportamento e a interação com o meio envolvente; também o método Psicanalítico teve a sua influência através da aplicação dos conceitos de associação livre (substituída por Foulkes por associação em grupo) e de análise da transferência como importantes ferramentas de acesso aos processos inconscientes nos grupos, por fim, o crescente reconhecimento feito pela Sociologia da importância básica das influências sociais no indivíduo, apresentando a sociedade como uma rede (Nitzgen, 2008, pp. 327-331).

Foulkes, para além de ter criado a teoria da *Group Analysis*, também estabeleceu uma importante ponte entre as Ciências Sociais e a Psicanálise, pilares bem enraizados na postura que sempre assumiu quer na sua identidade enquanto psicanalista, permaneceu ligado à Sociedade Britânica de Psicanálise como membro do Grupo Freudiano até falecer (julho 1976), quer na forma como sempre viu os grupos, testemunho que deixou escrito em 1971, ao referir “O grupo, a comunidade, é a principal unidade a ter em consideração (...)” (traduzido de Potthoff, 2014, pp. 269-270).

Tendo sempre privilegiado o trabalho com grupos de pequenas dimensões – 6 a 8 elementos, que acreditava serem o agente principal deste tipo de intervenção, Foulkes considerava a *Group Analysis* uma intervenção acima de tudo social, destacando o grupo como a sua unidade primordial. Foi neste espírito que fundou a *Group Analytic Society* (London) (GAS) em 1952, *Group Analytic Society International* (GASI) desde 2011, definindo *Group Analysis* como “É uma forma de psicoterapia de grupo, para o grupo, incluindo o seu condutor. Daí o nome: psicoterapia grupo-analítica (*group analytic*)” (traduzido de Neto & França, 2021, pp.15-34). No site da GASI (<https://groupanalyticsociety.co.uk/about-gasi/group-analysis/>), a *Group Analysis* é definida da seguinte forma (traduzido de GASI, s.d.):

(...) é um método de psicoterapia de grupo originado por S.H. Foulkes na década de 1940. Combina *insights* psicanalíticos com uma compreensão do funcionamento social e interpessoal. (...) Derivada da psicanálise, a *Group Analysis* baseia-se numa série de outras tradições e abordagens psicoterapêuticas: psicoterapias da teoria de sistemas, psicologia do desenvolvimento e psicologia social. (...) A *Group Analysis* explora a teoria, a prática e a experiência da psicoterapia analítica de grupo, abrangendo conceitos derivados da psicologia psicanalítica, psicologia social, dinâmica de grupo, sociologia e antropologia.

Face ao anteriormente exposto, facilmente se compreende que o grupo seja simultaneamente agente e objeto de ação terapêutica, sendo a única e verdadeira ferramenta terapêutica de que o condutor faz uso, uma vez que a função deste último é não analítica, como tal, a interpretação possui aqui um papel secundário. Recorrendo à Gestalt, fica-nos a imagem do grupo como a figura e o indivíduo como o fundo, com o todo (grupo) a prevalecer sobre cada um dos elementos (pacientes) que o compõem.

Foulkes preconizava intervenções psicoterapêuticas de grupo com uma duração média de cerca de três anos, uma frequência preferencialmente semanal e sessões de 90 minutos,

atribuindo aos fatores sociais e culturais a explicação da psicopatologia, relegando para segundo plano os fatores genético-evolutivos de cada indivíduo, como anteriormente referido. Apresentou como contraindicações para o tratamento analítico de grupo pacientes com patologia paranoide, psicótica grave, depressiva ou com ideação suicida grave e com patologia antissocial, defendendo a utilização de grupos semiabertos por se assemelharem à vida como ela é, com entradas e saídas de pessoas nas vidas umas das outras, contribuindo para uma maior maturidade do grupo e dos elementos que o forem integrando (Foulkes, 1986, pp. 66-69).

Todos os pacientes deviam ser previamente informados das condições que caracterizam a situação grupalítica, a saber: não pode existir qualquer tipo de vínculo e/ou conhecimento entre os pacientes que vão integrar o mesmo grupo, que tipo de grupo vão integrar (aberto, semiaberto ou fechado), condições físicas da sala onde o grupo vai decorrer (suficientemente ampla, bem iluminada, decoração simples, cadeiras dispostas em círculo com uma pequena mesa no centro, número de cadeiras deve corresponder ao número de pacientes). Neste contexto, espera-se que os pacientes sejam regulares, pontuais, cumpram com os princípios da confidencialidade, não se envolvam sexualmente dentro do mesmo grupo, não fumem, comam ou bebam durante as sessões de grupo, não se encontrem fora das sessões de grupo, mas se tal acontecer, o assunto deverá sempre ser levado e discutido nas sessões, evitem tomar decisões relativas às suas vidas, as quais teriam repercussões sérias na realidade, enquanto durar o tratamento. Como tal, é suposto prevalecer no grupo uma atitude de respeito mútuo e honestidade, tolerância entre todos os elementos, uma certa flexibilidade e informalidade, bem como, confiança no grupo e no seu condutor (Foulkes, 1986, pp. 79-96).

Defendia, igualmente, que nos grupos predominavam os conflitos ligados à conformidade, no sentido do domínio dos pais sobre as crianças, sendo considerado o conflito básico do Homem como animal de grupo – o indivíduo em qualquer grupo deve comportar-se segundo as normas impostas pelo grupo -, à autoridade, no sentido das reações à autoridade e às figuras de autoridade (v.g. condutor do grupo), à dependência e, por fim, à mudança, no sentido das resistências à mudança por parte dos pacientes no âmbito do seu tratamento de grupo (Foulkes & Anthony, 2014, pp. 154-158).

Sendo a matriz um dos mais importantes conceitos criados por Foulkes, é definida como uma rede de comunicação e de relação, em contínuo desenvolvimento, de todos os pensamentos e

sentimentos expressos pelos membros do grupo, sejam conscientes ou inconscientes, à medida que interagem uns com os outros (Neto & França, 2021, pp. 73-89). Pela sua importância na matriz do grupo, espera-se que a comunicação verbal se transforme em “associação em grupo” (traduzido de Foulkes & Anthony, 2014, p. 57) e que o material produzido no grupo seja expresso, interpretado e elaborado pelo grupo. Como tal, a importância da comunicação, verdadeiro motor do desenvolvimento, caracteriza-se por fluir livre e espontaneamente, cabendo ao condutor interpretar essas mesmas comunicações no aqui-e-agora e sempre para o grupo como um todo, recorrendo a técnicas de questionamento, encorajamento, confronto ou respondendo de forma empática.

Deste modo, a situação grupalítica, também denominada por Foulkes de análise horizontal, esclarece muito mais a atual situação de vida do paciente do que os seus aspetos genéticos, bem como, a origem dos seus distúrbios. Foulkes defendia que a situação de grupo proporcionava uma visão muito mais ampla e rica relativamente à forma como o paciente age e reage perante pessoas diferentes, em situações diferentes e inesperadas, em condições muito semelhantes às da sua vida diária (Foulkes & Anthony, 2014, p. 62).

Para este autor, o fator que verdadeiramente leva à mudança terapêutica é a técnica do treino do ego em ação (*ego training in action*) e não a técnica da interpretação, no sentido psicanalítico, de tornar consciente o inconsciente, definindo-o como “A análise das diferentes estruturas do indivíduo e, em particular do seu Ego, super-Ego e Id, tornada visível e clara no seu próprio contexto grupal e feita através das ações” (Ferreira, 1989, p. 270), por isso não apoiava a ideia da resolução da neurose de transferência, a qual dizia que estimulava a dependência para com o condutor e a regressão dos pacientes, prolongando assim o tempo de tratamento. Da mesma forma, Foulkes destaca a importância da ressonância como um dos conceitos que mais favorece a intersubjetividade nos grupos, não só porque estimula a livre associação de ideias e emoções, muitas vezes de forma inconsciente, entre os diferentes elementos do grupo com diferentes níveis de regressão, como pressupõe a primazia da mudança relativamente ao *insight* (Potthoff, 2014, p. 274). Destaca, ainda, o fenómeno da reação em espelho, considerando-o a base do processo grupalítico, na medida em que, ao longo do desenvolvimento infantil, as reações em espelho vão permitir à criança a diferenciação entre o *Self* e o não-*Self* e, conseqüentemente, a resolução do narcisismo primário. Nos grupos, o processo repete-se e, através de mecanismos de identificação, compreensão, imitação, externalização e internalização, os indivíduos acabam por ativar

respostas sociais que os definem, acima de tudo, como seres sociais. Daqui decorre que as experiências emocionais corretivas resultam das interações no grupo, cujo conhecimento coletivo é muito maior que o individual, observando-se uma diminuição das resistências sempre que a informação é veiculada interpares e não através de uma figura de autoridade (v.g. condutor do grupo).

O condutor é tido como um observador participante, mantendo uma “mente aberta”, sem preconceitos, postura passiva e imparcial, encorajando a interação no grupo e fazendo interpretações predominantemente para o grupo como um todo. Espera-se dele pontualidade e regularidade, informação prévia relativa a ausências e/ou férias, evitar o uso de medicação, a ser necessário deverá ser administrada e monitorizada por outro colega. Podemos, deste modo, resumir a atitude analítica do condutor da seguinte forma: recebe todas as comunicações expressas pelos elementos do grupo, é suposto ser não diretivo, esclarecedor, interpretativo, utilizando predominantemente recursos verbais que conduzam a um eventual *insight*; a relação que os elementos do grupo estabelecem entre si e com o condutor constitui o objeto principal da comunicação e da análise; não deve manipular a relação, na medida em que deve entender o seu papel enquanto figura transferencial (Foulkes, 1986, p. 133). Para além das características referidas, um bom condutor de grupo/grupanalista deve ainda reunir as seguintes qualidades pessoais: inteligência, capacidade de entender e de se fazer entender de forma simples, bom senso, capacidade de ouvir de forma recetiva sem que as suas expectativas e preconceitos possam interferir, mantendo uma mente aberta e ativa, amor pela verdade, ser mental e emocionalmente equilibrado (sem perturbação neurótica ou psicótica, sem malformações do carácter e sem patologia sexual desviante), *insight* relativamente às suas motivações inconscientes, bem como, à sua experiência de vida no que respeita aos fenómenos transferenciais em *setting* terapêutico, responsável pela criação e manutenção de um ambiente terapêutico suficientemente seguro por forma a permitir a vivência de experiências de desamparo, desânimo e desespero, evitar sucumbir ao desejo de poder ou às fantasias de onipotência, bem como, a uma ambição terapêutica desadequada, contrárias à desejável atitude de humildade e modéstia preconizadas, deverá, por fim, tratar todos os elementos do grupo da mesma maneira (Foulkes, 1986, pp. 157-158).

Desta maneira, para Foulkes, a mudança terapêutica acontece no grupo e através do grupo, considerando como objetivo da terapia “(...) as mudanças das estruturas relacionais internas e

externas são o objetivo principal da terapia. O grupo assume a tarefa de “ressocialização (...)” (traduzido de Potthoff, 2014, p. 275).

5. Grupanálise (*Groupanalysis*): Escola Portuguesa de Grupanálise

Ligado à história da Grupanálise em Portugal e à criação da Sociedade Portuguesa de Grupanálise (SPG), Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo (SPGPAG) desde 2012, está o nome do psiquiatra e psicanalista português Professor Doutor Eduardo Luís Cortesão ou não fosse ele o principal responsável pela fundação e instituição da teoria e da técnica Grupanalítica no nosso país, como hoje a conhecemos. Neste ponto, iremos apresentar em primeiro lugar, de forma concisa, a história da Grupanálise no nosso país e, de seguida, faremos a apresentação da teoria, da técnica e da formação em Grupanálise e em Psicoterapia Analítica de Grupo de acordo com as conceções da Escola Portuguesa.

Pela sua relação de grande proximidade com Foulkes, seu grupanalista, e com a própria *Group Analytic Society* em Londres, Eduardo Luís Cortesão introduz a Grupanálise em Portugal em 1956, criando para o efeito o Movimento Grupanalítico Português, o primeiro núcleo do que viria a ser, dois anos mais tarde, o Grupo de Estudos de Grupanálise. Em 1963, este Grupo iria constituir-se em Sociedade Científica como uma seção da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria (SPNP). Este movimento inicia a sua atividade clínico-formativa em 1957 no Instituto de Serviço Social de Lisboa com grupos de supervisão para as assistentes sociais. Dois anos mais tarde, tiveram início os primeiros grupos psicoterapêuticos na Consulta de Psicoterapia do Hospital de Santa Maria, permitindo igualmente o treino e supervisão do trabalho desenvolvido. A técnica grupanalítica foi igualmente utilizada no tratamento de crianças com perturbação do neurodesenvolvimento e jovens com alterações de comportamento, em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria, na consulta externa do Dispensário de Higiene Mental de Lisboa, e também ao nível da formação e investigação universitária, não só no Instituto de Serviço Social como também na Faculdade de Medicina. O primeiro curso de formação teórica em Grupanálise teve início em novembro de 1964, na altura estruturado em 3 anos. A Sociedade manteve desde o início relações privilegiadas com outras Sociedades internacionais, não só com a *Group Analytic*

Society de Londres como também com as suas congéneres americana e francesa (Salgado & Pinto, 2001, pp. 52-56).

Em Portugal, a Grupanálise como técnica de intervenção psicoterapêutica foi ganhando terreno em várias instituições ligadas à saúde, nomeadamente no Hospital Miguel Bombarda através da introdução da psicoterapia de grupo de base grupanalítica com psicóticos, no Hospital Júlio de Matos através dos grupos psicoterapêuticos de suporte, no Hospital de Santa Maria através da continuação dos grupos de psicoterapia grupanalítica em ambulatório e também no Hospital de Dia com a introdução de um *counseling group* e de um grupo comunitário. Também o Centro de Paralisia Cerebral da Fundação Adolfo Vieira de Brito utilizava a técnica grupanalítica através dos seus grupos de ludoterapia grupanalítica, bem como, o Instituto Navarra de Paiva através da introdução de técnicas grupanalíticas no atendimento de delinquentes menores.

Em julho de 1967 é publicado o primeiro Boletim Informativo da Seção de Grupanálise da SPNP, o qual em 1976 dará lugar à primeira revista com o nome “Grupanálise”. Vivendo momentos de intensa atividade científica, em 1970, a Sociedade organiza o I Simpósio Europeu de Grupanálise, no Estoril, altura em que Foulkes reconheceu a existência da Escola Portuguesa de Grupanálise, baseada numa abordagem psicanalítica diferente da sua, a qual é baseada numa abordagem mais social (Neto & França, 2021, p. 24).

Em abril de 1976 criou-se o Instituto Português de Grupanálise, um grupo de trabalho internacionalmente reconhecido pela qualidade ao nível da formação e treino, desempenhando igualmente uma importante função clínica nos três departamentos por si criados: Departamento Infantil, Departamento de Adolescentes e Departamento de Adultos, onde, para além dos acompanhamentos individuais em todos os departamentos, chegou a ter dez grupos psicoterapêuticos no Departamento de Adultos, quatro no de Adolescentes e dois no Infantil (Salgado & Pinto, 2002, pp. 56-60).

Em dezembro de 1981 é constituída a Sociedade Portuguesa de Grupanálise e, por iniciativa de Eduardo Luís Cortesão, tem início um Seminário com periodicidade mensal cujo objetivo assenta na divulgação da teoria e técnica grupanalítica, que mais tarde viria a ter o seu nome, permanecendo até aos dias de hoje como uma das mais importantes atividades de formação teórico-prática para todos os sócios. Em 1989 é oficialmente extinto o Instituto Português de

Grupanálise e com ele uma parte importante da sua atividade, nomeadamente ao nível da assistência clínica.

Em março de 1987 realiza-se o I Encontro da Sociedade Portuguesa de Grupanálise, no Vimeiro, e passados dois anos é organizado o 1º Congresso Nacional de Grupanálise na Reitoria da Universidade de Lisboa, comemorando-se desse modo os 30 anos da atividade científica do seu fundador, Eduardo Luís Cortesão. Em fevereiro de 1991 a SPG perde o seu fundador e presidente honorário Eduardo Luís Cortesão, passando o Seminário da Teoria da Técnica a denominar-se Seminário Eduardo Luís Cortesão (SELC), realizando-se mensalmente na sede da SPGPAG.

A nível internacional, a SPGPAG mantém e reforça as relações com a Federação Europeia de Psicoterapia Psicanalítica (EFPP), com a Associação Internacional de Psicoterapia de Grupo (IAGP) e com a Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo (ABPAG). Em março de 2000 é publicado o N.º 1 da Revista Portuguesa de Grupanálise pela Editora Fim de Século (Salgado & Pinto, 2003, pp. 57-60).

Com uma abordagem diferente de Foulkes relativamente ao conceito de Grupanálise, Eduardo Luís Cortesão destacou em primeiro lugar a importância da Psicanálise na Grupanálise, encontrando-se essa influência predominantemente no ponto de vista Metapsicológico definido por Freud, na Psicologia do Ego, na teoria das Relações de Objeto e na Psicologia do Self, apesar de, como defendia, terem bases teóricas comuns (Grupanálise e Psicanálise), os seus procedimentos operativos são distintos. Em segundo lugar, destacou a importância do papel do grupanalista/condutor no processo terapêutico, levando-o a criar o conceito de Padrão e a mudar o nome Group Analysis (Grupo Análise), criado por Foulkes, para Groupanalysis (Grupanálise) pretendendo, com a junção dessas duas palavras, defender o caráter unificado, integrado e analítico da Grupanálise. No site da SPGPAG (<https://grupanalise.pt/spgpag/>), Cortesão apresenta a sua conceção do processo grupanalítico, como (SPGPAG, s.d.),

O processo grupanalítico, tal como o tenho vindo a definir... inclui compreensivamente toda a teoria psicanalítica – e pressupõe deste modo, o manejo técnico e clínico, desde as formulações metapsicológicas até às minúcias das relações de objeto, numa situação específica de grupo. Situação diferente, ainda que não contraditória da situação dual da psicanálise.

A Grupanálise constituía, para Cortesão, uma maneira de elaborar, interpretar e lidar com Eros e Tanatos, com o erótico e o perverso, com a inveja e a destrutividade anal. Em

Portugal, a Grupanálise é vista como um meio terapêutico de acesso ao inconsciente, com o objetivo de fomentar a introspeção, o *insight* e o desenvolvimento do *Self* (Neto & França, 2021, pp. 34-36).

Cortesão introduziu dois conceitos fundamentais na Escola Portuguesa de Grupanálise – Padrão e Processo Grupanalítico -, sendo o Padrão, muito provavelmente, o contributo que mais controvérsia gerou na esfera grupanalítica internacional, nomeadamente com a não aceitação de Foulkes relativamente à importância dada ao papel atribuído ao grupanalista/condutor em detrimento do grupo como um todo, aliás, o conceito de Padrão nunca foi aceite na Escola Inglesa. Cortesão definiu Padrão como a natureza de determinadas atitudes do grupanalista/condutor, as quais vão sendo integradas na matriz grupanalítica, através da interpretação, proporcionando a evolução do processo grupanalítico (Neto & França, 2021, pp. 22-23). Segundo Cortesão, o Padrão é caracterizado pela sua natureza, pela sua função e pelos seus objetivos. A sua natureza está diretamente ligada à personalidade do grupanalista/condutor, é este quem vai transmitir o Padrão no grupo através, não só da sua personalidade, mas também de determinadas características suas como a tolerância, a honestidade, a empatia, a fluência verbal, a perceção interpessoal, a expressão e a modulação afetiva, a cordialidade e a aceitação, o foco no outro, a autenticidade, nunca evitar material difícil, ser confiável, coerente e flexível, ser capaz de reconhecer as competências positivas dos seus pacientes, bem como, de monitorizar o progresso desses pacientes, estar atento à sua contratransferência, ter sentido de humor, entre outras. Será, portanto, um grupanalista/condutor suficientemente sensível, capaz de conter e gerir as ansiedades mais primitivas que possam surgir no grupo, recorrendo para tal ao uso de clarificações, analogias, metáforas, confrontações, reformulações e interpretações na transferência (Neto & França, 2021, pp. 96-98). A sua função está ligada à seleção dos elementos que vão integrar o grupo, às regras inerentes ao tratamento em grupo, às condições específicas ligadas ao *setting*, às atitudes clínicas e às intervenções analíticas e interpretativas do grupanalista/condutor durante as sessões. Relativamente à seleção dos elementos, Neto (2003, p. 25) destaca 3 pontos a ter em consideração: individual, relacional (interação com determinado grupo e com determinado elemento) e contratransferencial, dedicando a este último uma atenção especial. A autora defende a criação do que chama de equilíbrio contratransferencial no *setting* grupanalítico, referindo-se à capacidade empática do grupanalista/condutor relativamente a cada elemento de determinado grupo. Para tal, defende a importância da realização de um

acompanhamento psicoterapêutico individual prévio à entrada no grupo a fim de adquirir um maior conhecimento do elemento a integrar e, com isso, contribuir para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica; atender à sua própria empatia no momento da escolha, evitando os riscos inerentes a qualquer tipo de idealização; atender igualmente às características do grupo que o novo elemento vai integrar a fim de evitar disparidades significativas e, por fim, perante situações de grande agressividade e potencial destrutividade no grupo, o grupanalista/condutor deverá analisar qual a sua possível responsabilidade na situação (Neto, 2003, p. 26).

A função do Padrão está igualmente ligada ao estabelecimento de regras, nomeadamente: o contrato terapêutico deverá ser feito previamente à entrada do novo elemento no grupo, a confidencialidade, bilateral e total, deve ser assegurada e explicada, os elementos de um grupo não se devem conhecer entre si aquando da entrada nesse grupo, o contato entre os elementos de um grupo é desaconselhado fora das sessões, mas, se acontecer, o mesmo deve ser trazido para a sessão, nenhum grupanalista/condutor se deve envolver afetivo-sexualmente com nenhum dos seus pacientes fora do quadro terapêutico, o grupanalista/condutor não deve falar com os familiares e/ou pessoas significativas dos seus pacientes sem o conhecimento, consentimento e presença destes (pacientes), no *setting* terapêutico deverá sempre ser privilegiada a comunicação verbal, qualquer contato físico é proibido, o paciente deverá renunciar a qualquer ganho secundário no grupo. O grupanalista/condutor deverá, ainda, assegurar o espaço físico (luminoso, arejado, cadeiras/sofás semelhantes e em número suficiente para todos os elementos), a frequência (mínimo de 2xsemana) e a duração (90 min) das sessões, bem como, respeitar a regularidade e a pontualidade das mesmas. Deverá igualmente garantir o contato visual entre todos os elementos do grupo sentados em círculo, estimulando a livre discussão flutuante sem qualquer censura social, promovendo a liberdade de pensamento e a livre expressão de emoções. É igualmente importante que se abstenha de fazer intervenções banais ou dar opiniões, que preste atenção a cada elemento do grupo, ao grupo como um todo e à sua dinâmica, bem como, prestar atenção a todas as comunicações verbais e não verbais (Neto & França, 2021, pp. 101-102). Em relação aos objetivos do Padrão, estes são predominantemente terapêuticos, destacando-se a análise do inconsciente e da transferência, nomeadamente através de mecanismos promotores da mudança como são o *insight* e a elaboração terapêutica (também denominada perlaboração ou *working-through*). Desta

forma, o grupalista/condutor conseguirá promover o *insight* emocional e intelectual, bem como, contribuir para mudanças significativas no *Self* de cada paciente. Relativamente ao Processo Grupalítico, este resulta da permanente partilha emocional entre todos os elementos de um grupo, dos fenómenos transferenciais que aí ocorrem e da atividade interpretativa do grupalista/condutor predominantemente dirigida a cada paciente, individualmente, e não tanto ao grupo como um todo (Neto & França, 2021, pp. 54-57).

Mesmo o conceito de Matriz, criado por Foulkes, foi alterado por Cortesão através da introdução do conceito de Padrão na sua definição e organização, sendo a Matriz definida por este autor como uma rede específica de comunicação, relação e elaboração terapêutica, atribuindo ao grupalista/condutor a capacidade de imprimir no grupo uma atitude de escuta analítica, permitindo dessa forma a elaboração da neurose de transferência de cada elemento do grupo e consequente individualização do *Self* de cada um, posição oposta à que Foulkes defendia. Através da integração destes conceitos – Padrão e Processo Grupalítico – no conceito de Matriz Grupalítica, Cortesão cria a verdadeira especificidade da teoria e da técnica da Escola Portuguesa de Grupalise, ou seja, para Cortesão a essência da Grupalise em Portugal está intrinsecamente ligada à convergência das dimensões teóricas, principalmente da Metapsicologia de Freud e da Teoria das Relações de Objeto, e das dimensões técnicas - Matriz, Padrão, Níveis de Experiência e de Interpretação - para um objetivo muito específico: a instalação e resolução da Neurose de Transferência Grupal (Neto & França, 2021, pp. 78-79), ao contrário de Foulkes que defendia que o fator que mais contribuía para uma real mudança terapêutica é o Treino do Ego em Ação (*Ego Training in Action*), onde todo o grupo interpreta as comunicações que vão surgindo e não tanto as interpretações que o grupalista/condutor possa fazer, individualmente, para cada elemento do grupo (Foulkes, 1986, p. 112).

Ao contrário de Foulkes, Cortesão considerava os fatores genético-evolutivos como os que melhor explicam a psicopatologia. Como anteriormente referido, para o fundador da Grupalise em Portugal, as principais dimensões teóricas e técnicas são a Matriz, o Padrão, os Níveis de Comunicação e de Interpretação.

Relativamente aos Níveis de Comunicação, que Cortesão designou de Níveis de Experiência, e que são uma consequência da interação e partilha de conteúdos entre todos os elementos no grupo, podem ser sistematizados em três níveis: nível da Experiência Subjetiva Individual

(quando os elementos de um grupo partilham conteúdos entre si sem qualquer relação entre eles), nível da Experiência Subjetiva Múltipla (quando os elementos de um grupo partilham conteúdos entre si e existe uma relação entre eles que os liga) e nível da Experiência Associativa (quando os elementos de um grupo partilham conteúdos entre si e os restantes elementos comentam o que foi comunicado através de clarificações, sugestões, questões, aconselhando ou propondo significados à comunicação realizada, objetivo da função terapêutica num grupo). Estes níveis de experiência são mutáveis, oscilando entre si ao longo de uma sessão de grupo, destacando-se o último como o que melhor representa o objetivo do processo grupalítico (Neto & França, 2021, pp. 120-121).

Em relação aos Níveis de Interpretação, Cortesão concetualizou o termo interpretar como a tradução dos conteúdos reais e manifestos expressos no *setting* grupalítico através de linhas de raciocínio, pensamentos, ideias, atitudes, comportamentos verbais e não verbais em conteúdos inovadores e mais elaborados. Deste modo, defendeu a existência de seis níveis de interpretação num grupo: Interpretação Genético-Evolutiva (ligada aos aspetos genéticos da personalidade e do Self), Interpretação Desenvolvente (ligada à correlação de diferentes fases do desenvolvimento, à forma como o *Self* se relaciona com a família, com as matrizes sociais, como reage à mudança, à frustração e aos conflitos), Interpretação de Significação (ligada à ideia de que os sintomas e os comportamentos têm um significado, podendo ser interpretados como ações e modos de comunicação), todos estes níveis de interpretação proporcionam o estabelecimento de relações de causalidade, promovendo a elaboração de significados inovadores e mais criativos. O quarto nível de Interpretação, denominado de Criatividade, resulta da expansão dos horizontes e perspetivas pessoais através da elaboração terapêutica, permitindo que cada elemento do grupo atinja novos objetivos terapêuticos (Cortesão, 1989, pp. 135-136). O nível de Interpretação na Transferência acontece quando o grupalista/condutor ou, menos frequentemente, um elemento do grupo, interpreta o conteúdo latente expresso como tendo um determinado significado associado à situação relacional no aqui-e-agora terapêutico. Por fim, o nível de Interpretação Comutativa constitui-se como uma interpretação na transferência, onde os conteúdos partilhados pelos elementos do grupo são integrados e elaborados com ganho de *insight*, promovendo uma maior consciencialização por parte do grupo através da modificação de comportamentos, atitudes e consequente reformulação das relações sujeito-objeto (Neto & França, 2021, pp. 121-122).

Cortesão considerava igualmente importante o conceito de “reação em espelho”, fundamental na organização da personalidade ao permitir a diferenciação entre o *Self* e o não *Self* através do confronto emocional entre todos os elementos no grupo. Em relação a este conceito, torna-se fundamental o contato visual que é assegurado pelo *setting* grupal analítico, ver e ser-visto permite a ativação dos neurónios em espelho (*mirror neuron*), mimetizando o que está a ser visto através da ativação dos respetivos circuitos neuronais. Apesar de este fenómeno ser mais completo quando se observa um modelo em ação, também é ativado através da capacidade de imaginar a ação do outro ou a ação do próprio. Devido à posição face-a-face, as representações partilhadas são mais intensas até porque as emoções também se manifestam no corpo, o que promove uma maior capacidade empática no condutor (Nava, 2006, pp. 93-94). Apesar de considerar o grupo como um importante meio terapêutico, defendia o indivíduo como o objeto privilegiado de análise no contexto da matriz de grupo, apresentando como principais fatores terapêuticos a interpretação, o *insight*, a elaboração terapêutica e a análise e resolução da neurose de transferência (Neto & França, 2021, p. 116).

Para Cortesão, o principal objetivo da Grupanálise resulta da elaboração terapêutica do negativo, ou seja, da transição de um mundo narcísico (processo primário de Freud) para um mundo objetal real, pressupondo, desse modo, a internalização e a capacidade de pensar novas representações objetais, ocasionando mudanças ao nível da maturidade do aparelho psíquico e dos comportamentos, fenómeno que Cortesão apelidou de Equilíbrio Estético. Quando o indivíduo atinge este estado sente que as suas representações objetais são menos persecutórias, menos clivadas, menos distorcidas e identificadas com maior autonomia, tudo isso porque ocorreu uma mudança na sua matriz relacional interna através da ação do padrão e da matriz dinâmica do grupo (Neto & França, 2021, p. 60).

Porque o conceito de Padrão é, em bom rigor, a maior inovação concetual da Escola Portuguesa de Grupanálise, destacando a importância do grupanalista/condutor como figura central no processo terapêutico de cada um dos pacientes em grupo, algo impensável para o próprio Foulkes, torna-se mandatário falar da formação do mesmo pela responsabilidade que tal acarreta. Assim sendo, em Portugal, a formação em Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, para além de longa e rigorosa, assenta em três pilares fundamentais: Grupanálise Pessoal, Curso Teórico de Formação e Supervisão.

A Grupanálise Pessoal deverá ser realizada em grupos pequenos e mistos (elementos em formação grupanalítica e elementos que não estão nessa formação) com um membro didata da SPGPAG por um período nunca inferior a seis anos, precedida por um período (de alguns meses até um ou dois anos) de psicoterapia individual analítica com o mesmo grupanalista como preparação para a entrada no grupo, sem um fim programado, com um mínimo de duas sessões por semana (segundo as normas dos Estatutos da SPGPAG, 2012), pretendendo-se, desta forma, promover a análise da personalidade do futuro grupanalista/conductor o mais aprofundadamente possível, por forma a reduzir ao máximo a existência de “pontos cegos”, os quais poderiam atuar como resistências do próprio grupanalista/conductor e, consequentemente, comprometer o processo analítico dos elementos do grupo. É também fundamental possuir conhecimentos significativos em Psiquiatria e Psicologia, e garantir uma atualização permanente dos conhecimentos teórico-práticos, nomeadamente através da participação ativa em Congressos nacionais e internacionais promovidos pela SPGPAG e suas congéneres internacionais, no Seminário Eduardo Luís Cortesão (SELC), onde mensalmente são apresentados tópicos teóricos e discussão de casos e estudos clínicos, e também através do trabalho científico de investigação clínica no âmbito das intervenções de grupo de orientação grupanalítica.

O Curso Teórico de Formação tem a duração de quatro anos, consiste em seminários clínicos e teóricos semanais de duas horas, e abrange quatro áreas fundamentais: atualização de conceitos psicanalíticos, atualização da teoria e da prática grupanalíticas, psicopatologia e grupanálise aplicada em vários contextos.

A Supervisão pode ser individual ou em grupo (preferencial) com dois colegas da SPGPAG diferentes, em *timings* distintos, não em simultâneo, preferencialmente semanal, constituindo um processo intersubjetivo de ensino-aprendizagem em que o objetivo é adquirir um melhor entendimento da vida mental dos pacientes e das dinâmicas grupais, nomeadamente através da análise da transferência-contratransferência, contribuindo para a proteção quer dos pacientes quer dos terapeutas quer do próprio supervisor. Constitui uma atividade obrigatória durante, pelo menos, seis anos, o material deve ser apresentado por escrito e em discurso direto (Neto & França, 2021, pp. 164-167).

Apesar do nome – Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo -, grupanálise e psicoterapia analítica de grupo são conceitos diferentes na nossa Escola e, por

isso, merecem melhor esclarecimento, até porque os estudos apresentados nesta dissertação respeitam predominantemente à psicoterapia analítica de grupo. É precisamente isso que nos propomos fazer no ponto que se segue.

6. Psicoterapia Analítica de Grupo versus Grupanálise: Breve Esclarecimento

Dinis e Abreu-Afonso (citado por Neto & França, 2021, pp. 133-134) apresentam as diferenças entre os dois tipos de intervenções psicológicas em grupo de uma forma muito clara, perceptível e esclarecedora, pelo que decidimos recorrer à forma como nos apresentam essas mesmas diferenças, uma vez que todos os estudos realizados no âmbito da presente dissertação têm como foco principal as intervenções analíticas de grupo. Para estes autores, a principal diferença entre psicoterapia analítica de grupo e grupanálise reside no fato de esta última ser a única intervenção analítica que permite o estabelecimento, interpretação e resolução da neurose de transferência, tendo consequentemente objetivos ligados a mudanças estruturais, que se pretendem duradouras, ao nível da personalidade e do caráter, como tão bem elucidam as palavras de Neto e Centeno (2006, traduzido de e citado por Neto & França, 2021, p. 134):

(...) o que parece diferenciá-las é que a capacidade transformadora na grupanálise ocorre principalmente devido à análise das transferências e resistências de cada elemento do grupo. Enquanto na psicoterapia analítica de grupo, a análise é focada principalmente no fenómeno de espelho, na interação e relação entre os elementos do grupo e entre eles e os objetos das suas vidas atuais. Na psicoterapia analítica de grupo, o treino do ego em ação é, de facto, o fator com maior capacidade terapêutica.

Como tal, na psicoterapia analítica de grupo só muito excecionalmente se interpreta a neurose de transferência, apesar de ser reconhecida, e, quando tal é possível, consegue atingir-se o nível de interpretação genético-evolutivo. Daqui resultam objetivos menos ambiciosos que na grupanálise, mas não menos impactantes, como sejam a diminuição ou eliminação dos distúrbios experienciados como ego-distónicos, a promoção de um melhor conhecimento de si próprio e, consequentemente, mudanças adaptativas ao nível da personalidade e do comportamento. É uma intervenção que permite atingir resultados de forma mais célere, por isso tem também uma duração mais curta, habitualmente não ultrapassa os dois anos, tendo as sessões uma frequência semanal ou quinzenal. Neste tipo de intervenção, o terapeuta/condutor tende a exercer um maior controle sobre a transferência, focando-se mais no consciente, no aqui-e-agora, evitando estimular a regressão nos elementos do grupo,

intervindo de forma mais ativa e contentora, com o objetivo de manter a ansiedade dentro de níveis toleráveis, o que também lhe permite trabalhar com um leque mais vasto de patologias.

Apesar das diferenças, ambas as intervenções – Psicoterapia Analítica de Grupo e Grupanálise – constituem contextos terapêuticos privilegiados para lidar com conflitos e sentimentos difíceis, seja através do recurso aos grupos de pequena dimensão seja através do recurso aos grupos de média dimensão, os quais constituem o foco dos três estudos apresentados nesta dissertação, com especial relevância para os grupos de média dimensão. Iremos, de seguida, apresentar as principais características de cada um.

7. Grupos Pequenos e Grupos Médios

Constituindo o foco da presente dissertação, a intervenção psicoterapêutica analítica/psicodinâmica em grupos pequenos e em grupos médios, principalmente no que respeita aos grupos de média dimensão, assunto de grande interesse para a investigadora principal, convém determo-nos por breves instantes nas características de cada um. Para tal, guiámo-nos pelo trabalho desenvolvido por Patrick de Maré, psiquiatra e psicoterapeuta de grupo britânico de ascendência sueca, que esteve envolvido no desenvolvimento dos grupos pequenos, médios e grandes, vendo em todos uma oportunidade para estudar não só o desenvolvimento da personalidade como também da vida psíquica.

De Maré e Foulkes fundaram a GAS em 1952, iniciando aí a sua experiência com grupos de pequena dimensão, de cinco a doze elementos, cuja referência mais próxima é o grupo familiar, onde se trabalha essencialmente o inconsciente e onde é suposto as pessoas aprenderem a expressar o que sentem, apesar de o grupo, como um todo, constituir o agente terapêutico por excelência e não o indivíduo. Em 1970, com Lionel Kreeger, de Maré inicia o trabalho com grandes grupos, com mais de quarenta elementos, associando este tipo de grupo aos conceitos de cidadania, consciência política e sociocultural, refletindo desse modo o inconsciente social e a cultura coletiva. Nos anos 90, de Maré cria o grupo médio, composto por doze a trinta elementos, como um espaço de transição entre o grupo pequeno e o grupo grande (Lenn & Stefano, 2012, pp. 124-125).

Segundo de Maré, o grupo médio é grande o suficiente para representar a sociedade e pequeno o suficiente para garantir o contato visual e a participação expressa de todos os elementos, estimulando o processo de individualização, constituindo, desse modo, como que

um desenvolvimento das ideias de Foulkes aplicadas a um contexto de grupo mais vasto com uma componente social. Neste sentido, constitui um espaço transicional de passagem da família narcísica (grupo pequeno) para a sociedade, para a cidadania, nomeadamente através do recurso ao diálogo, a verdadeira essência do grupo médio (Lenn & Stefano, 2012, p. 99). Neste contexto, o diálogo adquire um estatuto de processo transformativo ao converter o que não faz sentido em compreensão e significado, ao estimular o pensamento e as emoções. Os elementos do grupo aprendem a dialogar uns com os outros, a lidar com as emoções expressas, a conhecerem-se melhor através das reações que causam nos outros e na resposta que recebem de volta (reação de espelho), o que lhes permite individualizarem-se através do reconhecimento e da junção das partes clivadas do *Self* (treino do Ego em ação), constituindo-se como agentes terapêuticos enquanto o grupo funciona como meio terapêutico, ao contrário do grupo pequeno de Foulkes.

Os pressupostos que norteiam os grupos médios são semelhantes aos que Foulkes aplicou aos grupos pequenos, sendo os principais: os elementos devem estar sentados em círculo garantindo o contato visual entre todos, deve ser garantida a regularidade das sessões, uma a duas vezes por semana, estimulada a livre discussão flutuante, o condutor deve ser não diretivo, abstendo-se de introduzir assuntos ou objetivos.

Relativamente aos grupos de psicoterapia analítica/psicodinâmica de média dimensão, o atual presidente da GASI, o psicólogo clínico e grupanalista Robi Friedman, recorrendo à sua experiência clínica, defende a intervenção terapêutica com grupos médios como sendo a mais eficaz no tratamento de disfunções de relacionamento do *Self* (quando uma identificação social excessiva origina o desenvolvimento de um *Self* imaturo e com pouca autonomia) e nas disfunções de relacionamento de exclusão (quando o núcleo da sociedade age por forma a marginalizar os indivíduos ou os subgrupos e estes “assumem” esse papel), de acordo com a classificação de Agazarian de disfunções interpessoais, indicando-os como o *setting* ideal para situações de traumas sociais. Da mesma forma, Friedman recomenda a intervenção analítica/psicodinâmica com grupos de pequena dimensão em disfunções de relacionamento deficiente (quando há uma incapacidade em conter a dualidade fraqueza-força em si e nos outros, gerando comunicações ansiosas, de conteúdos depressivos e de inferioridade na interação com os outros) e em disfunções de relacionamento de rejeição (quando há uma incapacidade em conter a agressividade do grupo, podendo ocasionar fenómenos como o do “bode expiatório”) (Friedman, 2013, pp. 167-169).

8. A Dimensão do Grupo como Fator Terapêutico: Evidência Científica

Após 75 anos a publicar resultados de trabalhos científicos na área da psicoterapia de grupo, o *International Journal of Group Psychotherapy* (2017) vem apresentar os resultados obtidos nos últimos 25 anos relativamente aos grupos pequenos, concluindo que “(...) a terapia de grupo é um tratamento empiricamente bem fundamentado para um grande número de perturbações psiquiátricas e descreve evidências que sustentam o resultado de várias orientações teóricas.” (traduzido de Burlingame et al., 2017, p. S194).

Burlingame e Baldwin, em 2011 (citado por Burlingame et al., 2017, p. S195), publicaram o resultado do seu trabalho de pesquisa relativamente aos últimos 100 anos do tratamento e investigação com grupos, tendo para o efeito apresentado três épocas de referência: de 1900 a 1930, de 1940 a 1970 e de 1980 até ao presente, começando por apresentar a sua definição de psicoterapia de grupo, a qual consistiria em “(...) o tratamento de perturbações psicológicas ou emocionais ou problemas de adaptação num ambiente de grupo, com foco na mudança comportamental, interpessoal (social) ou intrapessoal (psicológica) nos membros do grupo.” (tradução da autora). Segundo os autores, a época de 1900 a 1930 constituiu o início do trabalho com grupos terapêuticos, nomeadamente através dos grupos levados a cabo por Joseph Pratt, nos EUA, em 1905, com doentes tuberculosos, onde os doentes eram ensinados a melhor lidar com a sua doença através da aquisição de informação relativa às causas, transmissão, evolução, aumentando, dessa forma, a confiança do doente em si próprio e consequentemente as suas defesas. Nesta altura, já era reconhecida a importância de se tratar um grande número de doentes num curto espaço de tempo, pelo que o método passou a integrar hospitais e outros contextos clínicos. Nesta época, a investigação que se realizava era predominantemente descritiva, como a caracterização dos tratamentos de grupo e da sua aplicação e observações clínicas sobre a sua eficácia. De 1940 a 1970, verificou-se um aumento significativo da prática das intervenções de grupo, bem como, do aparecimento de novos modelos teóricos (terapia da *Gestalt*, terapia Centrada no Cliente, terapia Interpessoal, terapia Cognitivo-Comportamental). Nesta época, a investigação deu especial importância à pesquisa, teórica e empírica, relativa aos mecanismos de mudança – que efeitos tinha o grupo sobre os seus elementos - e à eficácia das intervenções de grupo. De 1980 até aos dias de hoje, a investigação tem vindo a focar-se mais no estudo de determinadas populações clínicas, bem como, nas questões ligadas à concetualização de determinadas características estruturais das intervenções em grupo. Como conclusão, os autores referem um aumento

significativo do nível de rigor na investigação com grupos terapêuticos e, ainda, a mudança de foco de uma investigação mais ligada à eficácia de determinada orientação teórica para uma investigação mais ligada à eficácia das intervenções de grupo no tratamento de pessoas com determinado diagnóstico psiquiátrico (Burlingame et al., 2017, p. S200).

O mesmo autor, Burlingame (2003), realizou uma meta-análise relativa ao estudo da eficácia da psicoterapia de grupo em 111 estudos experimentais e quase-experimentais nos últimos 20 anos, tendo concluído que somente 12% desses estudos tinha ocorrido em contexto hospitalar, nomeadamente na consulta externa de Saúde Mental, só 15% desses estudos tinha como principal orientação teórica a psicodinâmica/analítica, aspecto comum aos estudos 2 e 3 da presente dissertação, o conteúdo da maioria dos estudos (n=58) focou-se num grupo específico de sintomas, seguido de estudos cujo foco eram os resultados totais (n=40) e avaliação da personalidade (n=26). Os grupos foram classificados quanto ao seu tamanho em grupos pequenos, de 1 a 4 elementos, grupos médios, de 5 a 12 elementos, e grupos grandes, com mais de 12 elementos, não existindo nenhuma referência teórica que explique e/ou apoie essa classificação, a qual não se revê em nenhum dos estudos descritos na presente dissertação, os quais seguem a classificação operacionalizada por Patrick de Maré. Relativamente à forma como os resultados foram obtidos, a maioria dos estudos (n=72) recorreu a medidas de autoavaliação (escalas de autopreenchimento), o mesmo acontecendo com os nossos estudos 2 e 3. Relativamente aos resultados obtidos da comparação entre grupo terapêutico versus grupo controlo, os mesmos indicam que a intervenção terapêutica em grupo constitui um tratamento independente e eficaz. Surgiram, igualmente, diferenças significativas em relação às variáveis ligadas às características dos pacientes, nomeadamente que os pacientes acompanhados em grupos homogêneos (mesma sintomatologia), mistos para a variável género e seguidos na consulta externa obtiveram mais melhorias que os seus homólogos, chamando a atenção para o tema da composição dos grupos uma vez que esse é um dos fatores menos estudados em toda a história da investigação empírica com grupos. Quanto à comparação pré-pós tratamento, os resultados obtidos indicaram uma melhoria, confirmando assim que a terapia em grupo funciona (Burlingame, 2003, p. 10).

Relativamente aos estudos de eficácia e eficiência clínica da Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, Blackmore et al. (2012) levaram a cabo uma revisão sistemática sobre o tema, tendo sido selecionados 34 estudos (7 estudos aleatoriamente controlados, 5 estudos de caso controle, 21 estudos observacionais e 1 estudo qualitativo) e 19 revisões sistemáticas,

publicados em inglês, entre 2001 e 2008, confirmando que as terapias de grupo são, no geral, mais eficazes que os grupos de controlo em lista de espera ou em tratamento habitual (*standard*). Nestes grupos foram estudados os seguintes problemas e/ou diagnósticos: perturbações da personalidade, perturbações do comportamento alimentar, perturbações de stress pós-traumático, relações abusivas, esquizofrenia, luto patológico e abuso sexual infantil. Destes grupos, 22 foram classificados como heterogéneos e 12 como homogéneos. Dezassete estudos utilizaram a denominação “psicodinâmico” para descrever o tratamento de grupo utilizado, quatro utilizaram a denominação “psicanalítico” e nove utilizaram a denominação “grupanálise”, os restantes quatro estudos utilizaram outras denominações relativamente à orientação do tratamento. Nas suas conclusões, os autores referem que as várias formas de psicoterapia de grupo são muito eficazes e que, no futuro, os investigadores deveriam focar-se mais na identificação de quais os pacientes que melhor respondem a que tipo de intervenção de grupo, em aumentar o número e a qualidade de estudos com uma abordagem baseada na evidência quer para a grupanálise quer para a psicoterapia analítica/psicodinâmica de grupo (Blackmore et al., 2012, p. 64), sugerindo o recurso a medidas de bem-estar para avaliar resultados em vez das usuais medidas de remissão de sintomas ou adaptação social, tendo o nosso estudo 3 recorrido à avaliação do bem-estar psicológico como medida de avaliação da eficácia das intervenções psicoterapêuticas de grupo aplicadas. Ao contrário do que é habitualmente preconizado no Serviço Nacional de Saúde, as intervenções terapêuticas de grupo não deveriam ser limitadas no tempo, não deveriam ceder a imperativos meramente quantitativos uma vez que não é esse o objetivo do trabalho clínico e, ainda, que as orientações publicadas pela NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) não refletem as condições heterogéneas existentes nos grupos psicoterapêuticos uma vez que foram organizadas em torno de um único distúrbio (Blackmore et al., 2012, pp. 63-65), tema de discussão na presente tese, uma vez que todos os grupos experimentais apresentaram uma composição heterogénea para algumas variáveis, nomeadamente o diagnóstico.

Quanto à duração das intervenções de grupo, de curta ou longa duração (superior a 1 ano), Jensen et al. (2010) efetuaram um estudo naturalista com o propósito de avaliar a eficácia da terapia psicodinâmica de grupo de curta-duração (39 sessões), em grupos pequenos (6 a 8 pacientes), semiabertos, heterogéneos, na consulta externa de um Departamento de Psiquiatria na Dinamarca. Apesar dos autores terem concluído que a terapia psicodinâmica de

grupo de curta-duração está associada a um efeito médio-a-grande ou mesmo grande, a verdade é que muitos dos pacientes, após o tratamento, ainda apresentavam sintomatologia psicopatológica significativa quando comparados com as normas dinamarquesas. Estes resultados podem subentender que a terapia de curta-duração, não deixando de ser eficaz, apresenta piores resultados que as terapias de longa-duração, colocando a questão: estarão os doentes do serviço público a ter o tratamento mais adequado ou durante o tempo que verdadeiramente necessitam?

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Lorentzen et al. (2012, p. 430) levaram a cabo um estudo aleatoriamente controlado com grupos psicoterapêuticos psicodinâmicos pequenos (7 a 8 elementos), de curta (6 meses) e longa-duração (20 meses), a fim de avaliarem o impacto da duração do tratamento e das características profissionais do terapeuta no desenvolvimento da aliança terapêutica, tendo concluído que a duração do tratamento não teve qualquer impacto no estabelecimento da aliança terapêutica nos primeiros 6 meses de tratamento, contudo, nos grupos de curta-duração os terapeutas com mais experiência clínica obtiveram melhores resultados.

Ainda, Lorentzen et al. (2015) realizaram um estudo aleatoriamente controlado com grupos pequenos (7 a 8 elementos), heterogêneos, de psicoterapia analítica de grupo de curta (6 meses) e longa-duração (2 anos), na consulta externa de vários serviços públicos de saúde mental, com o objetivo de avaliar o efeito do tratamento em pacientes com perturbação de personalidade e pacientes sem perturbação de personalidade, tendo concluído que os pacientes sem perturbação de personalidade tendem a melhorar muito mais nos grupos de curta-duração, contrariamente aos pacientes com perturbação de personalidade que beneficiam muito mais do tratamento em grupos de longa-duração (Lorentzen et al., 2015, p. 141).

Contudo, as opiniões dividem-se, vários parecem ser os fatores que podem contribuir para um resultado terapêutico positivo, como é o caso de um estudo levado a cabo por Jean-Nicolas Despland et al. (2009), os quais avaliaram a relação entre a competência do terapeuta e o resultado terapêutico numa intervenção psicodinâmica muito breve de 4 sessões, tendo as conclusões destacado a importância da primeira sessão num tratamento psicodinâmico de curta-duração, referindo os autores a este propósito “(...) um momento em que a competência do terapeuta para lidar terapêuticamente com o material pré-transferencial provavelmente

afetará muito o curso do tratamento e o resultado.” (traduzido de Despland et al., 2009, p. 366), salientando a influência que uma só sessão poderá ter nos resultados do tratamento.

Todos os estudos apresentados previamente comprovam a eficácia das intervenções de grupo de orientação analítica/psicodinâmica, nomeadamente no que respeita aos grupos psicoterapêuticos de pequena dimensão, não existindo nenhuma referência à avaliação da eficácia dos grupos de média dimensão. Na pesquisa efetuada, não foram encontrados estudos cujo foco fosse avaliar a eficácia das intervenções analíticas/psicodinâmicas/grupanalíticas em grupos de média dimensão nem estudos de comparação da eficácia terapêutica entre grupos de pequena e média dimensão, apresentando-se o estudo 3 da presente dissertação como pioneiro nesta área de investigação.

Atendendo ao anteriormente exposto, a presente dissertação, através dos estudos apresentados na segunda parte, tenta dar uma resposta a essa lacuna, uma vez que o seu propósito assenta na procura de um maior conhecimento relativamente ao uso das intervenções analíticas de grupo, da perceção que os pacientes dela fazem e da sua eficácia terapêutica, em contexto hospitalar público.

PARTE II.

Investigação Clínica: Apresentação de Três Estudos



1. ESTUDO I. “CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPANALISTAS PORTUGUESES E DA SUA PRÁTICA CLÍNICA” */**

Fialho et al. (em preparação)

* Estudo apresentado, em comunicação oral, no Seminário Eduardo Luís Cortesão, SPGPAG, 2019.

** Estudo apresentado no XVIII Congresso Nacional de Grupanálise da SPGPAG, Lisboa, 2018.

1.1. Desenho do Estudo

Tratou-se de um estudo de âmbito nacional, de natureza descritiva e transversal. Pretendeu-se recolher informação relativa à intervenção psicoterapêutica de grupo junto de um grupo muito específico, os grupanalistas portugueses, através do preenchimento de um questionário *online*.

1.2. Objetivos

Este primeiro estudo teve como objetivo principal conhecer a realidade nacional relativamente aos grupanalistas portugueses, situação não estudada até ao momento, pelo que se decidiu realizar um levantamento do número de técnicos com formação grupanalítica, ministrada e reconhecida pela SPGPAG, a nível nacional, e, simultaneamente, proceder à caracterização dessa mesma população através de uma investigação quantitativa, utilizando o inquérito como método de recolha de informação, através de um questionário em formato digital.

1.3. Método

1.3.1. População

A população do estudo incluiu todas as pessoas adultas, a nível nacional, que nos últimos 54 anos tinham feito ou se encontravam a fazer formação em Grupanálise pela Sociedade Portuguesa de Grupanálise, atual Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo (desde 2012). Essa formação implicou terem completado, pelo menos, dois anos de Grupanálise Pessoal com um Grupanalista Titular Didata e quatro anos de Curso

de Formação em Grupanálise, num total de 6 anos. Todas as pessoas nas condições anteriormente descritas teriam de ter *a priori* uma das seguintes Licenciaturas: Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social ou Antropologia, sendo exigida experiência significativa em Psiquiatria. No caso de uma outra licenciatura, a SPGPAG exigia “(...) que haja atividade profissional comprovada na área de intervenção psicológica, num serviço de saúde mental e/ou psiquiatria, cuja idoneidade para o efeito seja reconhecida” (<http://www.grupanalise.pt/>).

Tratou-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, de acordo com o objetivo do estudo em causa, baseando-se numa lista de contactos de todos os sócios da SPGPAG, fornecida pela própria SPGPAG, após autorização da sua Direção.

O único critério de exclusão incluía não ter terminado com sucesso o curso de formação em Grupanálise pela SPGPAG, conforme descrição anterior, à exceção de quem, à data, ainda se encontrava a frequentar o curso de formação.

1.3.2. Instrumentos

Utilizou-se um questionário construído para o efeito com 50 questões, de autopreenchimento para todas as variáveis, de tipo misto, *i.e.*, composto por questões abertas e fechadas, apesar de as questões serem maioritariamente do tipo fechado, facilitando desse modo o seu preenchimento não só pela sua objetividade como pelo menor esforço exigido aos participantes (V. Anexo A). As questões apresentadas eram predominantemente de resposta única e de filtro, permitindo uma maior rapidez no seu preenchimento.

O questionário foi dividido em três partes a fim de facilitar a caracterização das variáveis em estudo, sendo que a terceira parte foi dividida em três subcategorias. Desse modo, na primeira parte pretendeu-se recolher informação relativa aos dados sociodemográficos – idade, género, etnia, naturalidade, nacionalidade, estado civil, se tinham filhos e quantos, licenciatura, grau académico, se se encontravam a trabalhar, onde e há quanto tempo, se estavam reformados e há quanto tempo. Na segunda parte, pretendeu-se recolher informação relativa à formação em grupanálise e em psicoterapia analítica de grupo – ano em que fez a formação, se ainda se encontrava ligado à sociedade, se já tinha saído e qual o motivo da saída, se tinha supervisão clínica, com quem e há quanto tempo. Na terceira parte pretendeu-se recolher informação relativa à prática clínica – se a formação em grupanálise era utilizada na prática clínica, onde

e há quanto tempo. Esta terceira parte foi dividida em três subcategorias: grupos psicoterapêuticos, grupos de grupanálise e grupos de orientação grupanalítica, todos com igual conteúdo e número de questões – se trabalhavam com os referidos grupos, onde, quantos grupos tinham, dimensão dos grupos, frequência e duração das sessões, duração do tratamento, grupos homogêneos ou heterogêneos, quadros clínicos com que trabalhavam.

Por grupos psicoterapêuticos, entendemos qualquer tipo de intervenção psicoterapêutica realizada em grupo, independentemente da sua orientação teórica, que não seja grupanálise nem psicoterapia de grupo de orientação grupanalítica, com uma frequência semanal, quinzenal ou mensal. Por grupos de grupanálise, entendemos a intervenção psicoterapêutica realizada em grupo, tendo por base uma orientação teórica psicanalítica, com uma frequência no mínimo bi-semanal. Por grupos psicoterapêuticos de orientação grupanalítica, entendemos a intervenção psicoterapêutica realizada em grupo, tendo por base uma orientação psicanalítica (grupanalítica), com uma frequência semanal ou quinzenal.

Por grupos homogêneos entendemos os grupos cuja constituição tenha por base critérios de semelhança (p. ex. grupos só com mulheres ou grupos só com perturbações depressivas), seja em relação ao grupo etário, etnia, género, diagnóstico ou outro. Por grupos heterogêneos, entendemos os grupos cuja constituição tenha por base critérios de diferença (p. ex. grupos com mulheres e homens ou grupos com diferentes diagnósticos), seja em relação ao grupo etário, etnia, género, diagnóstico ou outro.

Os procedimentos acima descritos também se verificaram para os questionários enviados em formato de papel A4 via CTT, após conversa telefónica com os participantes.

Após a construção do questionário, o mesmo foi previamente testado junto de alguns colegas psicoterapeutas.

Algumas questões do questionário foram retiradas por não apresentarem um número de respostas representativo e/ou por apresentarem conteúdos repetidos, a saber: instituição académica onde os respondentes fizeram a sua licenciatura, categoria de sócio, quadros clínicos com que nunca trabalhavam.

1.3.3. Procedimentos

Após obtenção de consentimento e autorização por parte da Direção da SPGPAG, foi-nos facultada a lista de contatos de todas as pessoas que tinham frequentado ou se encontravam a frequentar o Curso de Formação em Grupanálise, num total de 168 pessoas. As pessoas que não tinham endereço de *e-mail* foram contactadas pela investigadora principal via telemóvel; em relação às que não tinham nenhum contato telefónico e/ou eletrónico ou estava desatualizado, recorreu-se ao serviço de informações da PT (1820) a fim de, através da morada, se obter o contato telefónico, sempre que foi possível; verificou-se também que algumas das pessoas já tinham falecido.

Através do envio de um *e-mail* ou de um telefonema (caso não fosse conhecido o endereço de e-mail), os participantes eram convidados a participar no estudo, de forma voluntária, tendo sido solicitado o preenchimento de um questionário online, cujo link seguia na própria mensagem, ou de um questionário em formato de papel A4 enviado via CTT. Ao acederem ao *link*, era explicado, na primeira página, o objetivo do estudo, o tempo previsto de preenchimento do questionário (5 a 10 minutos), sendo ainda assegurados o anonimato e confidencialidade das informações prestadas. Os contatos da investigadora eram fornecidos para o caso de surgirem quaisquer dúvidas. De seguida, era pedido aos participantes que dessem o seu consentimento relativamente à participação no estudo selecionando o botão “SIM” para o efeito. Os procedimentos foram os mesmos para as pessoas que preencheram os questionários manualmente.

Numa primeira etapa deste estudo, o contato telefónico constituiu o meio privilegiado de obtenção de informação, nomeadamente no que respeita à confirmação de moradas e confirmação e/ou obtenção de endereços de *e-mail*, a fim de que se pudesse proceder à segunda, e mais importante, etapa do estudo, ou seja, o envio de um questionário em formato digital via *e-mail* e/ou o envio desse mesmo questionário em formato de papel A4, via CTT, com envio de envelope devidamente preenchido e selado para posterior devolução à investigadora principal.

A recolha de dados foi predominantemente realizada *online*, entre os meses de janeiro e março de 2018, com recurso ao *software Qualtrics Survey*, e a sua divulgação realizada a partir de correio eletrónico e dos CTT, baseada numa lista de contatos facultada pela SPGPAG.

Os participantes tiveram acesso ao questionário através de um *link* (https://iscteul.co1.qualtrics.com/jfe/form/SV_clxZxfvccDBggmh) para preenchimento *online* ou através dos CTT para preenchimento manual do mesmo. Após o seu preenchimento *online*, a investigadora recebia automaticamente os dados tabulados através do *software Qualtrics Survey*. A informação dos questionários preenchidos manualmente e enviados por CTT foi inserida pela investigadora principal no questionário *online*.

A justificação pela utilização de um questionário *online* centra-se na menor pressão para obtenção de respostas e consequentemente uma maior qualidade de informação nos dados obtidos (Mattar, 1996). Além disso, o uso de um questionário *online* permite que a coleta e tabulação dos dados de pesquisa seja realizada automaticamente (McDaniel & Gates, 2003). De entre as principais vantagens da aplicação de um questionário *online*, destacam-se: uma maior agilidade na aplicação, permitindo atingir um maior número de pessoas, um melhor controlo e acompanhamento das respostas, uma maior rapidez na tabulação dos resultados, uma maior flexibilidade e diversidade na formulação das questões, um maior grau de exigência no que respeita ao preenchimento por completo do questionário, bem como, um baixo custo de implementação.

1.4. Aspetos Éticos

Previamente ao início do estudo, o protocolo do mesmo foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, bem como, à Direção da SPGPAG, tendo recebido em ambos parecer positivo.

Os participantes, para poderem participar no estudo e preencher o questionário *online*, tiveram de dar o seu consentimento informado, tendo participado de forma voluntária, sem qualquer benefício material.

A confidencialidade e o anonimato dos participantes estavam assegurados, não sendo possível ter acesso à informação sobre quem preencheu o questionário *online*.

1.5. Análise de dados

Os dados obtidos foram, primeiramente, exportados para *Microsoft Excel 2016* e, posteriormente, analisados, usando para o efeito o programa *Statistical Package for Social Sciences SPSS v21.0* para a análise estatística descritiva.

1.6. Resultados

De uma lista inicial, fornecida pela SPGPAG, de 168 pessoas que completaram ou se encontravam a completar o curso de formação em Grupanálise nos últimos 54 anos, somente 95 pessoas responderam ao questionário *online* e/ou em formato de papel A4, via CTT (taxa global de respostas 56,5%).

De um total de 95 respondentes, 61,6% eram mulheres (n=53) e 38,4% eram homens (n=33) (Figura 1), apresentando uma média de idades de 57,56 anos (DP=13,60), entre os 26 e os 96 anos.

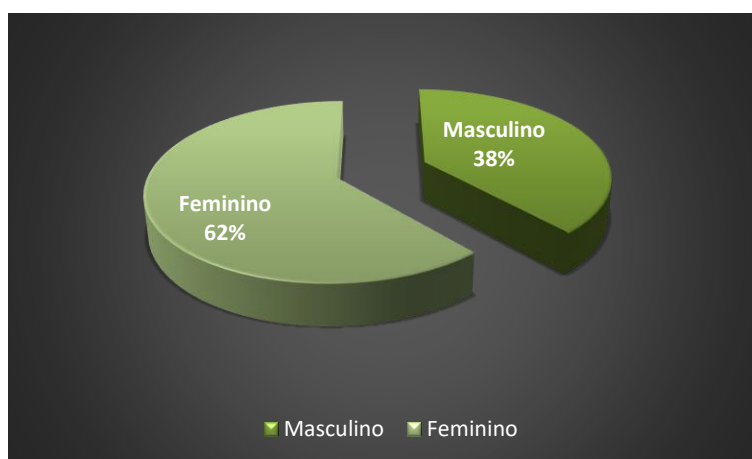


Figura 1. Caraterização da amostra quanto à variável Género.

A totalidade dos respondentes pertenciam à etnia caucasiana e tinham a nacionalidade portuguesa, dos quais 77,9% (n=60) eram naturais da região centro do país, sendo 67,5% (n=52) provenientes de Lisboa (Figura 2).

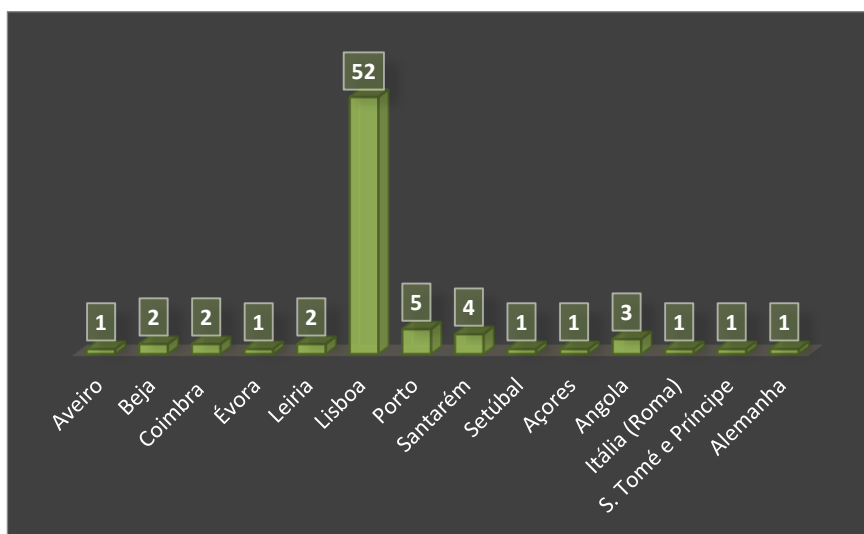


Figura 2. Caraterização da amostra em função da variável Naturalidade.

A maioria dos respondentes era casada, 44,7% ($n=38$) e tinha filhos, 72,1% ($n=62$), variando entre 1 e 5 filhos. Todos possuíam uma licenciatura, destacando-se a Psicologia com 55,4% ($n=46$) e a Medicina com 28,9% ($n=24$) como os cursos mais representativos (Figura 3).

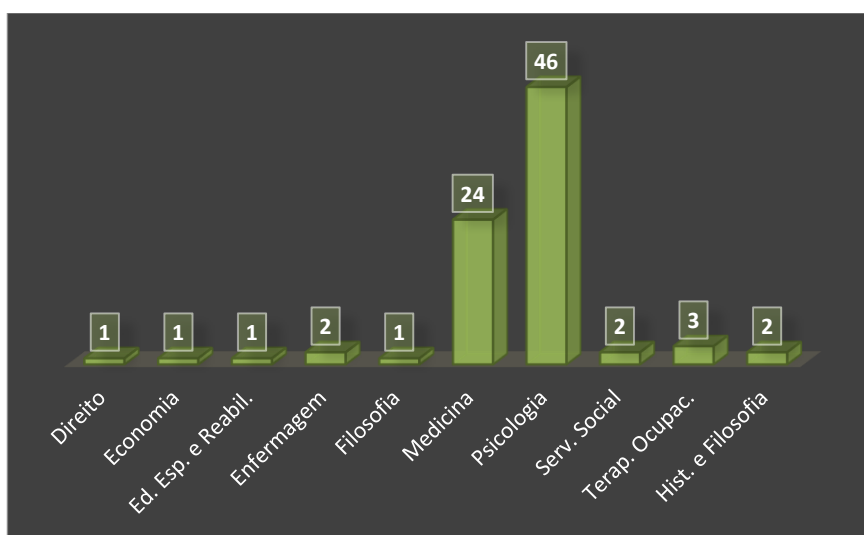


Figura 3. Caraterização da amostra quanto à variável Licenciatura.

A amostra era maioritariamente composta por respondentes no ativo, 91,6% ($n=76$), que trabalhavam preferencialmente no setor público, 59,2% ($n=45$), com uma média de tempo de

trabalho de 19,73 anos (DP=11,64), variando entre 1 e 48 anos de tempo de trabalho, respetivamente.

As principais variáveis sociodemográficas que caracterizavam a amostra, encontram-se resumidas na Tabela 1.

Tabela 1.
Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=95).

Variável	M	DP	[Min, Max]	Nº de Valores Omissos
Idade (N=86)	57,56	13,60	[26, 96]	9
Filhos (N= 61)	1,98	0,97	[1, 5]	34
Tempo de Trabalho (N=73)	19,73	11,64	[1, 48]	22
Tempo de Reforma (N=20)	8,45	6,28	[1, 27]	75
Variável	Categoria	Frequência (N)	Percentagem (%)	Nº de Valores Omissos
Género (N=86)	Homem	33	38,4	9
	Mulher	53	61,6	
Etnia (N=86)	Caucasiana	86	100	9
Naturalidade (N=77)	Região Norte	6	7,8	18
	Região Centro	60	77,9	
	Região Sul	4	5,2	
	Açores	1	1,3	
	Angola	3	3,9	
	Alemanha	1	1,3	
	Itália	1	1,3	
	S. Tomé e Príncipe	1	1,3	
Nacionalidade (N=67)	Portuguesa	86	100	28
Estado Civil (N=85)	Solteiro	17	20	10
	Casado	38	44,7	
	União Facto	15	17,6	
	Viúvo	15	17,6	
Filhos (N=86)	Sim	62	72,1	9
	Não	24	27,9	
Licenciatura (N=83)	Direito	1	1,2	12
	Economia	1	1,2	
	Ed. Esp. e Reab.	1	1,2	
	Enfermagem	2	2,4	
	Filosofia	1	1,2	
	Medicina	24	28,9	
	Psicologia	46	55,4	
	Serviço Social	2	2,4	
	Ter. Ocupacional	3	3,6	
	História/Filosofia	2	2,4	

Tabela 1.

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=95). (Continuação)

Variável	Categoria	Frequência (N)	Percentagem (%)	Nº de Valores Omissos
Grau Académico (N=83)	Licenciatura	49	59	12
	Pós-Graduação	2	2,4	
	Mestrado	20	24,1	
	Doutoramento	12	14,5	
Trabalho (N=83)	Sim	76	91,6	12
	Não	7	8,4	
Local de Trabalho (N=76)	Sector Público	45	59,2	19
	Sector Privado	27	35,5	
	Sector Público e Privado	4	5,3	
Reforma (N=83)	Sim	22	26,5	12
	Não	61	73,5	

Legenda: M – Média; DP – Desvio-padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; Ed. Esp. e Reab. – Educação Especial e Reabilitação; Ter. Ocupacional – Terapia Ocupacional.

Relativamente à formação em grupanálise, a maior parte dos respondentes, 40,5% (n=29), fez a sua formação entre os anos 2000 e 2010, tendo-se verificado que 77,2% (n=61) tem vínculo com a SPGPAG.

Dos respondentes, a maior saída de membros da Sociedade, 46,2% (n=6), verificou-se entre os anos de 2000 e 2010, tendo sido apontados como principais motivos dessa saída quer o sentimento de insatisfação para com a SPGPAG, 27,3% (n=3), quer a ausência de prática clínica, com 27,3% (n=3) (Figura 4).

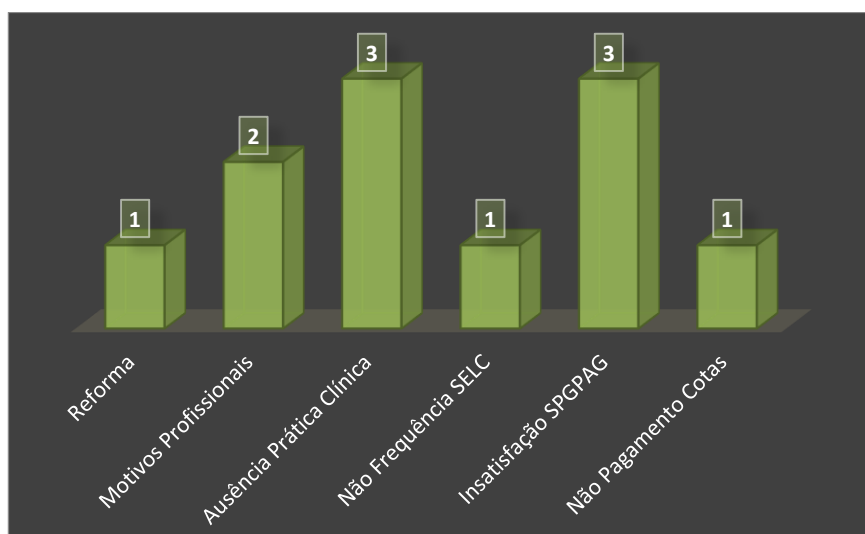


Figura 4. Caracterização da amostra relativamente à variável Saída da SPGPAG.

Relativamente à supervisão clínica (Figura 5), 51,3% (n=40) dos respondentes não manteve a supervisão, tendo os restantes 48,7% (n=38) mantido a supervisão do seu trabalho clínico preferencialmente com um membro da SPGPAG, 86,8% (n=33), com um tempo médio de supervisão de 12,18 anos (DP=10,24).

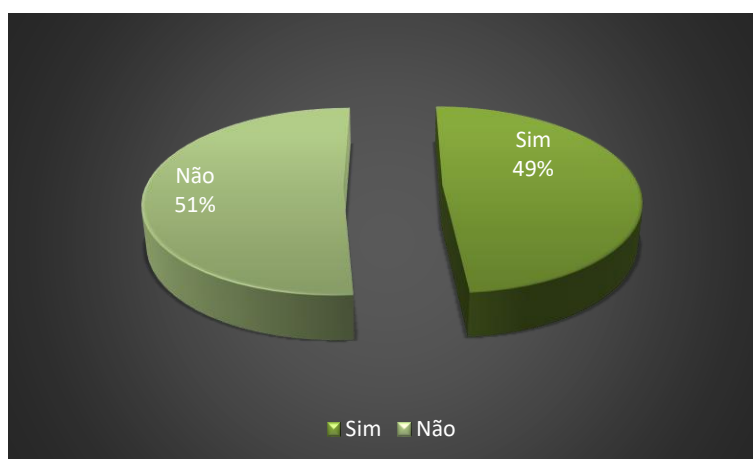


Figura 5. Caraterização da amostra quanto à variável Supervisão Clínica.

A maior parte dos respondentes, 89,6% (n=69), utilizou a formação em grupanálise na sua prática clínica, principalmente os respondentes que trabalhavam no setor privado, 49,2% (n=30) (Figura 6), tendo-se apurado um tempo médio de prática clínica de 17,89 anos (DP=13,51), variando entre 1 e 56 anos.

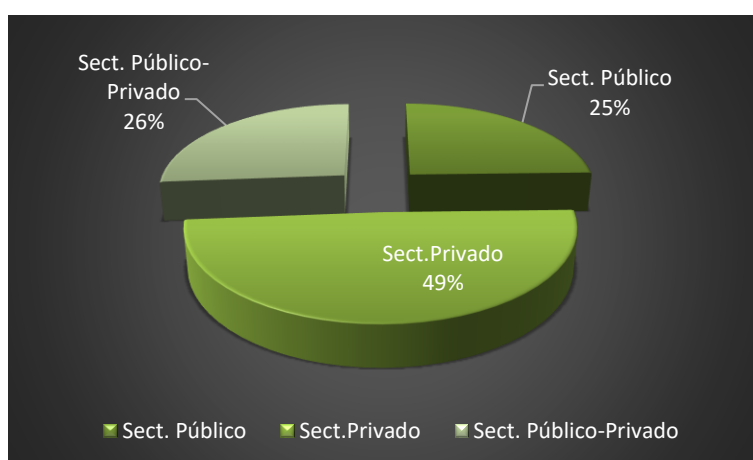


Figura 6. Caraterização da amostra em função da variável Local da Prática Clínica.

As principais variáveis ligadas à formação em grupanálise que caracterizavam a amostra, encontram-se resumidas na Tabela 2.

Tabela 2.

Caracterização das variáveis ligadas à Formação em Grupanálise (N=95).

Variável	M	DP	Nº de Valores Omissos
Tempo da Prática Clínica (N=56)	17,89	13,51	39
Tempo de Supervisão (N=55)	12,18	10,24	40
Variável	Frequência (N)	Percentagem (%)	Nº de Valores Omissos
Formação em Grupanálise (N=72)			
• Década de 60	2	2,8	23
• Década de 70	7	9,8	
• Década de 80	9	12,6	
• Década de 90	13	18,1	
• 2000-2010	29	40,5	
• 2011-2018	12	16,7	
Atual Vínculo à SPGPAG (N=79)			
• Sim	61	77,2	16
• Não	18	22,8	
Saída da SPGPAG (N=13)			
• Década de 70	1	7,7	82
• Década de 90	2	15,4	
• 2000-2010	6	46,2	
• 2011-2018	4	30,8	
Motivo da Saída da SPGPAG (N=11)			
• Reforma	1	9,1	84
• Motivos Profissionais	2	18,2	
• Ausência de Prática Clínica	3	27,3	
• Não Frequência do SELC	1	9,1	
• Insatisfação com SPGPAG	3	27,3	
• Não Pagamento de Cotas	1	9,1	
Supervisão Clínica (N=78)			
• Sim	38	48,7	17
• Não	40	51,3	
Supervisão com Membro da SPGPAG (N=38)			
• Sim	33	86,8	57
• Não	5	13,2	
Formação em Grupanálise na Prática Clínica (N=77)			
• Sim	69	89,6	18
• Não	8	10,4	
Local da Prática Clínica (N=61)			
• Setor público	15	24,6	34
• Setor Privado	30	49,2	
• Setor Público e Privado	16	26,2	

Legenda: M – Média; DP – Desvio-padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; SELC - Seminário Eduardo Luís Cortesão; SPGPAG- Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo.

Atendendo à extensão das principais variáveis ligadas à prática psicoterapêutica de grupo, optou-se pela sua divisão em três subcategorias: variáveis ligadas aos grupos psicoterapêuticos (GP) (Tabela 3), variáveis ligadas aos grupos de grupanálise (GG) (Tabela 4) e variáveis ligadas aos grupos de orientação grupanalítica (GOG) (Tabela 5).

Relativamente à prática psicoterapêutica de grupo, 50% (n=36) dos respondentes tinha grupos psicoterapêuticos, maioritariamente no setor público, 57,6% (n=19) (Figura 7), tendo apresentado uma média de 2,21 grupos (DP=1,78), variando entre 1 e 7 grupos psicoterapêuticos.

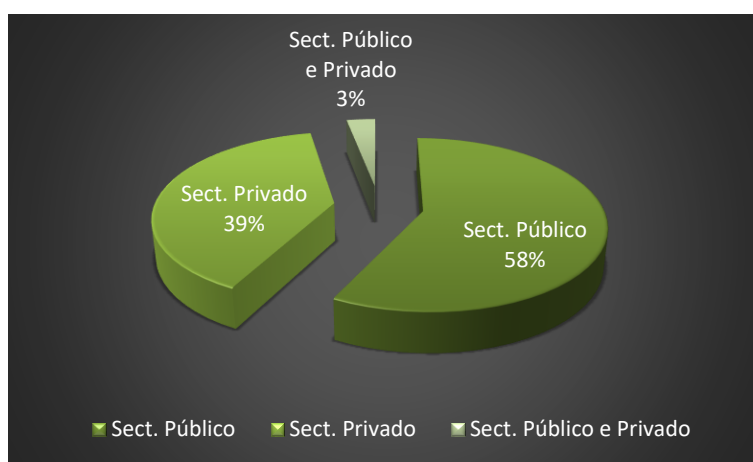


Figura 7. Caraterização da amostra quanto à variável Local dos GP.

Os grupos eram maioritariamente de pequenas dimensões, 71,9% (n=23) (Figura 8), heterogéneos, 79,4% (n=27), com uma frequência essencialmente semanal, 59,4% (n=19) e uma duração por sessão de 90 minutos, 72,7% (n=24). Os respondentes apresentaram uma média de 4,89 anos (DP=2,99) para a duração dos seus tratamentos, variando entre 2 e 14 anos.

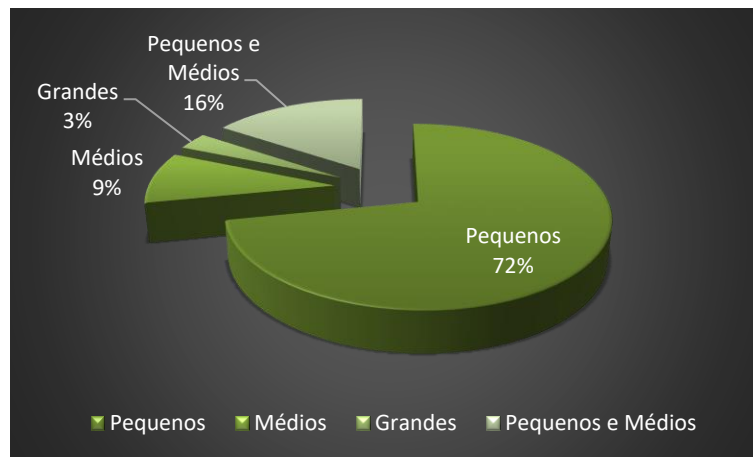


Figura 8. Caracterização da amostra relativamente à variável Dimensão dos GP.

Para 46,4% (n=13) dos respondentes, os quadros clínicos com maior representação na sua prática psicoterapêutica foram os seguintes: Depressões, Perturbações de Personalidade, Psicoses, Ansiedades, Perturbações Afetivas e Psicossomáticas.

As principais variáveis ligadas aos grupos psicoterapêuticos que caracterizavam a amostra, encontram-se resumidas na Tabela 3.

Tabela 3.

Caracterização das variáveis ligadas aos Grupos Psicoterapêuticos (GP) (N=95).

Variável	M	DP	[Min, Max]	Nº de Valores Omissos
Duração dos Tratamentos GP (N=19)	4,89	2,99	[2, 14]	76
Número GP (N=33)	2,21	1,78	[1, 7]	62
Variável	Frequência (N)		Percentagem (%)	Nº de Valores Omissos
Grupos Psicoterapêuticos (GP) (N=72)				
• Sim	36		50	23
• Não	36		50	
Local GP (N=33)				62
• Setor Público	19		57,6	
• Setor Privado	13		39,4	
• Setor Público e Privado	1		3,0	
Dimensão GP (N=32)				63
• Pequenos	23		71,9	
• Médios	3		9,4	
• Grandes	1		3,1	
• Pequenos e Médios	5		15,6	

Tabela 3.

Caracterização das variáveis ligadas aos Grupos Psicoterapêuticos (GP) (N=95). (Continuação)

Variável	N	Percentagem (%)	Nº de Valores Omissos
Frequência das Sessões GP (N=32)			
• Semanal	19	59,4	63
• Bi-Semanal	4	12,5	
• Quinzenal	2	6,3	
• Quinzenal e Mensal	1	3,1	
• Bi e Tri-Semanal	1	3,1	
• Semanal, Bi e Tri-Semanal	1	3,1	
• Semanal e Bi-Semanal	1	3,1	
• Semanal, Tri-Semanal e Quinzenal	2	6,3	
• Semanal e Quinzenal	1	3,1	
Duração das Sessões GP (N=33)			
• 60 minutos	1	3,0	62
• 75 minutos	1	3,0	
• 80 minutos	7	21,2	
• 90 minutos	24	72,7	
Tipo de Grupos GP (N=34)			
• Homogêneos	6	17,6	61
• Heterogêneos	27	79,4	
• Ambos	1	2,9	
Diagnósticos GP (ICD10) (N=28)			
• Dependências	1	3,6	67
• Depressão	3	10,7	
• Ansiedade	1	3,6	
• Pert. Afetivas e Pert. de Personalidade	1	3,6	
• Depressão e Pert. de Personalidade	4	14,3	
• Depressão e Ansiedade	1	3,6	
• Depressão e Psicoses	2	7,1	
• Depressão, Psicoses e Pert. de Personalidade	3	10,7	
• Depressão, Pert. Afetivas e Pert. de Personalidade	1	3,6	
• Ansiedade e Pert. de Personalidade	2	7,1	
• Ansiedade, Pert. Afetivas, Psicoses, Psicossomática e Pert. Personalidade	3	10,7	
• Depressão, Psicoses, Pert. Afetivas e Pert. de Personalidade	2	7,1	
• Depressão, Ansiedade, Dificuldades Escolares, Alterações Comportamento, Pert. da Vinculação e Pert. de Personalidade			
• Dependências e Pert. de Personalidade	2	7,1	
• Depressão, Ansiedade, Pert. Obsessivo-Compulsiva e Pert. de Personalidade	1	3,6	
	1	3,6	

Legenda: M – Média; DP – Desvio-padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; Pert. Afetivas - Perturbações Afetivas; Pert. de Personalidade - Perturbação de Personalidade; Pert. Obsessivo-Compulsiva – Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Pert. da Vinculação - Perturbação da Vinculação.

Relativamente aos grupos de grupanálise (GG), somente 20,3% (n=14) dos respondentes praticava este tipo de intervenção psicoterapêutica, maioritariamente no setor privado, 90,9% (n=10) (Figura 9), variando de 1 a 3 grupos de grupanálise para uma média de 1,36 (DP=0,67) grupos.

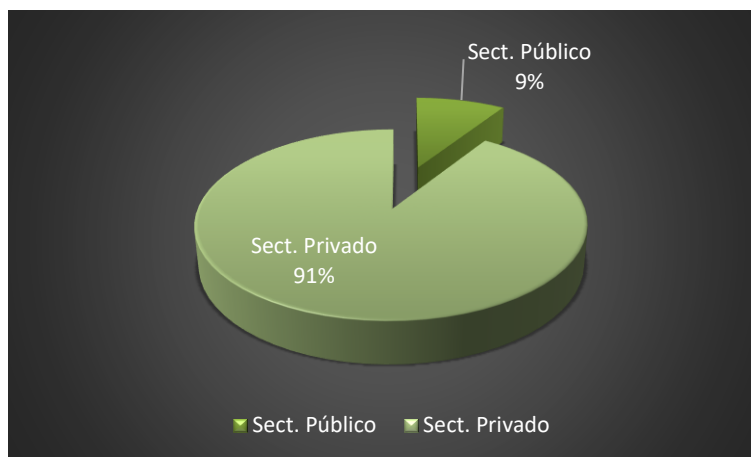


Figura 9. Caraterização da amostra quanto à variável Local dos GG.

Estes grupos eram predominantemente de pequena dimensão, 90% (n=9) (Gráfico 10), com uma frequência bissemanal das sessões e uma duração das mesmas de 90 minutos, 58,3% (n=7), variando a duração dos tratamentos entre 4 e 10 anos para uma média de 7,17 anos (DP=2,40). Maioritariamente heterogêneos, 90,9% (n=10), os quadros clínicos com maior representatividade nestes grupos foram as depressões, as perturbações de personalidade e as psicoses, 60% (n=6).

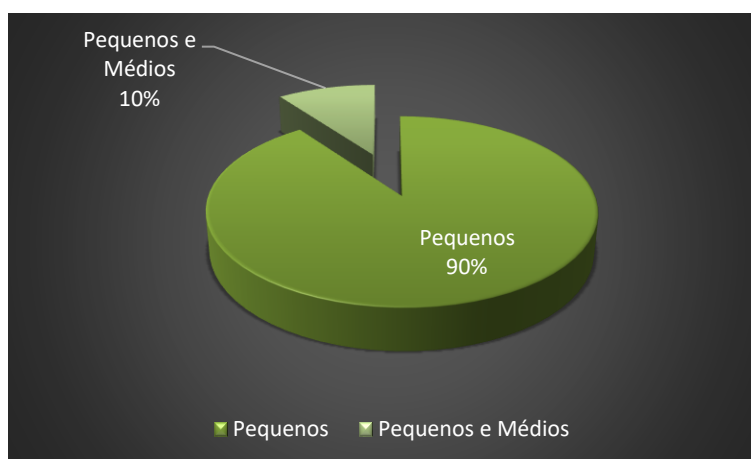


Figura 10. Caraterização da amostra em função da variável Dimensão dos GG.

As principais variáveis ligadas aos grupos de grupanálise que caracterizavam a amostra, encontram-se resumidas na Tabela 4.

Tabela 4.

Caracterização das variáveis ligadas aos Grupos de Grupanálise (GG) (N=95).

Variável	M	DP	[Min, Max]	Nº de Valores Omissos
Número GG (N=11)	1,36	0,67	[1, 3]	84
Duração do Tratamento GG (N=6)	7,17	2,40	[4, 10]	89
Variável	Frequência (N)		Percentagem (%)	Nº de Valores Omissos
Grupos de Grupanálise (GG) (N=69)				
• Sim	14		20,3	26
• Não	55		57,9	
Local GG (N=11)				84
• Setor Público	1		9,1	
• Setor Privado	10		90,9	
Dimensão GG (N=10)				85
• Pequenos	9		90,0	
• Pequenos e Médios	1		10,0	
Frequência das Sessões GG (N=11)				84
• Bi-Semanal	8		72,7	
• Bi e Tri-Semanal	3		27,3	
Duração das Sessões GG (N=12)				83
• 80 minutos	5		41,7	
• 90 minutos	7		58,3	
Tipo GG (N=11)				84
• Homogêneos	1		9,1	
• Heterogêneos	10		90,9	
Diagnósticos GG (N=10)				85
• Perturbações Afetivas	1		10,0	
• Depressão	1		10,0	
• Depressão e Pert. de Personalidade	4		40,0	
• Depressão e Psicoses	1		10,0	
• Depressão, Psicoses e Pert. de Personalidade	2		20,0	
• Depressão, Pert. Afetivas e Pert. Personalidade	1		10,0	

Legenda: M – Média; DP – Desvio-padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; Pert. de Personalidade – Perturbação de Personalidade; Pert. Afetivas - Perturbações Afetivas.

Relativamente aos grupos de orientação grupanalítica (GOG), 53,7% (n=36) dos respondentes utilizava este tipo de intervenção psicoterapêutica, preferencialmente no setor público, 55,2% (n=16) (Figura 11), com uma média de 1,62 (DP=1,32) quanto ao número de grupos, podendo ir até aos 6 grupos.

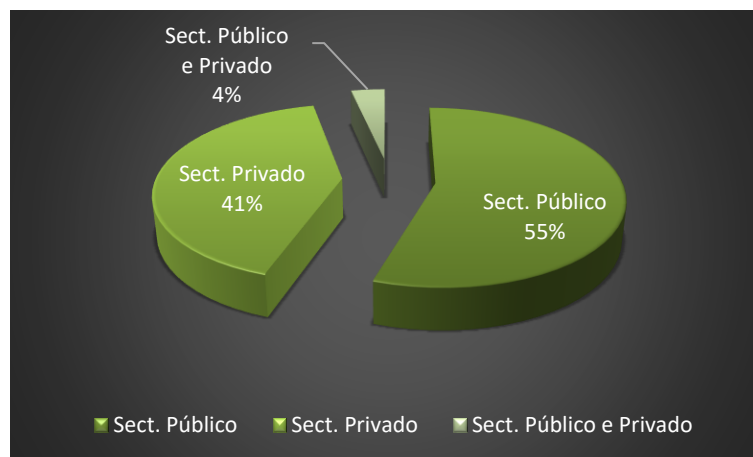


Figura 11. Caraterização da amostra quanto à variável Local dos GOG.

Os grupos eram predominantemente de pequena dimensão, 73,1% (n=19) (Figura 12), 68% (n=17) tinham uma frequência semanal, as sessões duravam maioritariamente 90 minutos, 82,6% (n=19), e a duração dos tratamentos podia ir até aos 6 anos, com uma média de 4,20 (DP=1,93) por tratamento. Os grupos eram 65% (n=17) do tipo heterogéneo e cerca de 71% (n=12) dos quadros clínicos presentes foram as depressões, as perturbações de personalidade, as psicoses e as perturbações afetivas.

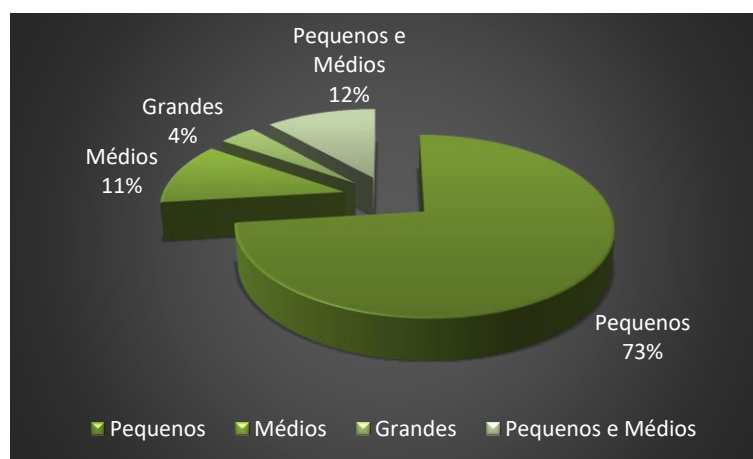


Figura 12. Caraterização da amostra quanto à variável Dimensão dos GOG.

As principais variáveis ligadas aos grupos de orientação grupalítica que caraterizavam a amostra, encontram-se resumidas na Tabela 5.

Tabela 5.

Caracterização das variáveis ligadas aos Grupos de Orientação Grupanalítica (GOG) (N=95).

Variável	M	DP	[Min, Max]	Nº de Valores Omissos
Número GOG (N=29)	1,62	1,32	[0, 6]	66
Duração do Tratamento GOG (N=15)	4,20	1,93	[0, 6]	80
Variável	Frequência (N)	Percentagem (%)	Nº de Valores Omissos	
Grupos de Orientação Grupanalítica (N=67)				
• Sim	36	53,7		
• Não	31	46,3		
Local GOG (N=29)				
• Setor Público	16	55,2		
• Setor Privado	12	41,4		
• Setor Público e Privado	1	3,4		
Dimensão GOG (N=26)				
• Pequenos	19	73,1		
• Médios	3	11,5		
• Grandes	1	3,8		
• Pequenos e Médios	3	11,5		
Frequência das Sessões GOG (N=25)				
• Semanal	17	68,0		
• Bi-Semanal	1	4,0		
• Quinzenal	3	12,0		
• Mensal	3	12,0		
• Quinzenal e Mensal	1	4,0		
Duração das Sessões GOG (N=23)				
• 40 minutos	1	4,3		
• 60 minutos	3	13,0		
• 90 minutos	19	82,6		
Tipo GOG (N=26)				
• Homogêneos	7	26,9		
• Heterogêneos	17	65,4		
• Ambos	2	7,7		
Diagnósticos GOG (ICD10) (N=17)				
• Dependências	1	5,9		
• Depressão	3	17,6		
• Pert. Afetivas e Pert. de Personalidade	1	5,9		
• Depressão e Pert. de Personalidade	3	17,6		
• Depressão e Ansiedade	1	5,9		
• Depressão e Psicoses	2	11,8		
• Depressão, Psicoses e Pert. de Personalidade	2	11,8		
• Autismo e Pert. de Hiperatividade/Défice de Atenção	1	5,9		
• Psicoses e Pert. Personalidade	1	5,9		
• Depressão, Pert. Afetivas e Pert. de Personalidade	2	11,8		

Legenda: M – Média; DP – Desvio-padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; Pert. – Perturbação.

1.7. Discussão

O presente estudo constitui uma mais-valia para a história da grupanálise e da psicoterapia analítica de grupo no nosso país, pelo contributo inovador que deu relativamente à aquisição de conhecimento sobre quem são e o que fazem os terapeutas analíticos de grupo em Portugal, na única Sociedade desta natureza a nível nacional, colmatando, dessa forma, uma importante lacuna. Desta forma, pretendeu igualmente destacar a importância deste tipo de Sociedades científicas, através da divulgação desta em particular, bem como, da formação ministrada pela mesma há mais de 50 anos.

Relativamente a estudos semelhantes a nível internacional, verificou-se que são quase inexistentes atendendo, possivelmente, à não publicação deste tipo de informação, o que levanta várias questões acerca do funcionamento deste tipo de instituições.

No entanto, foi possível encontrar alguns estudos semelhantes, a nível internacional, nomeadamente através da sua publicação no *Journal of Group Analysis* sob o título “Survey of Group Psychotherapy in Various Countries”, onde países como Itália, Portugal, EUA, Holanda e Suíça apresentam relatórios essencialmente sobre os seus cursos de formação e sobre a importância da psicoterapia de grupo nos seus países, relativos à década de 60. Só a Holanda apresenta números relativos aos membros da Associação Holandesa de Psicoterapia de Grupo em 1969 – 94 membros ordinários e 101 extraordinários (pré-fase para membro ordinário). Como se pode constatar, ou não existe informação ou não existe publicação dessa mesma informação.

A mudança de nome da Sociedade Portuguesa de Grupanálise para Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, em 2012, parece corroborar os resultados do presente estudo, atendendo ao tipo de intervenção psicoterapêutica preferencialmente utilizada pelos grupanalistas portugueses na sua prática clínica: grupos psicoterapêuticos de orientação grupanalítica (53,7%).

Possivelmente devido aos 54 anos de existência, a formação em Grupanálise da SPGPAG tem nos seus membros grupanalistas uma amplitude etária significativa, variando entre os 26 e os 96 anos, parecendo assumir-se como um tópico de interesse transgeracional. Contudo, os resultados apontam para uma fraca adesão ao longo dos anos.

No final da década de 90, Branco Vasco (1999), no âmbito do 30º Encontro Internacional Anual da Sociedade para a Investigação em Psicoterapia, disse que as orientações com maior peso em Portugal eram a analítica-dinâmica e a cognitivo-comportamental.

Mais tarde, num estudo de 2001, Branco Vasco tendo como objetivo avaliar a incidência e os tipos de ecletismo em psicoterapeutas portugueses, contactou todos os membros de nove Associações e Sociedades de psicoterapia portuguesas, tendo concluído que a segunda orientação mais frequente em Portugal era a orientação analítica-psicodinâmica, imediatamente a seguir à orientação cognitivo-comportamental.

Ainda a propósito da importância das práticas dos psicoterapeutas portugueses, Cravo e Moleiro (2011), concluíram que a orientação teórica que mais psicoterapeutas seguem é a psicanalítica/psicodinâmica e que a maioria indicou pertencer a uma Sociedade.

Segundo Mário David (2011), a SPG registava 88 sócios em 1980, tendo chegado aos 125 somente quatro anos depois. Em 2004, a Sociedade registou o maior número de sócios de sempre, atingindo os 143 e, em 2009, apesar de registar um ligeiro decréscimo ainda apresentava 133 sócios, dos quais 12 estavam em formação. A propósito do presente estudo, dados de 2018 fornecidos pela actual SPGPAG apresentavam um número de 108 sócios, dos quais 13 ainda se encontravam em formação, registando-se, dessa maneira, um decréscimo no número de pessoas que têm procurado a abordagem analítica/psicodinâmica/grupanalítica como escolha privilegiada para a sua formação psicoterapêutica, apesar da liderança da mesma até 2019.

Encontrando-se a noção de identidade ligada à “(...) experiência consciente de se ser a mesma pessoa durante todo o processo da vida” (traduzido de Valbak, 2006) bem como ao conceito de identificação nesse mesmo percurso, importa realçar a relação como importante veículo de transformação do *Self* nomeadamente através da integração de modelos de referência ao longo de toda a vida. Neste contexto, a formação tem especial importância na transmissão dos valores e princípios grupanalíticos, seja através do curso de formação propriamente dito, seja através da supervisão clínica e da análise pessoal. Perante o exposto, apraz-nos levantar algumas questões: estará a SPGPAG a vivenciar um período de crise identitária? Afinal, o que é ser-se grupanalista?

Recorrendo a Marques (2011), poderíamos dizer que talvez seja a convicção com que cada grupanalista assume a sua personalidade grupanalítica.

Se alguém se propõe fazer formação em Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, envolvendo-se num processo analítico pessoal de longa duração e bastante dispendioso, não será pertinente que os formandos contatem com vários tipos de grupos terapêuticos ao longo da sua formação? Não será a formação demasiado teórica?

Dinis (2009) colocou esta e outras questões a propósito das mudanças vividas na Sociedade, referindo a este propósito “Vivemos numa Sociedade em que a aceleração da mudança é vertiginosa”. As mudanças são inevitáveis, mas de que mudanças falamos? Das que nos chegam da sociedade exterior (mudanças económicas, tecnológicas, políticas...) ou das que nos chegam do interior da Sociedade? Ainda, recorrendo a Dinis (2009), este autor opta por terminar a sua comunicação desta maneira: “(...) vivemos tempos de incomodidade (...). A incomodidade desperta o inconformismo e este fomenta a criatividade. Inconformismo e criatividade que espero nos protejam da tentação de considerarmos a nossa técnica e a teoria que a suporta como um saber acabado”.

Apesar da denominação de Sociedade Portuguesa de Grupanálise, não são os grupos de grupanálise que melhor caracterizam o tipo de intervenção privilegiado pelos grupanalistas portugueses, somente 20,3% os utilizam, os quais acabam por ter a sua maior representação no setor privado. Querirá isto dizer que a Grupanálise não tem lugar no setor público? Poderá essa opção estar diretamente ligada à rapidez com que as mudanças tendem a acontecer nos dias de hoje? Faltará convicção aos grupanalistas portugueses para implementarem este tipo de intervenção psicoterapêutica nos serviços públicos onde trabalham? Estará o Serviço Nacional de Saúde a condicionar os psicoterapeutas por imperativos de estatística ligados à produção?

A questão da formação é de extrema importância em qualquer grupo humano, nomeadamente se se tratar de um grupo com responsabilidades científicas e terapêuticas, como é o caso da SPGPAG. Neste sentido, o tipo de abordagem utilizado talvez não possa ser universal, como o demonstra o seguinte exemplo descrito por Dalal (traduzido de Dalal, 2015):

- Enquanto, para nós ocidentais, os grupos pequenos, tendem a ser considerados como proporcionando um ambiente mais relaxado, de maior intimidade, onde as pessoas se revêm mais facilmente umas nas outras, partilhando preocupações e sentimentos semelhantes, para os japoneses é precisamente o contrário, consideram os grupos pequenos como muito stressantes, pois este tipo de intimidade não é habitual na sua cultura, inibindo-se de partilhar qualquer informação mais pessoal;
- Por outro lado, os grupos grandes são sentidos como muito mais relaxantes, sem quase se perceber qualquer tipo de ansiedade ou agressividade, as pessoas tendem a sentir-se mais seguras com os seus sentimentos e associações pessoais e a responder aos outros com maior intimidade. (tradução da investigadora).

Igualmente pertinente é a experiência clínica da própria investigadora principal, experiência essa que, ao longo de mais de 20 anos, tem decorrido no setor público, aplicando a sua formação grupanalítica aos grupos heterogêneos de pequena e média dimensão que tem

conduzido - grupos de orientação grupalítica (GOG) -, com frequência semanal e sessões de 90 minutos, predominantemente com quadros de perturbações de personalidade, do humor e afetivas. A própria reconhece que a importância do tempo – terapêutico *versus* institucional -, parece ter prioridades muito diferentes para os terapeutas e para as instituições públicas, daí não se encontrarem grupos de grupanálise no setor público.

Os dados anteriormente apresentados, quer no que respeita ao estudo quer no que respeita à experiência da própria investigadora, apontam para a existência de um certo padrão ao nível da prática clínica dos grupanalistas portugueses, remetendo para uma reflexão mais aprofundada sobre o lugar deste tipo de tratamento no Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, em termos da prestação de cuidados de saúde mental e psicológica em contexto hospitalar: Estará o serviço público disponível para este tipo de intervenção? Estará sequer devidamente informado da sua existência e objetivos clínicos? Ou serão as resistências dos próprios grupanalistas a ditar a sua não/rara utilização de forma cada vez mais frequente?

O presente estudo apresenta algumas limitações, as quais parecem estar ligadas ao acesso à internet e ao manejo tecnológico que o preenchimento de um questionário *online* implica, uma vez que nem todos os questionários foram preenchidos na sua totalidade (dos 95 respondentes só 67 preencheram os questionários na totalidade). Para além destes aspetos, o fato de o preenchimento online não permitir que se pudesse voltar atrás para, por exemplo, confirmar e/ou alterar algum tipo de resposta, poderá igualmente ter condicionado negativamente o preenchimento do mesmo, ocasionando, muito provavelmente, um maior número de desistências e/ou preenchimentos incompletos.

Em estudos futuros, correções a este nível poderão agilizar a recolha de dados, bem como aumentar o número de respondentes.

No entanto, o presente estudo, para além de pioneiro, caracterizou-se igualmente pela utilidade da informação recolhida, na medida em que nos permitiu pensar a Grupanálise e os grupanalistas portugueses perante evidências fornecidas pelos próprios e também pela ausência de respostas que poderão ser interpretadas como eventuais resistências e/ou ausências de vínculos. A possibilidade de reflexão permite-nos levantar hipóteses e, por vezes, operar mudanças que a todos poderão beneficiar, se tal corresponder ao desejo do grupo envolvido.

1.8. Conclusões

Tratou-se de um estudo pioneiro, atendendo à sua metodologia e temática, no que respeita à aquisição de um maior conhecimento dos grupanalistas portugueses, da sua caracterização sociodemográfica, da sua formação em grupanálise e respetivo percurso, da sua prática clínica psicoterapêutica de grupo.

Do estudo efetuado, podemos caracterizar os grupanalistas portugueses como sendo maioritariamente do género feminino, casados e com filhos, no ativo e a trabalhar no setor público, caucasianos, portugueses, naturais da região de Lisboa, com licenciaturas na área da Saúde, predominantemente Psicologia e Medicina.

Relativamente à Formação em Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, a maior parte dos grupanalistas portugueses formou-se este século (XXI), mantém o vínculo com a Sociedade, não tem supervisão clínica do seu trabalho e os que têm optaram por um supervisor da SPGPAG e utilizam a formação em Grupanálise na sua atividade clínica diária, predominantemente no setor privado. As saídas da Sociedade são explicadas por ausência de prática clínica e por um sentimento de insatisfação para com a Sociedade.

Relativamente à Prática Clínica Psicoterapêutica e atendendo à subdivisão efetuada, concluímos que mais de metade dos respondentes utilizava os grupos de orientação grupanalítica na sua prática clínica diária, maioritariamente no setor público, cada respondente tinha em média 2 grupos de pequena dimensão e frequência semanal, com sessões de 90 minutos, heterogéneos, com uma duração média de 4 anos por tratamento, trabalhando maioritariamente com os seguintes quadros clínicos: depressões, perturbações de personalidade, psicoses e perturbações afetivas. De seguida, surgiam os grupos psicoterapêuticos com metade dos respondentes a optarem por este tipo de grupos, também maioritariamente no setor público, cada respondente tinha em média 2 grupos de pequena dimensão e frequência semanal, com sessões de 90 minutos, heterogéneos, com uma duração média de 5 anos por tratamento, trabalhando maioritariamente com os seguintes quadros clínicos: depressão, perturbações de personalidade, psicoses, ansiedade, perturbações afetivas e psicossomáticas.

Concluindo, a maior parte dos grupanalistas portugueses tende a trabalhar com Grupos Psicoterapêuticos de Orientação Grupanalítica, maioritariamente no setor público, grupos heterogéneos, com uma dimensão pequena e frequência semanal, com sessões com duração de 90 minutos e com os seguintes quadros clínicos: perturbações depressivas, perturbações da

personalidade, perturbações psicóticas, perturbações afetivas, perturbações da ansiedade e perturbações psicossomáticas.

O presente estudo apresenta algumas limitações, as quais parecem estar ligadas ao acesso à internet e ao manejo tecnológico que o preenchimento de um questionário *online* implica, uma vez que nem todos os questionários foram preenchidos na sua totalidade (dos 95 respondentes só 67 preencheram os questionários na totalidade). Para além destes aspetos, o fato de o preenchimento online não permitir que se pudesse voltar atrás para, por exemplo, confirmar e/ou alterar algum tipo de resposta, poderá igualmente ter condicionado negativamente o preenchimento do mesmo, ocasionando, muito provavelmente, um maior número de desistências e/ou preenchimentos incompletos.

Em estudos futuros, correções a este nível poderão agilizar a recolha de dados, bem como aumentar o número de respondentes.

No entanto, o presente estudo, para além de pioneiro, caracterizou-se igualmente pela utilidade da informação recolhida, na medida em que nos permitiu pensar a Grupanálise e os grupanalistas portugueses perante evidências fornecidas pelos próprios e também pela ausência de respostas que poderão ser interpretadas como eventuais resistências e/ou ausências de vínculos. A possibilidade de reflexão permite-nos levantar hipóteses e, por vezes, operar mudanças que a todos poderão beneficiar, se tal corresponder ao desejo do grupo envolvido.

Para futuros estudos, parece-nos importante um maior investimento na recolha e divulgação deste tipo de informação também em relação a outras Sociedades e/ou Associações científicas desta natureza, ou seja, cujos objetivos sejam essencialmente clínicos e terapêuticos, atendendo à importância deste tipo de trabalho não só para a comunidade científica, mas também para as pessoas que, no geral, dele poderão beneficiar.

2. ESTUDO II. “DO PEQUENO AO MÉDIO: A ANÁLISE DE CONTEÚDO COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA CLÍNICO-QUALITATIVA DE GRUPOS PSICOTERAPÊUTICOS DE MÉDIA DIMENSÃO” */**

Fialho et al. (em preparação)

* Estudo apresentado, em Workshop, no 16th European Symposium in Group Analysis, Lisboa, 28 julho-1 agosto 2014, sob o título “From Small to Median: A Clinical Experience and Some Theoretical Notes”.

** Estudo apresentado, em comunicação oral, no XII Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, Fundação Cidade de Lisboa, Lisboa, 29-31 outubro 2015.

2.1. Desenho do Estudo

Tratou-se de um estudo qualitativo com uma abordagem essencialmente fenomenológica. A técnica utilizada para a análise da informação recolhida foi a análise de conteúdo, mais precisamente, a Análise de Conteúdo Categorical Temática.

2.2. Objetivos e Hipóteses

Este estudo teve como objetivo fundamental a elaboração de um esboço dos contornos essenciais que caracterizavam a representação mental da passagem de um grupo psicoterapêutico pequeno para um grupo psicoterapêutico médio, possibilitando a reflexão sobre a realidade observada, bem como, a descrição de problemáticas. A sua análise e interpretação podem trazer benefícios à compreensão dos fenómenos psicoterapêuticos de grupo.

Pretendeu-se avaliar junto dos participantes se a participação num tratamento psicoterapêutico de grupo pequeno seria significativamente diferente da participação num tratamento psicoterapêutico de grupo médio.

Relativamente à componente terapêutica de grupos de maior dimensão, autores como Andrew Curry (De Mare et al., 1991) são da opinião que “o que quer que aconteça num grupo grande não é psicoterapia”.

Apesar de persistirem dúvidas quanto à eficácia terapêutica de grupos de dimensão média, autores como Rocco Pisani (traduzido de De Mare et al., 1991), baseando-se na sua experiência psicoterapêutica de mais de catorze anos, refere “(...) Posso dar uma avaliação absolutamente positiva” e ainda “Assim, a experiência destes anos tem-me ensinado que o

grande grupo oferece possibilidades terapêuticas que são em alguns casos superiores às do pequeno grupo”. De igual modo, Rafael Springmann é um dos autores que reconhece “(...) a psicoterapia pode ocorrer numa situação de grande grupo (...)” e Lionel Kreeger (traduzido de Lenn & Stefano, 2012) um defensor de que a organização de grupos de maior dimensão poderá ser a única maneira viável de lidar com as necessidades psicoterapêuticas da população hospitalar.

Segundo a experiência clínica da investigadora na qualidade de psicoterapeuta analítica de grupo há mais de 15 anos, a sua perceção relativamente aos resultados terapêuticos obtidos com grupos médios não diferia dos obtidos com grupos pequenos. O que motivou o presente estudo foi a dúvida sobre se a perceção dos participantes em tratamento psicoterapêutico de grupo diferia ou não da perceção da investigadora, caso frequentassem grupos de pequena e de média dimensão.

Colocou-se a hipótese de não existir uma diferença significativa entre os tratamentos psicoterapêuticos de grupo de diferentes dimensões.

2.3. Método

2.3.1. Participantes

Os participantes do presente estudo eram utentes seguidos na consulta externa das Equipas Comunitárias de Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, atual Serviço Local de Saúde Mental do CHLO, EPE, a saber: Equipa de Lisboa, Equipa de Carnaxide, Equipa de Oeiras, Equipa da Parede e Equipa de Cascais. Tratou-se de uma amostra não probabilística, de conveniência para o estudo, composta por 12 utentes (6 Homens; 50%), com uma média de idades de 49,5 anos ($DP=8,95$), variando entre os 40 e os 72 anos. A maioria dos utentes era casada (58,3%; $n=7$) e trabalhadores no ativo (83,3%; $n=10$). Estes utentes apresentavam um largo espectro de psicopatologias, variando entre as Perturbações de Ansiedade até às Perturbações do Humor e com acompanhamento psicoterapêutico médio de 3,66 anos ($DP=0,5$), variando entre os 3 e os 4 anos (Tabela 6).

Tabela 6.

Caraterização Sociodemográfica e Clínica dos participantes (N=12).

Variável	Categoria	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sexo	Masculino	6	50,0
	Feminino	6	50,0
Estado Civil	Solteiro	1	8,3
	Casado	7	58,3
	Divorciado	2	16,7
	Viúvo	1	8,3
	União de fato	1	8,3
Escolaridade	8º ano	1	8,3
	9º ano	2	16,7
	10º ano	1	8,3
	12º ano	5	41,7
	Licenciatura	2	16,7
	Doutoramento	1	8,3
Situação Profissional	Trabalhador	10	83,3
	Doméstica	1	8,3
	Pensionista	1	8,3
Diagnóstico Clínico	Pert. Bipolar	1	8,3
	Pert. Anjo-Depressiva	1	8,3
	Pert. Depressiva Major	2	16,7
	Pert. de Ansiedade	2	16,7
	Pert. Depressiva	2	16,7
	Distímia	2	16,7
	Pert. Somatoforme	1	8,3
	Pert. de Ansiedade Generalizada	1	8,3
Variável		M	DP
Idade		49,5	8,9
Acompanhamento Psicoterapêutico (anos)		3,6	0,5

Legenda: M – Média; DP – Desvio-padrão; Pert. -Perturbação.

Segundo os critérios de inclusão fizeram parte do estudo todos os utentes que pertenciam a um grupo psicoterapêutico de média dimensão após terem feito parte de um grupo psicoterapêutico de pequena dimensão, ambos os grupos conduzidos pela mesma terapeuta, a própria investigadora principal, grupanalista e psicoterapeuta analítica de grupo com mais de 15 anos de experiência clínica, supervisionada.

Constituíram critérios de exclusão a presença de Demência, Debilidade Mental, Alcoolismo ou Toxicodependência.

2.3.2. Instrumentos

Neste estudo foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, composta na sua primeira parte pela colheita de dados sociodemográficos dos utentes: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional; uma segunda parte com dados clínicos (psicopatologia, anos de acompanhamento psicoterapêutico), e a última parte com a questão aberta - Quando pensa na sua passagem do grupo psicoterapêutico anterior para o atual, que ideias lhe ocorrem?

A técnica utilizada para a análise da informação recolhida foi a Análise de Conteúdo, mais precisamente, a Análise de Conteúdo Categorical Temática. A opção por esta técnica prendeu-se com a rapidez e eficácia na análise e obtenção de indicadores que permitem fazer inferências, através da análise da presença ou ausência de uma ou várias características da resposta do participante (Bardin, 2018).

Um dos aspetos mais importantes da metodologia qualitativa relaciona-se com a possibilidade de analisar de forma direta as experiências dos participantes, nomeadamente através do acesso aos seus “processos internos” em contexto psicoterapêutico (Levitt, 2015).

2.3.3. Procedimentos

Todos os participantes deste estudo, receberam informação sobre o estudo e sobre a relevância da investigação e, após aceitação verbal de participação dos mesmos, foram garantidos o sigilo e a liberdade de recusa ou de retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem que tal comprometesse o seu tratamento psicoterapêutico. Um dos pontos essenciais da investigação qualitativa consiste na motivação e na relação de confiança que se vai estabelecendo entre participantes e investigador durante o curso da investigação (Pollock, 2012), situação que, no presente estudo, foi reforçada pela relação terapêutica estabelecida durante os tratamentos psicoterapêuticos ao longo de 7 anos. Neste estudo, os participantes colaboraram de forma ativa numa relação de partilha voluntária com a investigadora, a qual era também a sua única psicoterapeuta. Citando Ribeiro (2002),

Considerando os códigos de ética acerca do consentimento informado em investigação com humanos, no Código de Nuremberg, nos Princípios dos Direitos dos Doentes na Europa, na Declaração de Helsínquia, nos códigos de ética da APA e BPS, (...), verifica-se que em nenhum deles é exigida a assinatura do participante embora todos exijam o seu esclarecimento detalhado. (...).

Pelo anteriormente exposto, somos da opinião de que foram cumpridos todos os requisitos exigidos pela aplicação do consentimento informado no presente estudo.

Estes utentes, iniciaram o processo psicoterapêutico num grupo médio em julho de 2012 e terminaram em julho de 2015, com uma frequência semanal, tendo durado cada sessão 120 minutos. Responder ao questionário durou, em média, 15 minutos. A recolha decorreu durante o mês de julho de 2015.

O procedimento adotado consistiu no levantamento de todas as palavras ou ideias produzidas pelos sujeitos na estruturação das suas respostas. Numa primeira fase da análise de conteúdo realizou-se uma pré-análise que permitiu tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de forma a conduzir um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas de um plano de análise. Nesta fase, o procedimento adotado consistiu na escolha dos documentos que foram submetidos à análise, neste caso, os questionários formaram o corpus da análise tendo em conta as regras fundamentais, a saber: a regra da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência.

Na análise de conteúdo deste estudo realizou-se inicialmente uma leitura flutuante do texto, a qual permitiu fazer a constituição do corpus, isto é, selecionar qual o material a ser analisado. Após esta etapa, procedeu-se à seleção das unidades de análise através do recorte e da codificação do corpus. De seguida, procedeu-se à operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto (unidades de registo) por diferenciação e por agrupamento segundo a sua natureza, utilizando os critérios anteriormente definidos. Tais unidades foram agrupadas semanticamente para formação das subcategorias e, posteriormente, das categorias.

Os participantes tinham feito parte de 4 grupos psicoterapêuticos pequenos de origem (Tabela 7), iniciados em 2008 e terminados em 2012, tendo as sessões decorrido sempre no mesmo local (Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, na Ajuda), com a mesma psicoterapeuta (a investigadora principal), com uma frequência semanal e duração de 90 minutos (Figura 13).

Tabela 7.

Composição dos grupos psicoterapêuticos pequenos.

Grupos	Nº de Elementos	Género
Grupo 1	6	6 Mulheres
Grupo 2	4	2 Mulheres 2 Homens
Grupo 3	5	1 Mulher 4 Homens
Grupo 4	4	1 Mulher 3 Homens

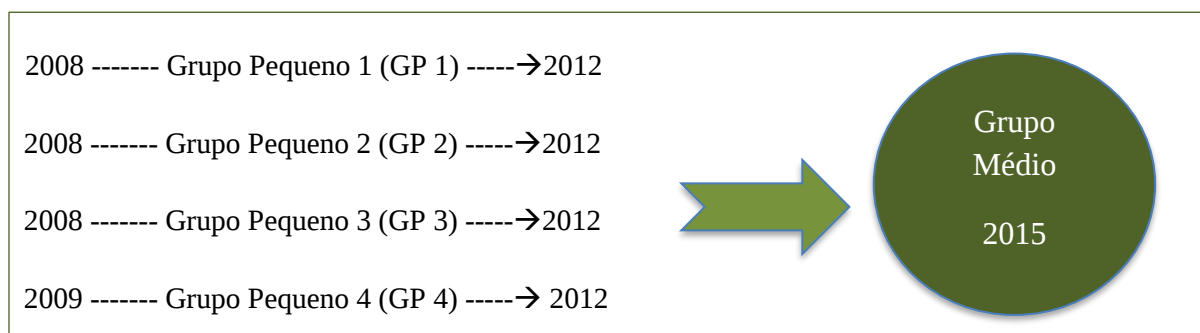


Figura 13. Cronograma da constituição do grupo médio.

De um total de 19 elementos, apenas 12 aceitaram participar no estudo e integrar o grupo psicoterapêutico médio. Dos sete que não participaram, a saber: 2 dos elementos tiveram alta do tratamento psicoterapêutico anterior, 3 foram *dropouts* e 2 não aceitaram participar no estudo. O grupo psicoterapêutico médio teve início em julho de 2012 e término em julho de 2015, tendo as sessões decorrido inicialmente no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, na Ajuda, e posteriormente na Equipa Comunitária de Saúde Mental de Cascais, sempre com a mesma psicoterapeuta (a investigadora principal), com uma frequência semanal e uma duração de 120 minutos.

A entrevista para recolha de informação, também realizada pela investigadora principal/psicoterapeuta, decorreu durante o mês de julho de 2015 e durou em média 15 minutos.

2.4. Aspetos Éticos

Todos os participantes deste estudo receberam esclarecimento acerca do conteúdo e da relevância da investigação. O consentimento informado dos participantes foi apenas verbal. Foi, no entanto, explicado e garantido o sigilo e a liberdade de recusa ou de retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo.

Todos os participantes foram tratados em conformidade com os “Princípios Éticos dos Psicólogos e Código de Conduta” (American Psychological Association, 1992).

2.5. Análise de Dados

A técnica utilizada para a análise da informação recolhida foi a Análise de Conteúdo Categorical Temática.

2.6. Resultados

No que respeita à percepção que os utentes tiveram da passagem de um grupo psicoterapêutico de pequena para média dimensão, a questão “Quando pensa na sua passagem do grupo psicoterapêutico anterior para o actual, que ideias lhe ocorrem?” permitiu estabelecer um número apreciável de inferências, as quais são destacadas na tabela 8.

Tabela 8.

Classificação das classes, categorias e subcategorias, bem como unidades de registo e de contexto.

Classe Temática	Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Percepção	Interação	Dinamismo	Maior dinamismo no grupo médio (8) *	“...ver esta mudança como desafio”
		Distanciamento	Maior distanciamento no grupo médio (5)	“... mais fácil haver um distanciamento...”
		Oportunidade	Maior oportunidade de intervenção no grupo pequeno (2)	“...tinha a possibilidade de falar mais”
		Diversidade	Mais pontos de vista no grupo médio (6)	“...não tínhamos tantas opiniões no grupo pequeno”
		Partilha	Partilha de pontos de vista no grupo médio (5)	“Poderem partilhar os meus problemas”
		Profundidade	Menor profundidade dos assuntos no grupo médio (5)	“... facilidade em falar de certas questões”
		Dispersão	Menor Foco do problema no grupo médio (2)	“Agora existe maior dispersão nos assuntos”
		Intimidade	Maior Intimidade no grupo pequeno (6)	“... eramos mais íntimos”

Classe Temática	Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
	Temporalidade	Gestão de tempo	Maior dificuldade de gestão de tempo no grupo médio (2)	“É mais complicado gerir o tempo”
		Evolução	Maior evolução no grupo médio (8)	“O grupo evolui mais”
		Velocidade	Maior rapidez no grupo médio (4)	“... o tempo para falar é menor”
		Duração	Mais demorado nos grupos médios (3)	“... o tempo com o grupo é demasiado longo”

* O valor dentro de parêntesis representa frequências absolutas.

O quadro sinóptico acima apresentado, construído a partir da pergunta lançada e dos recortes do discurso dos utentes, revela que a maior parte das ideias subjacentes à mudança de um grupo psicoterapêutico pequeno para um grupo médio, assenta sobretudo na alteração do padrão de Interação entre os elementos que constituem o grupo. Nesta categoria, na ótica dos utentes, os traços essenciais positivos são: “Dinamismo”, “Diversidade” e “Partilha”. Os contornos negativos que subjazem são: “Distanciamento”, “Oportunidade”, “Profundidade”, “Dispersão” e “Intimidade”.

Já na categoria Temporalidade, inferiu-se que, para os utentes, os conteúdos mais relevantes foram: “Evolução”, “Velocidade”, “Gestão de tempo” e “Duração”, sendo a “Evolução” e “Velocidade” as ideias mais frequentes nos utentes. Nesta categoria, houve igualmente um equilíbrio entre traços essenciais positivos e negativos.

2.7. Discussão

Pode afirmar-se que a mudança de dimensão de grupo psicoterapêutico, neste caso específico de um grupo pequeno para um grupo médio, é caracterizada por diferenças na Interatividade, nomeadamente ao nível de um maior Dinamismo entre os elementos do grupo, e na Temporalidade, nomeadamente ao nível da ideia de Evolução entre os utentes, concordante com o fato de a experiência psicoterapêutica não constituir uma novidade para os participantes uma vez que tinham estado previamente em terapia de grupo, situação que naturalmente potenciou a comunicação livre e flutuante entre todos os elementos, pautada em parte pela procura de identificação em interações deste tipo. Contudo, existem também ideias negativas em relação a esta mudança, nomeadamente ao nível da Intimidade e Profundidade dos assuntos partilhados, em sintonia com o que é esperado no contexto de um grupo maior, onde os aspetos defensivos, as projeções, as clivagens e uma certa desindividualização tendem a predominar, bem como, a ocorrência de subgrupos, atendendo à existência de maior

proximidade entre os elementos dos grupos pequenos anteriores. Na Temporalidade, a percepção dos utentes encontra-se novamente equilibrada, no entanto, é importante referir que a sessão dos grupos pequenos era de 90 minutos e passou para 120 minutos no grupo médio, portanto, parece compreensível a percepção de ser mais demorado. Parece existir consenso relativamente à duração das sessões psicoterapêuticas de grupo, não devendo as mesmas ultrapassar os 120 minutos, estabelecendo-se uma relação direta entre a duração das sessões e o número dos participantes: segundo Yalom e Leszcz, quanto maior a duração da sessão, mais participantes poderão beneficiar da mesma (Yalom & Leszcz, 2006). Esta alteração, por iniciativa da psicoterapeuta, pretendeu seguir as diretivas anteriormente postuladas, atendendo ao aumento significativo do número de pacientes do novo grupo, garantindo simultaneamente que todos os elementos do grupo tivessem igual probabilidade de participar, de forma livre e flutuante, sendo esse um dos objetivos da psicoterapia analítica de grupo.

Não tendo sido possível encontrar nenhum estudo semelhante nos seus objetivos ao apresentado, foi, no entanto, possível estabelecer algumas comparações com o estudo qualitativo levado a cabo por Morrison et al. (1984), onde os autores pretenderam conhecer as percepções de estudantes ligados à saúde mental em duas conferências de caráter educativo/formativo, através do preenchimento de um questionário, seguindo o modelo de orientação psicanalítica do Instituto Tavistock, comparando grupos pequenos e grupos grandes (categoria onde estão incluídos os grupos médios). Não tendo um objetivo terapêutico, estes grupos permitiram, no entanto, conhecer algumas particularidades inerentes aos processos interpessoais em contexto de grupo, nomeadamente que, nos grupos pequenos, os estudantes tendiam a ver-se a eles próprios como semelhantes ao grupo, identificando-se com maior facilidade ao grupo como um todo, intervindo mais, ao contrário dos grupos maiores (perto de 40 elementos), onde os estudantes se sentiram muito diferentes do grupo tido como um todo, parecendo sentir maior dificuldade nos processos de identificação, mostrando-se menos interventivos. Os dados obtidos apontam para a ideia de os grupos grandes poderem constituir um ambiente social gerador de stress e angústia para os indivíduos (Morrison et al., 1984, pp. 215-216), o que, no nosso estudo, pode ter contribuído para a percepção de um maior distanciamento, menor profundidade nos assuntos abordados e consequentemente menor intimidade entre os elementos do grupo maior.

Deve ser realçado que a nível nacional não foram encontrados estudos desta natureza. A nível internacional os estudos encontrados foram predominantemente relacionados com psicoterapias individuais e de casal. Para além de escassos, diziam respeito à avaliação da

eficácia do *feedback* dado pelos elementos dos grupos psicoterapêuticos (Slone et al., 2015), tendo-se concluído que o *feedback* dos elementos dos grupos melhorava os resultados dos tratamentos e impedia o abandono dos mesmos. Deste modo, consideramos o presente estudo inovador e pioneiro, a nível nacional, no que respeita à importância reconhecida das opiniões dos elementos de um grupo médio de psicoterapia analítica relativamente aos tratamentos efetuados anteriormente em grupos pequenos, bem como, o impacto positivo que tais percepções tiveram na continuidade desses mesmos tratamentos, sem que se tivessem registado abandonos.

2.8. Conclusões

Este estudo mostrou que não existe uma diferença significativa entre as percepções dos utentes relativamente aos tratamentos psicoterapêuticos de grupo de diferentes dimensões quando passam de um grupo pequeno para um grupo médio.

A técnica de análise de conteúdo nas ciências sociais e humanas apresenta-se como uma ferramenta útil à interpretação das percepções dos utentes em processo psicoterapêutico. Partindo destes pressupostos, a análise de conteúdo, enquanto metodologia clínica-qualitativa que segue uma orientação fenomenológica, admite que a realidade não existe no vácuo, mas que é um produto contextualizado. Dessa forma, as ideias dos utentes e as suas conceções do grupo psicoterapêutico estão representadas nas suas verbalizações, enquanto reflexo da sua realidade interna, fornecendo pistas valiosas ao psicoterapeuta para otimizar a dinâmica dos seus grupos.

A perspetiva dos elementos de um grupo psicoterapêutico de orientação grupal analítica torna-se assim uma mais-valia para a investigação em psicoterapia. Por um lado, porque pressupõe, por parte dos investigadores, o reconhecimento de que os elementos do grupo são pessoas com crenças e valores próprios com uma contribuição dinâmica para todo o processo terapêutico. Por outro lado, porque traduzindo esse reconhecimento em ação permite que a natureza individual das experiências dos elementos do grupo possa ser expressa de uma forma que ultrapassa as crenças e os valores dos próprios investigadores (Macran et al., 1999).

Para além dos benefícios, este estudo também apresentou limitações, como sejam o número reduzido da sua amostra e a sua não aleatorização aquando da seleção dos utentes, não permitindo, dessa forma, generalizar os resultados obtidos. Da mesma forma, o fato de a psicoterapeuta ser também a investigadora principal, coloca algumas questões relativamente

às respostas dos pacientes, uma vez que a obtenção de ganhos secundários em qualquer intervenção psicoterapêutica constitui sempre um fator a ter em consideração. Parece-nos pertinente a sua replicação em futuros estudos, com amostras maiores.



3. ESTUDO III. “AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA EM GRUPOS PSICOTERAPÊUTICOS DE DIFERENTES DIMENSÕES” */**

Fialho et al. (em preparação)

*Estudo apresentado, em comunicação oral, no XV Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, *online*, 22-24 outubro 2021.

**Estudo apresentado, em comunicação oral, no Seminário Eduardo Luís Cortesão, Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, *online*, 5 março 2022.

3.1. Desenho do Estudo

Tratou-se de um estudo clínico, quase-experimental (de intervenção), analítico, prospetivo e longitudinal.

Nos estudos quase-experimentais, por não haver uma distribuição aleatória dos participantes de cada grupo, é mais difícil eliminar o viés da seleção, tornando, dessa forma, mais difícil estabelecer relações de causalidade (Nestor & Schutt, 2015).

Recorrendo ao método longitudinal, onde os mesmos participantes são avaliados ao longo do tempo, o investigador tem a responsabilidade de decidir *quando* e *com que frequência* mede as suas variáveis e, com os dados que obtém, pode identificar etapas do desenvolvimento na relação que as suas variáveis possam estabelecer entre si, bem como, investigar processos de crescimento, suas causas e consequências, ou ainda, identificar possíveis relações de causalidade entre as variáveis do seu estudo (Brough, 2019, p. 146).

A dimensão dos grupos psicoterapêuticos, pequenos e médios, constituiu a variável independente do estudo.

As variáveis dependentes, os resultados obtidos, em termos da eficácia terapêutica da intervenção de grupo de orientação grupanalítica em grupos de diferentes dimensões, foram avaliadas através da aplicação de duas escalas de autopreenchimento em três momentos diferentes do tratamento - no início, após 3 meses e após 6 meses de tratamento –, e através da comparação dos resultados obtidos entre os grupos de pequena dimensão e os grupos de média dimensão e entre estes e o grupo controlo.

3.2. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo teve como objetivo principal examinar se a eficácia terapêutica varia em função de dois grupos psicoterapêuticos de orientação grupal de dimensões diferentes, grupos pequenos *versus* grupos médios, numa instituição hospitalar pública da área de Lisboa, os quais foram avaliados em três momentos distintos: no início do tratamento, após 3 meses e após 6 meses de intervenção.

Os objetivos específicos deste estudo pretenderam identificar alguns fatores que pudessem ser facilitadores ou inibidores do tratamento psicoterapêutico de grupo de orientação grupal numa instituição hospitalar pública de Lisboa (p. ex. género, nível de escolaridade ou diagnóstico), bem como, analisar se a eficácia terapêutica entre os dois grupos psicoterapêuticos de diferentes dimensões variava em comparação com a do grupo controlo.

Assim sendo, foi hipotetizado que o nível da eficácia não variava entre grupos psicoterapêuticos de diferentes dimensões.

3.3. Método

3.3.1. Participantes

Na presente investigação clínica, os participantes foram homens e mulheres em grande sofrimento psicológico seguidos na consulta externa de Psiquiatria do SPSMA do CHLO, EPE, enviados para tratamento psicoterapêutico de grupo de orientação grupal com a investigadora principal pelos seus médicos psiquiatras, os quais não participaram no estudo.

Após obtenção do Consentimento Informado por parte de todos os participantes, homens e mulheres adultos seguidos na consulta externa do SPSMA do CHLO, EPE, na cidade de Lisboa, estes foram distribuídos em grupos psicoterapêuticos pequenos com cerca de 8 elementos e em grupos psicoterapêuticos médios com cerca de 16 elementos, de acordo com a sua escolha relativamente ao dia e ao horário dos grupos, atendendo a que existiam quatro grupos semanais, dois à terça-feira e dois à quinta-feira, das 9.30h às 11.00h e das 13.00h às 14.30h, respetivamente. Para a definição dos dois tipos de grupos utilizou-se a classificação de Patrick De Maré (Lenn & Stefano, 2012, pp.124). Este investigador e criador dos grupos médios, classificou os grupos em grupos pequenos, incluindo cinco a doze elementos, grupos

médios, doze a quarenta elementos, e grupos grandes, de quarenta a várias centenas de elementos.

Estes grupos foram formados de raiz, isto é, não evoluíram de grupos psicoterapêuticos anteriores.

Os participantes que integraram o grupo controlo foram utentes da consulta de psiquiatria nas mesmas equipas comunitárias, mas não se encontravam a frequentar nenhum tratamento psicoterapêutico. Foram recrutados pela investigadora principal após explicação do estudo em causa e obtenção do respetivo Consentimento Informado.

A amostra utilizada no presente estudo foi colhida nas Equipas Comunitárias de Saúde Mental do SPSMA do CHLO, EPE, a saber: Equipa de Lisboa, Equipa de Carnaxide, Equipa de Oeiras e Equipa de Cascais.

Tratou-se de uma amostra não probabilística, composta por 132 utentes, dos quais 66,7% eram mulheres (n=88) e 33,3% eram homens (n=44), com uma média de idades de 48,83 anos (DP=12,69), variando entre os 20 e os 79 anos. A maioria dos utentes era solteira (43,1%; n=56) e trabalhadores no ativo (53,5%; n=69).

Constituíram critérios de exclusão a presença de Demência, Debilidade Mental, Alcoolismo ou Toxicodependência.

3.3.2. Tratamento

Após terem sido fornecidas explicações relativas ao tratamento psicoterapêutico e de os respetivos consentimentos terem sido assinados, os participantes integraram os grupos psicoterapêuticos. Todos os grupos foram conduzidos pela mesma psicoterapeuta, a investigadora principal, especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e em Psicoterapia pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, com mais de 15 anos de experiência na condução de grupos psicoterapêuticos de orientação grupalítica de pequena e média dimensão. O *setting* onde decorreram os tratamentos psicoterapêuticos foi sempre o mesmo – o sótão da moradia onde estava instalada a Equipa Comunitária de Saúde Mental de Oeiras -, em Caxias. Todos os participantes, incluindo a psicoterapeuta, se sentavam em círculo, garantindo, dessa forma, o contato visual entre todos, em cadeiras iguais, variando na cor (laranja e vermelho), com uma pequena mesa ao centro, onde se encontrava um relógio e uma caixa de lenços de papel.

Os grupos eram semiabertos, sempre que saía algum elemento, por *dropout* ou por término do tratamento, entrava um novo elemento, tinham uma composição heterogénea, ou seja, eram compostos por homens e mulheres com idades superiores a 18 anos, tendo como única limitação a dos critérios de exclusão. Os grupos tinham uma frequência semanal, cada sessão tinha a duração de 90 minutos e a duração do tratamento era de 6 meses. A confidencialidade e o sigilo profissional eram explicados e garantidos, bem como, as regras de funcionamento no grupo (v.g. os participantes não deviam encontrar-se e/ou contactar fora das sessões de grupo).

O tratamento consistiu numa intervenção psicoterapêutica de grupo de orientação grupalítica, onde os participantes através do recurso preferencial à comunicação verbal deviam exprimir todo o tipo de conteúdo que considerassem importante para si próprios, revelador do seu sofrimento psicológico e, desse modo, contribuírem para a livre discussão entre todos os elementos do grupo, permitindo o acesso aos conteúdos inconscientes e assim a uma maior consciência dos seus sintomas. Através deste procedimento, o condutor do grupo (psicoterapeuta) tinha acesso privilegiado ao funcionamento mental de todos os elementos do grupo, quer através da relação que cada um estabelecia consigo enquanto figura de referência transferencial quer na relação que cada um estabelecia com os restantes elementos do grupo (transferências laterais), podendo observar no imediato e em tempo real a dinâmica dos relacionamentos interpessoais, bem como, os traços de personalidade envolvidos e desse modo intervir de forma mais eficaz no processo de mudança e crescimento pessoal de cada elemento em tratamento.

Por ser uma psicoterapia de grupo de curta-duração, isto é, de seis meses, impunham-se algumas alterações ao nível da intervenção da psicoterapeuta (traduzido de Lorentzen, 2014, pp. 41-63), a saber:

- ❖ Terapeuta mais ativa, combinando rapidez de pensamento com capacidade introspetiva e reflexiva;
- ❖ Tratamento mais estruturado, tendo a terapeuta mais presente a importância dos limites no indivíduo e no grupo;
- ❖ Tratamento mais focado nos problemas, com a terapeuta a decidir da maior ou menor pertinência dos mesmos;
- ❖ Trabalho mais focado no aqui-e-agora, com a terapeuta a focar-se mais nas questões ligadas às relações que se estabeleciam no momento no contexto grupal (com a terapeuta e entre os elementos do grupo);

- ❖ Maior atenção ao fim do tratamento, com a terapeuta a ter de antecipar a forma como as suas intervenções iriam ser entendidas por cada um dos elementos do grupo e pelo grupo como um todo.

3.3.3. Instrumentos

A avaliação da eficácia psicoterapêutica foi operacionalizada através da aplicação de duas escalas de autopreenchimento.

SYMPTOM CHECKLIST 90 REVISED (SCL-90-R) (Derogatis & Cleary, 1977)

Em primeiro lugar, a Escala de Avaliação de Sintomas de Hopkins (SCL-90-R) (Derogatis & Cleary, 1977) (V. Anexo B). Esta escala permite avaliar, de forma multidimensional, a presença de indicadores psicopatológicos e de mal-estar psicológico e é constituída por nove subescalas clínicas (Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo) (para descrição V. Anexo C) e três índices globais de stress psicológico sintomático (Índice Geral de Sintomas, Número de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos).

Os itens das subescalas da SCL-90-R são avaliados numa escala, tipo *Likert*, de cinco pontos, com as respostas a variar de “Nunca” (0) a “Extremamente” (4), que se referem a diferentes níveis de mal-estar, num total de 90 descrições relativas a queixas ou sintomas diversos. É pedido aos participantes que respondam de acordo com a forma como se têm sentido nos últimos 15 dias. Para além destas avaliações psicopatológicas, a SCL-90-R fornece ainda três índices globais de gravidade, a saber: o Índice Geral de Sintomas que combina o número de sintomas com a sua intensidade, o Número de Sintomas Positivos que indica o número de sintomas presentes e o Índice de Sintomas Positivos que indica a intensidade ajustada ao número de sintomas presentes. No presente estudo, apenas foi calculado o Índice Geral de Sintomas, o qual corresponde à média dos 90 itens da SCL-90-R e que, segundo Baptista (1993) “Em relação às notas globais, (...), correlacionou de modo elevado com todas as escalas”, atendendo à avaliação pretendida da intensidade psicopatológica da nossa amostra ao longo de três momentos de avaliação.

A nossa escolha pela SCL-90-R baseou-se nas várias leituras efetuadas sobre a evidência positiva da sua aplicação. Vários estudos demonstraram a utilidade da SCL-90-R na prática

clínica, especificamente na triagem (Bonicatto et al., 1997; Derogatis & DellaPietra, 1994) e na determinação da qualidade ou eficácia de tratamentos psicológicos ou médicos (Schmitz et al., 2000).

Quanto às características psicométricas, a SCL-90-R, apresenta níveis de consistência interna e de fidelidade teste-reteste bastante adequados, com coeficientes alfa de *Cronbach* entre 0,77 e 0,90 para as nove subescalas e entre 0,78 e 0,90 para o teste-reteste (Derogatis & Cleary, 1977).

Baptista (1993), autor da versão portuguesa da SCL-90-R, no seu estudo psicométrico, obteve valores elevados de consistência interna, com o alfa de *Cronbach* a variar entre 0,74 e 0,97 e os valores da consistência teste-reteste a variarem entre 0,78 e 0,90.

SCALES OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING (SPWB) (Ryff, 1989)

Em segundo lugar, foi usada a Escala de Bem-Estar Psicológico (SPWB) (Ryff, 1989) adaptada para a população portuguesa (Novo et al., 1997) (V. Anexo D) que permite avaliar o bem-estar psicológico em seis dimensões distintas: Aceitação de Si, Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio e Autonomia (para descrição V. Anexo E).

A Escala de Bem-Estar Psicológico utilizada no presente estudo é a versão portuguesa com 14 itens por cada uma das seis dimensões avaliadas, totalizando 84 itens (Novo et al., 1997; Novo, 2000, 2003), constituindo-se numa escala de autoavaliação projetada para medir o bem-estar psicológico. Segundo Novo (2005), na versão portuguesa “(...) os coeficientes *alpha* variam entre ,74 e ,86, e a estabilidade temporal (*tau* de Kendall) para as seis medidas situa-se entre ,41 e ,83”. Neste estudo, apenas foi calculada a medida global para o conjunto das seis dimensões, a qual, segundo a autora revelou-se “(...) psicometricamente mais robusta do que os indicadores por dimensão (estabilidade temporal ,81; consistência interna ,93) e útil na diferenciação de níveis de BEP”. Cada subescala consiste em 14 itens divididos aproximadamente de forma igual entre unidades positivas e negativas. Os participantes respondem numa escala, de tipo *Likert*, cujos itens são afirmações descritivas com 6 categorias de resposta que variam de “Discordo Completamente” (1) a “Concordo Completamente” (6). Certos itens são codificados inversamente. As pontuações são somadas e os *scores* de subescala são obtidos. A pontuação total é a soma dos 84 itens. Os *scores* mais

altos indicam maior bem-estar psicológico dentro da respetiva dimensão. Esta Escala leva aproximadamente vinte e cinco minutos a completar (Akin, 2008).

3.3.4. Variáveis Avaliadas

Foram recolhidos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, junto dos próprios ou através de consulta do processo clínico.

As variáveis sociodemográficas recolhidas foram a idade, o género (feminino, masculino), o estado civil (solteiro, casado ou união de facto, divorciado ou separado, viúvo), habilitações literárias (sem escolaridade, ensino primário, ensino secundário, ensino superior), trabalho (tem, não tem, reformado).

Quanto às variáveis clínicas foram recolhidos dados relativos ao diagnóstico atribuído pelos médicos psiquiatras segundo a classificação da ICD-10, à toma de medicação psiquiátrica (sim, não), ao número de internamentos psiquiátricos (sim, não, se sim quantos no último ano), às tentativas de suicídio (sim, não, se sim quantas no último ano).

A fim de avaliar a eficácia das intervenções, utilizaram-se como variáveis de eficácia os resultados obtidos através da aplicação das escalas de autoavaliação SCL-90-R e EBEP (V. Instrumentos).

3.3.5. Procedimentos

Os participantes eram seguidos em consulta de Psiquiatria do SPSMA, tendo sido enviados pelos seus médicos psiquiatras para tratamento psicoterapêutico de grupo com a investigadora principal.

Foi agendada uma marcação individual entre a investigadora principal e todos os possíveis participantes, com o objetivo de explicar o tratamento e o estudo a ele associado, bem como, caso os participantes decidissem participar num dos dois ou em ambos, pudessem escolher qual o grupo psicoterapêutico, o dia e o horário do seu tratamento, atendendo a que existiam quatro grupos semanais, dois à terça-feira e dois à quinta-feira, das 9.30h às 11.00h e das 13.00h às 14.30h, respetivamente. Caso decidissem iniciar o tratamento psicoterapêutico e participar no estudo, ser-lhes-ia entregue informação escrita relativa ao estudo em causa, bem como, solicitada a assinatura dos consentimentos informados relativos quer ao tratamento psicoterapêutico de grupo quer à participação voluntária no estudo clínico, sendo sempre

assegurada quer a confidencialidade quer o anonimato de cada participante. Foi também assegurado que, no caso de desistência de participação no estudo em qualquer etapa do mesmo, não haveria qualquer repercussão no tratamento psicoterapêutico ou em outro qualquer tratamento no SPSMA do CHLO, EPE.

Os tratamentos psicoterapêuticos de grupo de orientação grupanalítica realizaram-se sempre no mesmo local. A psicoterapeuta é psicóloga clínica na instituição hospitalar onde decorre o presente estudo e tem formação em grupanálise e psicoterapia analítica de grupo pela SPGPAG.

Nesta fase inicial, foram ainda recolhidas algumas informações sociodemográficas e clínicas junto dos participantes e/ou através de consulta aos respetivos processos clínicos (v.g. diagnósticos), tendo ainda sido aplicadas as duas escalas de autopreenchimento, individualmente. Todos os participantes foram informados sobre os dois períodos de avaliação subsequentes (3 e 6 meses após início do tratamento psicoterapêutico), altura em que seria de novo solicitado o preenchimento das duas escalas.

Os participantes do grupo controlo eram adultos seguidos na consulta de psiquiatria das quatro equipas comunitárias de saúde mental do SPSMA, anteriormente descritas, e não tinham qualquer tipo de acompanhamento psicoterapêutico à data de realização do presente estudo. A investigadora principal deslocou-se às referidas equipas comunitárias, após contato com os funcionários administrativos de cada equipa, a fim de tomar conhecimento das datas em que os participantes tinham agendada a sua consulta de psiquiatria e/ou administração de injetável pela enfermagem. No dia desse agendamento, a investigadora dirigiu-se, individualmente, a cada participante e pediu para falar com cada um, num gabinete disponível para o efeito, onde, após se apresentar, explicou o estudo que estava a desenvolver, bem como, a importância da participação de cada um. Muitos dos participantes não perceberam porque não tinham acompanhamento psicoterapêutico, ao contrário dos participantes dos grupos experimentais, manifestando intenção de o solicitar junto dos seus médicos psiquiatras. Após as explicações e respetivos esclarecimentos, a investigadora solicitou a assinatura do consentimento informado, aplicou as duas escalas de autopreenchimento e o questionário para recolha de informação sócio-demográfico-profissional, tendo consultado o processo clínico para obtenção do diagnóstico, o qual é decidido pelo respetivo médico psiquiatra. Porque, muitas vezes, estes utentes são acompanhados por mais que um médico psiquiatra ao longo do seu percurso clínico, optamos por escolher o diagnóstico atribuído pelo último e/ou atual médico psiquiatra de cada participante.

3.4. Aspetos Éticos

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, à Comissão de Ética do Hospital de Egas Moniz, ao Departamento de Investigação Clínica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, e à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), tendo recebido parecer positivo de todas elas.

3.5. Análise Estatística

A estatística descritiva incidu em frequências absolutas, percentagens para as variáveis de natureza qualitativa e médias e desvios-padrão para as variáveis quantitativas.

A proporção de valores omissos não diferiu significativamente entre condições experimentais $\chi^2(2) = 3,29$, $p = ,193$. No entanto, o teste de Q de Cochran revelou que a proporção de valores omissos devido a *dropout* aumentou significativamente com os momentos de avaliação $\chi^2(2) = 120,22$, $p < ,001$, verificando-se 125 casos válidos no momento 1 de avaliação, 82 casos válidos no momento 2 e apenas 45 casos válidos no momento 3. Face a esta variabilidade no número de *dropouts* entre os vários momentos de avaliação e para determinar se o índice geral de sintomas da SCL-90-R e o índice geral de bem-estar psicológico da EBEP diferiam significativamente entre as condições experimentais (grupo pequeno vs. grupo médio vs. grupo controlo) e o momento de avaliação (0 meses vs. 3 meses vs. 6 meses), foram analisados dois modelos de equações de estimação generalizadas (GEE). A escolha por GEE incide na capacidade destes modelos lidarem com valores omissos devido a dropout e permitirem selecionar a matriz de covariância que melhor se ajusta aos dados (Cosme et al., 2022; Nobre et al., 2022). Os modelos GEE basearam-se numa função de ligação identidade (*identity link function*), assumindo uma distribuição normal, com uma matriz de correlação de trabalho M-dependente ($m = 2$) (Rosa et al., 2020). Este tipo de estrutura de correlação foi escolhido por ter apresentado o valor mais baixo para o critério de quase-verossimilhança sob o modelo de independência (QIC) (Cui & Qian, 2007; Rosa et al., 2019). As médias marginais estimadas foram analisadas com a correção Bonferroni, para uma significância estatística de $p < 0,05$.

3.6. Resultados

O presente estudo avaliou 132 casos, em três momentos distintos, no início do tratamento psicoterapêutico de grupo (momento 1), após três meses de tratamento (momento 2) e no final do tratamento (momento 3), ou seja, após seis meses, num total de 396 observações. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos *dropouts* pela condição de grupo ($\chi^2(2) = 3,29, p=,193$) (Tabela 9).

Tabela 9.

Distribuição da Amostra e dos Dropouts nos vários grupos.

Total	N = 132
Grupo Pequeno	35 (26,5%)
DropOut	13 (37,1%)
Amostra	22 (62,8%)
Grupo Médio	40 (30,3%)
DropOut	11 (27,5%)
Amostra	29 (72,5%)
Grupo Controlo	57 (43,1%)
DropOut	26 (45,6%)
Amostra	31 (54,3%)
Total DropOut	50 (37,8%)

Antes de examinar se a sintomatologia psicopatológica e o bem-estar psicológico diferem significativamente entre as condições experimentais e os momentos de avaliação, foi avaliado o efeito de potenciais variáveis confundentes (ver tabela 10).

Tabela 10.

Caraterísticas Sociodemográficas dos três grupos, na 1ª avaliação.

Variável	Grupo Pequeno (n=35)	Grupo Médio (n=40)	Grupo Controlo (n=57)	Teste	P
Idade:					
M (DP)	44,31 (12,36)	50,35 (12,07)	50,53 (12,86)	F = 3,11	>0,05
[Min-Max]	[24-69]	[20-73]	[27-79]		
Género:					
Feminino	23 (66%)	35 (88%)	30 (53%)	X ² (2) = 12,88	<0,01
Masculino	12 (34%)	5 (12%)	27 (47%)		
Estado civil:					
Solteiro	17 (49%)	8 (20%)	31 (54%)	X ² (6) = 16,47	<0,05
Casado/União de Fato	13 (37%)	18 (45%)	11 (19%)		
Divorciado/Separado	5 (14%)	12 (30%)	12 (21%)		
Viúvo	0	2 (5%)	1 (2%)		
NR			2 (4%)		

Tabela 10.

Caraterísticas Sociodemográficas dos três grupos, na 1ª avaliação. (Continuação)

Variável	Grupo Pequeno (n=35)	Grupo Médio (n=40)	Grupo Controlo (n=57)	Teste	P
Trabalho:					
Não	10 (29%)	11 (28%)	19 (34%)	$X^2(4) = 15,00$	<0,01
Sim	24 (69%)	25 (62%)	20 (35%)		
Reformado	1 (2%)	4 (10%)	15 (26%)		
NR			3 (5%)		
Habilitações literárias:					
Sem Escolaridade	1 (3%)	0	0	$X^2(6) = 10,72$	>0,05
Ensino Primário	1 (3%)	3 (7%)	7 (12%)		
Ensino Secundário	18 (51%)	25 (63%)	37 (65%)		
Ensino Superior	15 (43%)	12 (30%)	10 (18%)		
NR			3 (5%)		

Legenda: M – Média; DP – Desvio-padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo; NR – Não Respondeu.

No que respeita à variável género, todos os grupos tinham um predomínio de utentes do sexo feminino (GP, 66%; GM, 88%; GC, 53%), solteiros, no caso do grupo pequeno (49%) e do grupo de controlo (54%), ou casados ou em união de fato, no caso do grupo médio (45%). Quanto às habilitações literárias, nos dois grupos psicoterapêuticos, a maioria terminou a escolaridade obrigatória (12º ano de escolaridade) (GP, 51%; GM, 63%), observando-se também a presença de uma elevada percentagem de utentes com um nível de ensino universitário (GP, 43%; GM, 30%) e no grupo de controlo a maioria tem o ensino secundário (65%). Em qualquer dos grupos, a maioria trabalhava (GP, 69%; GM, 62%), embora no caso do grupo de controlo, a frequência dos que trabalhavam e não trabalhavam é quase idêntica (35% versus 34%). Finalmente, quanto à variável idade, verifica-se que o grupo pequeno apresentava um valor médio de idades ligeiramente inferior (44,31 anos), em comparação com os outros dois grupos (GM, 50,35 anos; GC, 50,53 anos). As diferenças observadas são estatisticamente significativas para qualquer das variáveis consideradas, exceto as variáveis idade e habilitações literárias (ver Tabela 10).

Em relação à variável diagnóstico, a frequência de participantes com esquizofrenia e perturbação esquizotípica e delirante foi predominante no grupo controlo (n=26). As perturbações do humor, perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o stress e perturbações somatoformes, foram mais frequentes nos grupos pequeno (n=21) e médio (n=33). Quer o grupo pequeno quer o grupo médio apresentaram igual frequência de perturbações específicas da personalidade (n=5) (Tabela 11).

Tabela 11.

Diagnóstico Psiquiátrico nos três grupos considerados (ICD-10).

Diagnóstico Psiquiátrico	Grupo Pequeno	Grupo Médio	Grupo Controlo
Esquizofrenia	2	1	20
Pert. Delirante Persistente	0	0	2
Pert. Psicóticas Agudas e Transitórias	0	0	2
Pert. Esquizoafetivas	0	0	2
Pert. Afetiva Bipolar	5	1	8
Pert. Depressiva	12	18	5
Pert. Depressiva Recorrente	1	2	3
Pert. Humor Persistentes	1	1	0
Pert. Fóbico-Ansiosas	1	1	0
Outras Pert. Ansiosas	5	6	1
Pert. Obsessivo-Compulsiva	0	3	0
Reação Stress Grave e Pert. Adaptação	0	2	1
Pert. Somatoformes	1	0	0
Pert. Específicas da Personalidade	5	5	2

Legenda: Pert. – Perturbação (ões).

Relativamente à variável medicação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhum dos grupos (tabela 13 e 14). O grupo pequeno apresentava uma média de 0,85 (DP=0,359) participantes que tomava medicação, o grupo médio apresentava uma média de 0,93 (DP=0,267) participantes que tomava medicação e o grupo controlo uma média de 0,98 (DP=0,135) participantes que tomava medicação, com todos os grupos a variarem entre nenhum participante que tomava medicação até um participante que tomava medicação (Tabela 12).

Tabela 12.

Dados Clínicos nos três grupos considerados.

Variável	Grupo Pequeno (n=35)	Grupo Médio (n=40)	Grupo Controlo (n=57)
Medicação:			
M (DP)	0,85 (0,36)	0,92 (0,27)	0,98 (0,13)
[Min-Max]	[0-1]	[0-1]	[0-1]
Internamentos:			
M (DP)	0,60 (1,42)	0,25 (0,59)	1,87 (1,73)
[Min-Max]	[0-8]	[0-3]	[0-7]
Tentativas de suicídio:			
M (DP)	0,23 (0,55)	0,35 (0,7)	0,69 (1,54)
[Min-Max]	[0-2]	[0-2]	[0-6]

Legenda: M – Média; DP – Desvio-padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo.

Em relação à variável tentativas de suicídio, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhum dos grupos experimentais (Tabela 13 e 14). O grupo pequeno apresentava uma média de 0,23 (DP=0,55) tentativas de suicídio, variando entre nenhuma tentativa de suicídio e duas. O grupo médio apresentava uma média de 0,35 (DP=0,70) tentativas de suicídio, igualando a variabilidade do grupo pequeno. O grupo controlo apresentava uma média de 0,69 (DP=1,54), variando entre nenhuma tentativa de suicídio e seis (Tabela 12).

No que respeita ao número de internamentos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para os três grupos experimentais (Tabela 13 e 14), a saber: o grupo pequeno apresentava uma média de 0,60 internamentos (DP=1,42), variando entre nenhum e 8 internamentos; o grupo médio apresentava uma média de 0,25 (DP=0,59), variando entre nenhum e 3 internamentos; e o grupo controlo apresentava uma média de 1,87 internamentos (DP=1,73), variando entre nenhum e 7 internamentos, com o grupo controlo a apresentar o valor mais elevado para esta variável (Tabela 12).

Tabela 13.

Resultados da Análise de Variância (ANOVA) para as variáveis relativas aos Dados Clínicos dos diferentes grupos.

Variável		Soma dos Quadrados	Gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Medic	Entre Grupos	,351	2	,175	2,753	,068
	Nos grupos	8,022	126	,064		
	Total	8,372	128			
Intern	Entre Grupos	69,868	2	34,934	18,182	,000
	Nos grupos	244,009	127	1,921		
	Total	313,877	129			
TSuic	Entre Grupos	5,291	2	2,645	2,140	,122
	Nos grupos	157,017	127	1,236		
	Total	162,308	129			

Legenda: Medic - Medicação; Intern - Internamentos; TSuic - Tentativas de Suicídio.

Tabela 14.

Valores Médios para os grupos (Tukey HSD^{a,b,c}).

Grupo	N	Subconjunto	
		1	2
Grupo Médio	40	,25	
Grupo Pequeno	35	,60	
Grupo Controlo	55		1,87
Sig.		,483	1,000

Nota: São exibidas as médias para os grupos em subconjuntos homogêneos. Com base em médias observadas; O termo de erro é Quadrado Médio (Erro) = 1,921.

Legenda: a. Usa o Tamanho da Amostra de Média Harmónica = 41,810; b. Os tamanhos de grupos são desiguais. A média harmónica dos tamanhos de grupos é usada. Os níveis de erro de Tipo I não são garantidos; c. Alfa = 0,05.

Sintomatologia Psicopatológica

Os resultados mostraram um efeito de interação entre o momento e o tipo de grupo na sintomatologia psicopatológica Wald $\chi^2(4) = 9,95$, $p = 0,041$ e um efeito principal do grupo na sintomatologia psicopatológica Wald $\chi^2(2) = 27,91$, $p < ,001$. Não foi encontrado um efeito principal para o momento de avaliação Wald $\chi^2(2) = 1,01$, $p = ,603$.

O efeito interação foi decomposto através da análise dos efeitos simples. A Figura 14 mostra que, para o momento 1, a sintomatologia psicopatológica (avaliada com a escala SCL-90-R) no grupo de controlo ($M = 82,27$) era significativamente inferior aos outros dois grupos terapêuticos ($M_{G_{peq}} = 128,53$ e $M_{G_{med}} = 145,48$, $p < ,05$). No entanto, não se verificaram diferenças de sintomatologia entre os 2 grupos terapêuticos. No segundo momento (3 meses de intervenção), verificou-se um padrão similar ao do primeiro momento, ou seja, não se verificaram diferenças de sintomatologia entre os 2 grupos terapêuticos ($M_{G_{peq}} = 137,38$ e $M_{G_{med}} = 145,48$, $p < ,05$), mantendo-se a sintomatologia psicopatológica no grupo de controlo significativamente inferior aos outros dois grupos terapêuticos. No entanto, verificou-se um decréscimo de sintomatologia no grupo médio em relação ao grupo pequeno, embora sem atingir significância estatística.

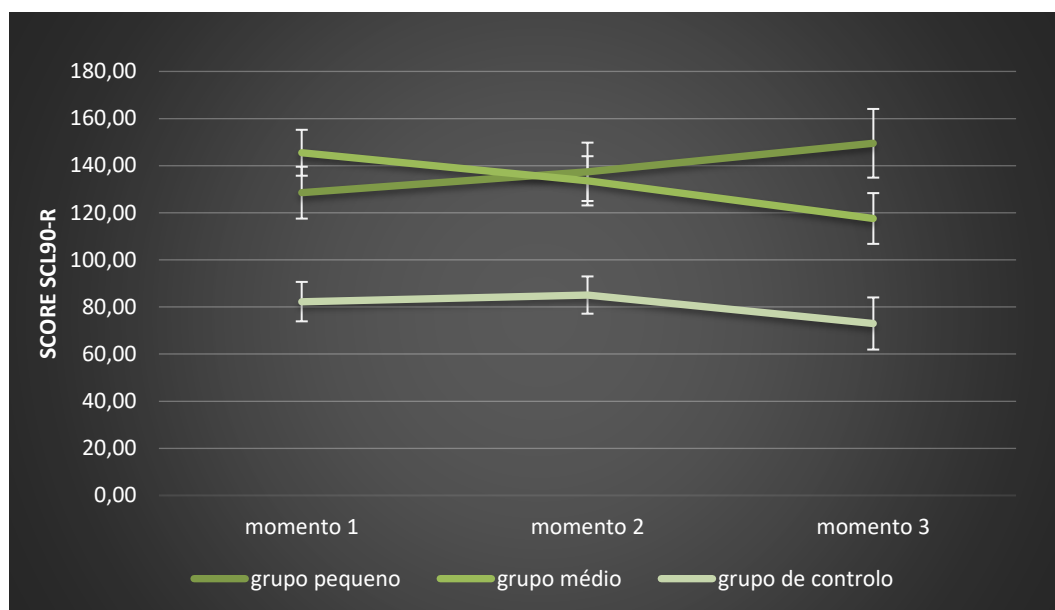


Figura 14. *Médias Marginais Estimadas para a Sintomatologia Psicopatológica em função do tipo de grupo e momento de avaliação. As barras representam o erro-padrão da média estimado.*

No terceiro momento (6 meses de intervenção) não se verificaram diferenças significativas na sintomatologia psicopatológica entre o grupo terapêutico médio ($M=117,57$) e o grupo de controlo ($M=72,99$), mas o grupo terapêutico pequeno ($M=149,49$) apresentou sintomatologia psicopatológica significativamente superior ao grupo de controlo. Neste 3º momento de avaliação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia psicopatológica avaliada com a escala SCL-90-R entre os 2 grupos terapêuticos.

Não se verificaram alterações significativas da sintomatologia psicopatológica no grupo pequeno e no grupo de controlo ao longo dos vários momentos de avaliação. Contudo, verificou-se uma diminuição significativa do segundo momento para o terceiro momento para o grupo médio.

Bem-Estar Psicológico

Os resultados revelaram apenas o efeito principal do tipo de grupo no bem-estar psicológico $Wald \chi^2 (2) = 8,60, p = ,014$. A Figura 15 mostra que o bem-estar psicológico avaliado com a escala EBEP no grupo de controlo ($M= 334,60$) foi significativamente superior ao grupo médio ($M= 310,17$) No entanto, não se verificaram diferenças entre os dois grupos terapêuticos.

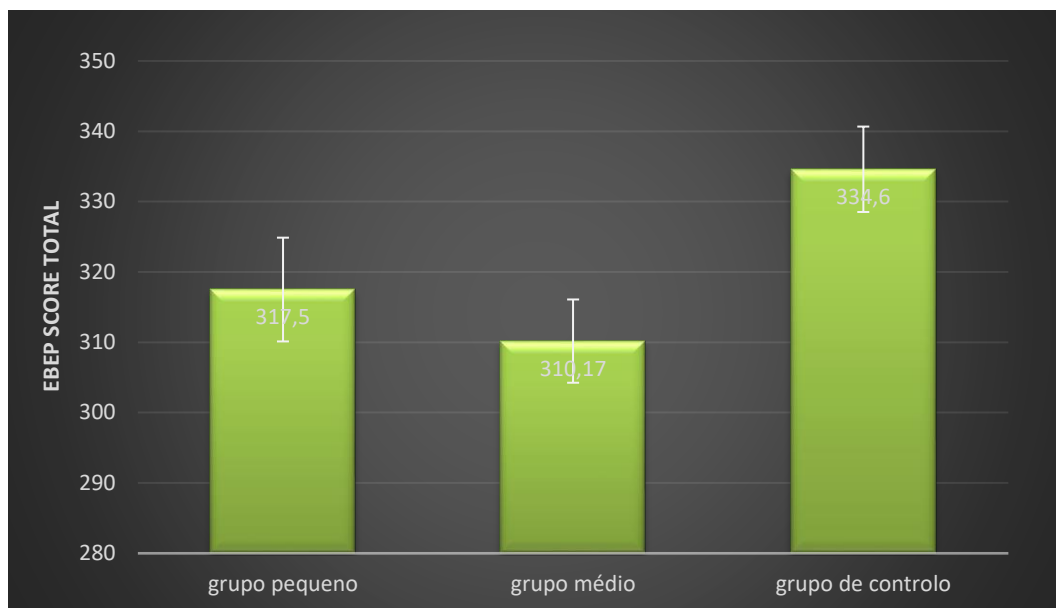


Figura 15. *Médias Marginais Estimadas para o Bem-Estar Psicológico em função do tipo de grupo. As barras representam o erro-padrão da média estimado.*

Não se verificou um efeito principal do momento na sintomatologia psicopatológica Wald $\chi^2(2) = 0,16$, $p = ,925$, nem o efeito de interação entre o momento e o tipo de grupo na sintomatologia psicopatológica Wald $\chi^2(4) = 4,36$, $p = ,359$.

3.7. Discussão

De acordo com os resultados obtidos, o presente estudo aponta para uma eficácia equiparável entre grupos de pequena e média dimensão ao fim de um tratamento psicoterapêutico de curta-duração (seis meses), numa instituição hospitalar pública da cidade de Lisboa.

Lorentzen (2014, pp. 41-63), a propósito da importância do tempo nas intervenções psicoterapêuticas analíticas de grupo, realizou um ensaio aleatoriamente controlado com grupos psicoterapêuticos de orientação analítica (também denominados de orientação dinâmica ou de orientação grupanalítica), em indivíduos seguidos na consulta externa de vários centros comunitários de saúde mental de três cidades da Noruega. Esses grupos eram de curta (6 meses) e de longa-duração (24 meses), e o autor tentou perceber que potenciais diferenças se observavam após 3 e 7 anos do início dos tratamentos. Concluiu que, no geral, os tratamentos psicoterapêuticos de grupo de curta e de longa-duração não diferiam significativamente entre si e que as perturbações de personalidade até tinham a ganhar com intervenções mais breves no tempo. Portanto, as intervenções de 6 meses provaram ser tão

eficazes como as de 24 meses e até mais no caso das perturbações de personalidade. Também Bros et al. (2017), através de um estudo prospetivo aberto e controlado, estudaram a eficácia da psicoterapia de grupo dinâmica de curta-duração (9 meses) em pacientes com sintomas depressivos nos Cuidados de Saúde Primários na cidade de Barcelona, tendo concluído que este tipo de intervenção psicoterapêutica de curta-duração foi eficaz não só na redução dos sintomas de ansiedade e depressão como também na melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, resultado concordante com o obtido no nosso estudo, ou seja, diminuição do índice geral de sintomas psicopatológicos e aumento do índice geral de bem-estar psicológico numa intervenção psicoterapêutica de grupo de curta-duração (6 meses).

Relativamente ao índice geral de bem-estar psicológico, ambos os grupos psicoterapêuticos mostraram resultados significativamente mais baixos que o grupo controlo. Este resultado inesperado, atendendo a que os participantes do grupo controlo não tinham qualquer intervenção psicoterapêutica, permite-nos tecer algumas considerações e limitações do presente estudo, nomeadamente em relação à utilização de instrumentos de autoavaliação, como é o caso da EBEP e da SCL-90-R, onde o bem-estar está dependente, única e exclusivamente, de uma avaliação pessoal, indireta e, como tal, subjetiva.

Parece-nos igualmente importante destacar o fato de se tratar de uma escala (EBEP) cujo conteúdo pode constituir um desafio, não só por conter frases relativamente longas como também pela linguagem utilizada, nem sempre acessível. Vários foram os participantes que pediram esclarecimento sobre o significado de algumas dessas frases e alguns deles pediram mesmo para a investigadora ler a escala na íntegra, nomeadamente os participantes do grupo de controlo.

Ainda a este propósito, Novo (2005) levou a cabo um estudo onde, para além da escala de autoavaliação EBEP, utilizou também um instrumento de avaliação externa do funcionamento psicológico através da aplicação do Rorschach. Enquanto técnica projetiva, o Rorschach é um teste de desempenho, permitindo aceder ao mundo interno dos sujeitos através da análise do material inconsciente que os mesmos projetam na tela que lhes é apresentada, fornecendo medidas diretas do comportamento e indiretas da personalidade. Para tal, a autora recorreu a uma amostra composta por 69 mulheres com idades entre os 65 e os 75 anos, residentes em meio urbano, sem patologia física e/ou psíquica identificada. Desta amostra, resultaram casos onde, apesar dos resultados indicadores de elevado nível de bem-estar psicológico, a análise do Rorschach apresentou sinais indicadores do contrário, comprometedores dessa avaliação pessoal, que a autora denominou de “BE Psicológico ilusório”, tendo concluído que “(...) uma

autoavaliação de nível elevado nem sempre traduz um funcionamento positivo e um genuíno bem-estar psicológico (...)” (pág. 198). A autora afirma, ainda, com base nas características obtidas através do Rorschach, que estas participantes “(...) silenciam o sofrimento psicológico, as dificuldades emocionais e a insatisfação consigo próprias e com as suas vidas.” (pág. 199). Parece, portanto, que o recurso a uma metodologia de avaliação “(...) limitada à autoavaliação da vivência subjetiva de BE (bem-estar), mostra-se insuficiente”, pelo que, as escalas de autoavaliação parecem mostrar-se “(...) incapazes de diferenciar entre este *tipo* de BEP ilusório (em que as dificuldades de adaptação e/ou o sofrimento psicológico não é reconhecido) e um BEP genuíno (alicerçado na saúde mental e na harmonia do funcionamento psicológico).” (Novo, 2005).

Também Vreeswijk et al. (2012), utilizando instrumentos de autoavaliação como a SCL-90-R, avaliaram os resultados de uma intervenção de psicoterapia cognitivo-comportamental de grupo num grupo heterogéneo de doentes da consulta externa, num *setting* de tratamento naturalista, tendo apontado como uma das limitações do seu estudo o uso desse tipo de instrumentos, uma vez que a sua validade depende sempre do nível de insight dos participantes, o qual se encontra muitas vezes comprometido, bem como, a sua capacidade de auto revelação e de desejabilidade social, fatores clínicos caraterísticos dos quadros psicóticos, como, de uma forma tão inesperada, o nosso grupo de controlo tão bem espelha.

Para além do inesperado elevado índice geral de bem-estar psicológico obtido pelo grupo de controlo, também há a destacar o resultado do índice geral de sintomatologia psicopatológico, avaliado no início do tratamento, ser significativamente inferior ao dos grupos psicoterapêuticos. Uma das explicações poderá dever-se ao fato de os participantes dos grupos psicoterapêuticos terem sido encaminhados para tratamento por se encontrarem em grande sofrimento psicológico no momento em que se iniciou o estudo. Os participantes do grupo controlo, pelo contrário, apesar de não se encontrarem em tratamento psicoterapêutico, já estavam a ser acompanhados em tratamento farmacológico pela psiquiatria, encontrando-se, portanto, mais estáveis do ponto de vista do seu quadro clínico. Para além deste fator, podemos questionar os critérios dos próprios médicos psiquiatras aquando do encaminhamento dos participantes para o tratamento psicoterapêutico de grupo: quem teria indicação para este tipo de tratamento e quem não teria? Que critérios foram utilizados para tomar essa decisão?

Ainda em relação ao grupo de controlo, os resultados obtidos relativamente à variável Diagnóstico apresentam a frequência de Perturbações Delirantes, Esquizotípicas,

Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas (F20) como o diagnóstico predominante. Queirós et al. (2019, pp. 72-74), referem que, segundo a ICD-10, os indivíduos com este tipo de patologia apresentam, para além dos sintomas positivos e dos défices ao nível cognitivo e afetivo, sintomas negativos caracterizados por marcada apatia, escassez de discurso e aplanamento ou incongruência das respostas emocionais, os quais influenciam, de forma significativa, o funcionamento global dos indivíduos, principalmente ao nível da autonomia.

Randolph et al. (2018), citando Meyer (2001), reforçam a ideia de que os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia estão diretamente relacionados com um reduzido bem-estar psicológico, o que, estranhamente, parece não se verificar nos resultados obtidos no grupo de controlo do nosso estudo.

Nos participantes do nosso grupo de controlo, podemos ainda adiantar que a autonomia se encontrava seriamente comprometida se atendermos, para além do diagnóstico, ao fato de estes participantes apresentarem uma média de idades de 50 anos, serem predominantemente solteiros, desempregados e reformados e apresentarem um número de internamentos significativo. Todos eles fatores que contribuem para um mau prognóstico. A este propósito, e, estabelecendo uma comparação com as devidas precauções uma vez que o nosso estudo apresenta um viés de seleção devido a limitações institucionais, Pereira (2012, pp. 34-35), na sua tese de mestrado sobre qualidade de vida e bem-estar na esquizofrenia, apresenta como conclusões do seu estudo,

Relativamente aos resultados obtidos no que diz respeito à influência da dimensão ocupacional no bem-estar e qualidade de vida dos utentes com esquizofrenia, verifica-se que aqueles que têm ocupação apresentam níveis mais elevados na dimensão psicológica, nas relações sociais e ainda no bem-estar em geral.

Relativamente aos resultados obtidos no que respeita ao tempo de internamento, verifica-se que os utentes com menos anos de internamento têm um total de bem-estar mais elevado e maior satisfação com as relações sociais do que os que estão internados há mais de cinco anos. (...) Estes resultados demonstram que utentes que estão internados há mais anos vêm a sua qualidade de vida e bem-estar comprometidos.

O mesmo autor, citando Dickerson et al. (2008), Marwaha e Johnson (2004) e Kaplan e Sadock (2007), refere ainda que “(...) a participação em atividades de trabalho está correlacionada positivamente com menor prejuízo no funcionamento social, diminuição dos níveis de sintomatologia, diminuição do número de internamentos, aumento da qualidade de vida e da autoestima, sendo, por isso, o ajustamento ocupacional apresentado como um fator de bom prognóstico em esquizofrenia.”.

Ainda a este propósito, Volkert et al. (2014) estudaram a relação do significado da vida com o diagnóstico clínico e com o resultado da psicoterapia psicodinâmica, individual e de grupo, em doentes internados numa clínica de psicoterapia na Alemanha, tendo concluído que a sensação de bem-estar de uma pessoa depende em parte do grau em que essa pessoa experiencia a sua vida como tendo significado.

Também a própria Organização Mundial de Saúde (traduzido de OMS, 2001, p.1), na sua definição de saúde mental, para além de preconizar que a saúde mental não é só a ausência de perturbação mental, refere que é também um “(...) estado de bem-estar em que cada indivíduo desenvolve as suas habilidades pessoais, consegue lidar com os stressores da vida, trabalha de forma produtiva e proveitosa e sente-se apto a dar a sua contribuição para a sua comunidade.”

No final do tratamento (momento 3), o grupo psicoterapêutico pequeno apresentou um índice geral de sintomatologia psicopatológica significativamente superior ao resultado obtido pelo grupo controlo. Tal fato poderá encontrar explicação num acontecimento trágico ocorrido a cerca de metade do tempo de tratamento (perto de 3 meses), o suicídio por enforcamento de uma das participantes que ocorreu no final do verão de 2018 e que abalou de forma dramática todo o grupo e a própria psicoterapeuta, constituindo o tema central e único até ao final do tratamento. Neste contexto de perda súbita e irreversível e, somente, com mais 3 meses de tratamento, a terapeuta viu-se confrontada com uma difícil gestão contratransferencial, tentando canalizar todas as suas atenções para cada um dos elementos do grupo, com o objetivo de conter não só a intensidade emocional reativa ao acontecimento como também promover a elaboração do luto. Para tal, foi de extrema importância a supervisão clínica, semanal, de que sempre beneficiou, permitindo-lhe, desse forma, garantir o não comprometimento do processo terapêutico. No entanto, contando unicamente com 3 meses de tratamento, não foi possível promover, conforme desejável, a elaboração do acontecimento traumático, pelo que nenhum desses pacientes teve alta do tratamento de grupo, tendo permanecido na equipa e continuado os seus tratamentos, psicológico e psiquiátrico, com outros colegas da equipa. Pelo exposto, é compreensível o impacto do sucedido nas respostas dadas aquando do preenchimento das escalas de autoavaliação e consequente resultado concordante com um agravamento da sintomatologia psicopatológica, daqui resultando um possível viés de história. O trágico acontecimento teve lugar durante o período de férias de verão (15 dias) da psicoterapeuta, tendo sido comunicado à mesma pelo colega que fazia o acompanhamento psiquiátrico da participante, e posteriormente comunicado pela psicoterapeuta aos elementos do grupo. Nas últimas sessões da psicoterapia de grupo,

anteriores ao período de férias da psicoterapeuta (previamente comunicado ao grupo), a referida participante, uma jovem mulher com história de consumos e marcada instabilidade comportamental e afetiva que vivia com a mãe e o irmão mais novo, tinha manifestado intenção de retomar os estudos, que tinha abandonado, e cuja inscrição já tinha efetuado, bem como, retomar as aulas de condução, parecendo mostrar-se motivada e entusiasmada, pelo que nenhum sinal e/ou sintoma permitiu antever tal desfecho.

Em relação à heterogeneidade dos grupos terapêuticos, Dragioti et al. (2017), numa meta-análise de ensaios clínicos controlados aleatoriamente, observaram que 2/3 das meta-análises apresentaram heterogeneidade estatisticamente significativa, resultado este que suplantou todas as expectativas uma vez que este tipo de estudos está menos sujeito a vieses.

Relativamente ao género, a heterogeneidade dos grupos não reúne consenso entre os investigadores. Por um lado, Currat et al. (2006), utilizando uma abordagem psicanalítica, estudaram a relação entre género e grupos, nomeadamente que efeito teria a distribuição de género no processo grupal, tendo percebido que um grupo misto relativamente ao género permite uma maior liberdade de expressão ao nível das identificações masculinas e femininas, maternas e paternas, promovendo o processo terapêutico. Por outro lado, Kvarstein et al. (2016) estudaram a psicoterapia de grupo psicodinâmica relativamente às perturbações de personalidade, idade e género em grupos heterogéneos para estas variáveis, tendo concluído que o processo de grupo psicodinâmico parece favorecer os membros femininos independentemente da perturbação de personalidade. Da mesma forma, Jensen et al. (2010) estudaram a eficácia da terapia psicodinâmica de grupo de curta-duração na consulta externa, tendo concluído que os resultados eram melhores em grupos homogéneos. No entanto, Grubbs et al. (2015), ao estudarem o papel do género no resultado de determinado tratamento de grupo para a ansiedade, apesar de os resultados apontarem para uma melhor adesão ao tratamento por parte das mulheres, os autores destacaram nas limitações do seu estudo que este não tinha conseguido captar todas as desigualdades de género uma vez que o estudo “... não levou em conta a fluidez de género e outras dimensões da identidade de género (por exemplo, transgénero, bissexual, lésbica ou gay)” (traduzido de Grubbs et al., 2015, p. 7). Neste sentido, tudo indica que também nós, neste estudo, não conseguimos captar todas as desigualdades de género.

Relativamente à variável estado civil não foi possível encontrar nenhum estudo que abordasse a sua influência na intervenção psicoterapêutica de grupo de orientação analítica.

Quanto à variável trabalho, Gude e Havik (2000), num estudo relativo ao curso e resultado de um tratamento cognitivo-comportamental de grupo segundo a alteração do sofrimento sintomático global numa amostra heterogénea de doentes internados avaliados aquando da admissão, alta e no follow-up de 1 ano, concluíram que ter trabalho aumenta a probabilidade de um resultado favorável e diminui a probabilidade de um curso crónico da doença, referindo a esse propósito (traduzido de Gude & Havik, 2000, p. 97)

A capacidade para trabalhar pode ser o reflexo de melhores competências e recursos sociais e também pode ser fonte de autoestima e apoio social, fatores que podem contribuir para uma melhoria mais rápida. Por outro lado, a disfunção no trabalho pode ser vista como uma consequência da comorbilidade e da gravidade dos sintomas.

O fato de a composição dos grupos psicoterapêuticos ser heterogénea relativamente às variáveis sociodemográficas género, estado civil e trabalho e relativamente à variável clínica número de internamentos, remete-nos para a importância das limitações do presente estudo, promovendo a continuação da reflexão desses tópicos no âmbito da presente investigação clínica.

3.8. Conclusões

O objetivo principal do nosso estudo foi examinar se a eficácia terapêutica variava em função de dois grupos psicoterapêuticos de orientação grupalítica de dimensões diferentes, grupos pequenos e grupos médios, numa instituição hospitalar pública da área de Lisboa, os quais foram avaliados em três momentos distintos: no início do tratamento (momento 1), após 3 meses (momento 2) e após 6 meses de tratamento (momento 3), através da aplicação de duas escalas de autopreenchimento, a escala de Avaliação de Sintomas de Hopkins SCL-90-R e a Escala de Bem-Estar Psicológico EBEP.

Os resultados gerais do nosso estudo mostraram não existir diferenças quer ao nível do índice geral de sintomas quer ao nível do índice geral de bem-estar psicológico relativamente aos grupos psicoterapêuticos pequeno e médio, ou seja, ambos os grupos mostraram ser terapeuticamente eficazes, o que vem corroborar a nossa hipótese principal.

Ainda assim, o grupo psicoterapêutico médio mostrou um decréscimo significativo da sintomatologia psicopatológica do terceiro (momento 2) para o sexto mês de tratamento (momento 3), apresentando, desse modo, um aumento significativo da eficácia terapêutica nesse intervalo de tempo, mostrando que a intervenção psicoterapêutica de grupo de

orientação grupal analítica é bastante eficaz num grupo desta dimensão após 6 meses de tratamento. Apesar das dúvidas levantadas relativamente à eficácia terapêutica de um grupo destas dimensões, Pisani refere a este propósito “Pessoalmente, à luz de mais de catorze anos de experiência, posso fazer uma avaliação absolutamente positiva.” (traduzido de Lenn & Stefano, 2012, pp. 101). O mesmo defendeu Springmann no seu artigo “The large group” (1970) (traduzido de, e citado por De Mare et al., 1991, p. 97) ao referir “(...) a psicoterapia pode acontecer numa situação de grande grupo.”.

Um dos pontos positivos do presente estudo diz respeito à utilização de instrumentos psicométricos padronizados e validados para a população portuguesa.

Relativamente ao grupo de controlo, vimo-nos confrontados com a surpresa e a evidência de o mesmo não poder servir o seu propósito em termos metodológicos, o de ser comparável, apesar de os seus resultados terem sido, ainda assim, analisados e utilizados. Tal situação determinou um viés de seleção em grande parte devido a limitações institucionais, inerentes ao próprio funcionamento do serviço público, onde os utentes ditos portadores de perturbação psiquiátrica menos grave (leia-se não psicótica) são muitas vezes reencaminhados para os cuidados de saúde primários (v.g. médicos de família), com as respetivas indicações terapêuticas, pouco tempo após a triagem, não permanecendo muito tempo na consulta da especialidade de Psiquiatria. Como tal, aquando do terceiro momento de avaliação, um número significativo de utentes do grupo de controlo inicial já não frequentava o tratamento na consulta da especialidade, contribuindo, dessa forma, para o aumento do número de *dropouts* e consequente heterogeneidade deste grupo por comparação com os grupos psicoterapêuticos. Dessa forma, os participantes que chegaram ao final do estudo e cujos resultados foram analisados, correram o risco de não ser representativos da população original que iniciou o estudo.

Para além das limitações ligadas ao uso de instrumentos de autoavaliação e da heterogeneidade dos grupos relativamente a algumas variáveis, também o pequeno tamanho da amostra e a sua distribuição não ter sido aleatória impedem a generalização dos resultados obtidos. O fato de a psicoterapeuta ser também a investigadora principal levanta questões de enviesamento relativamente não só aos doentes (ganhos secundários, querer agradar à terapeuta), mas também à própria terapeuta pela tendência inconsciente em querer “defender a sua dama” (orientação psicoterapêutica analítica de grupo), bem como, relativamente aos próprios médicos psiquiatras uma vez que, na realidade, não se sabe quais os critérios em que se apoiaram para encaminhar uns doentes para o tratamento de grupo e outros não.

A ausência de um estudo de follow-up também contribuiu para alguma da fragilidade dos resultados obtidos, pelo que fica a sugestão de o mesmo ser tido em consideração em futuros estudos metodologicamente semelhantes ou mesmo de replicação, bem como, um maior rigor na seleção do grupo de controlo, nomeadamente através da seleção aleatória dos participantes. Este tipo de intervenção psicoterapêutica poderia igualmente beneficiar com a realização de estudos de custo-efetividade.

PARTE III.

Considerações Finais



O principal tema da presente dissertação é a Psicoterapia de Grupo de Orientação Grupalítica (também denominada de Analítica ou Psicodinâmica) com especial enfoque nos grupos de média dimensão, no Serviço Nacional de Saúde, na cidade de Lisboa, comum aos três estudos clínicos apresentados, não só por constituir o contexto de trabalho privilegiado da investigadora principal como pela satisfação pessoal e profissional de uma prática clínica e formativa consubstanciada em mais de 15 anos de atividade psicoterapêutica de grupo.

Os três estudos apresentados, resultaram de uma necessidade de partilha de conhecimento empiricamente adquirido e de contribuição para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes do setor público em termos de saúde mental, ajudando a diminuir o seu sofrimento, beneficiando igualmente o setor público ao nível da relação custo-benefício, uma vez que este tipo de intervenção terapêutica permite num curto espaço de tempo tratar um número considerável de utentes.

Não sendo uma investigadora de base, a investigadora principal pretendeu igualmente, através deste seu contributo, estreitar a relação entre o seu *Self* clínico, enquanto psicoterapeuta, e o seu *Self* enquanto investigadora, tendo-se confrontado, neste percurso, com vários desafios, o que a levou a algumas reflexões sobre a temática. Na realidade, o trabalho aqui desenvolvido mais não é que uma investigação orientada para a prática clínica, com os estudos realizados a fazerem parte da atividade clínica diária da investigadora, no seu local de trabalho, com a participação direta e responsabilidade inerente de ter sido a própria a tomar as decisões relativamente ao tema, ao desenho dos estudos e à sua implementação, onde o papel clínico e de investigadora recai sobre a mesma pessoa. De entre esses desafios, encontram-se algumas preocupações, que se apresentam em forma de reflexão crítica:

- Umas ligadas à relação terapêutica: Que implicações terá o estudo para a mesma? Terapeuta ou investigadora? Que fantasias, por parte dos pacientes, relativamente à gestão da confidencialidade? Como é sentido e gerido o ganho secundário da investigadora (estudo) através do papel de terapeuta (não só nos pacientes, mas também na própria)? Fantasias relativas a possíveis ganhos secundários dos pacientes por terem aceitado participar no estudo da sua terapeuta?
- Outras ligadas à própria investigadora enquanto terapeuta: E se os resultados obtidos revelarem conclusões negativas? E se esses resultados tiverem um impacto negativo na prática clínica? E ao nível da avaliação do desempenho da terapeuta?

No geral, podemos dizer que a autonomia do terapeuta, neste tipo de estudos conduzidos em contexto naturalista, pode ficar muito condicionada (Castonguay et al., 2015, p. 168), até porque pesam critérios de atuação ligados a pressupostos éticos, como ficou claro no estudo III, onde tudo teria sido mais fácil se, para além dos constrangimentos institucionais, se pudessem descartar as pessoas, que voluntariamente se oferecem para participar, atendendo a princípios de homogeneidade da amostra. Contudo, e, apesar de todos estes possíveis obstáculos, é da maior importância ter em mente que quaisquer que sejam os dados obtidos, estes deverão sempre ser interpretados atendendo ao contexto de vida, passada e presente, dos pacientes, e que os mesmos dados deverão também constituir sempre um complemento à avaliação do próprio clínico, com vista a futuros investimentos ao nível do seu treino e do seu desenvolvimento profissional (Castonguay et al., 2015, p. 171).

Segundo os dados obtidos no levantamento efetuado no estudo I, a maior parte dos grupanalistas portugueses utilizavam, na sua prática clínica, grupos psicoterapêuticos de pequena dimensão de orientação grupanalítica predominantemente no setor público, permitindo-nos levantar a hipótese de existir alguma resistência em utilizar grupos de média dimensão, os quais até demonstraram, no estudo III, ser bastante eficazes e, segundo a perceção dos participantes no estudo II, não se terem encontrado diferenças significativas na mudança de um grupo pequeno para um grupo de média dimensão. Que questões poderão estar subjacentes a tal escolha? Serão essas resistências reflexo de alguma contra atitude perante a ideia de mudança, uma vez que o paradigma clássico Foulkesiano assenta nos grupos de pequena dimensão? E porque não se recorre mais à intervenção de grupo no serviço público?

No seu artigo de 2014, Lorentzen e Ruud estudaram a utilização da psicoterapia de grupo nos vários serviços públicos de saúde mental do seu país, a Noruega, concluindo que as intervenções mais utilizadas foram os grupos psicodinâmicos semanais, semiabertos, com sessões de 90 a 120 minutos e tratamentos com duração de 6 meses ou superiores a 1 ano, trabalhando predominantemente com depressões, perturbações de personalidade e perturbações do comportamento alimentar. Referiram, ainda, não ter encontrado estudos semelhantes noutros países, alertando para a necessidade de um maior investimento e divulgação nesta área de estudo, pois só assim se consegue monitorizar e assegurar a qualidade das intervenções terapêuticas utilizadas nos serviços de saúde mental públicos, bem como, a competência dos terapeutas de grupo, uma vez que a maior parte dos participantes no

estudo não possuía formação psicoterapêutica de grupo adequada. Uma realidade muito semelhante à portuguesa no que respeita aos grupanalistas, estimulando a nossa curiosidade relativamente a outros tipos de intervenções terapêuticas no panorama nacional público. Neste sentido, um dos objetivos desta dissertação foi o de poder contribuir para um maior conhecimento do trabalho praticado pelos grupanalistas e psicoterapeutas analíticos de grupo no nosso país.

Relativamente à formação e, ainda, segundo dados obtidos no estudo I, percebeu-se que grande parte dos grupanalistas e psicoterapeutas analíticos de grupo portugueses não possuíam supervisão do seu trabalho clínico, sendo este um dos pontos mais importantes, a par da análise pessoal e do curso de formação, perfilhados e defendidos pela Escola Portuguesa de Grupanalise. Como explicar estes resultados? Serão reflexo de uma crise de identidade analítica? Como gerem as Sociedades psicoterapêuticas a formação dos seus futuros terapeutas? Será a constituição da profissão de Psicoterapeuta uma mais-valia para as Sociedades científicas e consequentemente para o Serviço Público?

Não obstante o crescente avolumar de questões, as quais pretendem acima de tudo estimular a reflexão e o espírito crítico, a presente dissertação tem alguns propósitos, sendo o mais importante a divulgação de um tipo de psicoterapia – a grupanalítica –, que provou, nos estudos desenvolvidos, ser eficaz como tratamento clínico, rentabilizando a ajuda prestada em qualquer serviço de saúde mental. Um outro propósito diz respeito à importância da formação tripartida: análise pessoal, curso de formação teórico-prático e supervisão clínica, atendendo aos aspetos éticos e deontológicos ligados ao exercício responsável da atividade psicoterapêutica, constituindo inclusive um bom incentivo para que profissionais de saúde mental ligados à clínica invistam mais e melhor em investigação, uma vez que, apesar de difícil, é acima de tudo possível e necessário. Por último, mas não menos importante, promover a psicoterapia como atividade terapêutica de excelência no âmbito do serviço público, apostando na sensibilização dos mais novos para este tipo de tratamento, nomeadamente ao nível da sua formação universitária, onde o tema nem sempre é abordado, valorizando os terapeutas com formação certificada, numa palavra: democratizando o acesso a um tratamento diferenciado gratuito.

Ainda em relação ao trabalho aqui apresentado, cabe destacar as limitações do mesmo como meio não só de enriquecedora aprendizagem como de incentivo para futuras investigações: um maior investimento ao nível da recolha e seleção da amostra, nomeadamente através da seleção aleatória da mesma e do aumento da sua dimensão (amostras maiores), para que os

resultados dos estudos se possam generalizar e, dessa forma, ter um maior impacto na comunidade científica, onde imperam os estudos de orientação cognitivo-comportamental, e nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados (p. ex. estimulando as Seguradoras para uma maior contribuição ao nível das psicoterapias); atender com rigor à constituição do grupo de controlo para que possa cumprir com o seu propósito em termos metodológicos, ou seja, ser comparável, sendo homogéneo em relação a todas as variáveis em estudo; investir em mais estudos comparativos utilizando intervenções psicoterapêuticas com outras orientações teóricas (p. ex. cognitivo-comportamental, sistémica); apostar no *follow-up* dos estudos por forma a reforçar a eficácia dos tratamentos psicoterapêuticos; replicar estudos como os que são aqui apresentados, uma vez que foram realizados pela primeira vez no nosso país, nomeadamente em relação à dimensão dos grupos (pequenos *versus* médios) e à duração dos tratamentos (curto-prazo *versus* longo-prazo) , utilizando instrumentos de avaliação com menor carga subjetiva, mas sempre validados para a população portuguesa; investir em estudos clínicos qualitativos relativos à perceção dos pacientes e dos próprios terapeutas no que respeita a fatores de mudança terapêutica, e, não menos importante, investir em estudos de custo-efetividade por forma a gerar argumentos quantitativos que fomentem uma maior utilização deste tipo de intervenções, garantindo ganhos para todas as partes envolvidas.

No fundo, investir em estudos que contribuam para dar continuidade aos que aqui foram apresentados e que promovam um maior entendimento das intervenções psicoterapêuticas de grupo e do impacto que estas possam ter nas pessoas que a elas recorrem e/ou que delas usufruam, por forma a garantir melhorias em termos da sua qualidade de vida. Desta forma, contribui-se, igualmente, para uma maior oferta terapêutica no Serviço Nacional de Saúde, uma vez que a psicoterapia analítica de grupo enquanto instrumento terapêutico tem aplicações em todas as áreas médicas, bem como, junto dos próprios profissionais de saúde (v.g. grupos Balint).

Por fim, é importante recordar duas das conclusões que o Professor Caldas de Almeida publicou no seu livro em 2018 (Caldas de Almeida, 2018, pp.63-64), que parecem manter-se bastante atuais se não mesmo agravadas, primeiro pela situação pandémica e atualmente pela situação de guerra que se vive na Europa, e que versam sobre os resultados obtidos em vários estudos realizados sobre a saúde mental positiva e o bem-estar dos portugueses:

(...) Portugal apresenta, de uma forma continuada e consistente, valores muito baixos nos indicadores de bem-estar mental que focam os sentimentos positivos, a ausência de sentimentos negativos, a satisfação

com a vida e a sensação de energia, fazendo parte, nestas dimensões, do grupo dos países europeus que apresentam valores mais modestos.

(...) Os portugueses não são sempre alegres, não se sentem e não se reconhecem muito satisfeitos com a vida, não se sentem cheios de energia, nem sempre têm um nível alto de funcionamento, mas, ao mesmo tempo, sentem que pertencem a grupos que os apoiam e em que confiam (...).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, R., Ploubidis, G., Huppert, F., Kuh, D., Wadsworth, M., & Croudace, T. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 76. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-76>
- Agazarian, Y. (2001). *A systems-centered approach to inpatient group psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Akin, A. (2008). The Scales of Psychological Well-being: A Study of Validity and Reliability. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 8(3), 741-750.
- Almeida, C., Martins, E., & Alarcon, R. (2015). Aplicação da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo na Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 32-41. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150005>
- Alonso, J. (2011). *Cohesion's Relationship to Outcome in Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Review of Empirical Research* (Tese de Doutoramento não publicada). Brigham Young University, Utah, Estados Unidos.
- Araújo, M. (2014). *Empatia e aliança terapêutica sob a ótica dos terapeutas cognitivo-comportamentais* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Psicologia, Uberlândia, Brasil.
- Ávila, L. A. (2007). Grupos – A Perspetiva Psicanalítica. *Vínculo, Revista do NESME*, 4, 17-25.
- Bacha, C. S. (2009). Becoming Conscious of the Human Group. *Group Analysis*, 42(1), 62-79. <https://dx.doi.org/10.1177/0533316408100933>
- Baptista, A. G. (1993). *A Génese da Perturbação de Pânico. A importância dos fatores familiares e ambientais durante a infância e adolescência* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Bardin, L. (1980). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 383-391.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de Grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 242-249.

- Benevides, D., Pinto, A., Cavalcante, C., & Jorge, M. (2010). Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 127-138.
- Bento, A., & Silva, M. (2017). Um grupo com mais de 1000 utentes: Análise de Grupo Psicoterapêutico Aberto num Hospital Público. *Revista Online – Nova Série*, 1-15.
- Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G., & Chambers, E. (2012). Report on a Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis*, 45(1), 46-69. <https://dx.doi.org/10.1177/0533316411424356>
- Boas, C. V. E., & Battegay, R. (1969). Survey of Group Psychotherapy in Various Countries. *Journal of Group Analysis, GAIPAC*, II(3), 64-66.
- Bonicatto, S., Dew, M. A., Soria, J. J., & Seghezze, M. E. (1997). Validity and reliability of Symptom Checklist '90 (SCL-90) in an Argentine population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 332–338.
- Boris, J. B., & Daniel, G. (2014). Elementos para uma História da Psicoterapia de Grupo. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, XX(2), 2014, 206-212.
- Brabender, V., & Fallon, A. (2009). *Group Development in Practice: Guidance for Clinicians and Researchers on Stages and Dynamics of Change* (1st ed.). American Psychological Association.
- Bros, I., Notó, P., & Bulbena, A. (2017). Effectiveness of short-term dynamic group psychotherapy in primary care for patients with depressive symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(4), 826-834. <https://dx.doi.org/10.1002/cpp.2029>
- Brough, P (2019). *Advanced Research Methods for Applied Psychology: design, analysis and reporting*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Burlingame, G., Fuhrman, A., & Mosier J (2003). The Differential Effectiveness of Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3–12.
- Burlingame, G., Fuhrman, A., & Johnson, J. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy*, 38(4), 373-378.
- Burlingame, G. M., & Jensen, J. L. (2017). Small Group Process and Outcome Research Highlights: A 25-Year Perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67, S194-S218. <https://dx.doi.org/10.1080/00207284.2016.1218287>

- Caldas de Almeida, J. M. (2018). *A saúde mental dos Portugueses*. Ensaio da Fundação, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Castonguay, L. G., Nelson, D. L., Boutsellis, M. A., Chiswick, N. R., Damer, D. D., Hemmelstein, N. A., Jackson, J. S., Morford, M., Ragusea, S. A., Roper, J. G., Spayd, C., Weiszer, T., & Borkovec, T. D. (2010). Psychotherapists, Researchers, or Both? A Qualitative Analysis of Psychotherapists' Experiences in a Practice Research Network. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 345-354. [https://doi: 10.1037/a0021165](https://doi.org/10.1037/a0021165)
- Castore, G. F. (1962). Number of Verbal Interrelationships as a Determinant of Group Size. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(6), 456-458. <https://doi.org/10.1037/h0042997>
- Chan, R. C. H., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N., & Tong, A. C. Y. (2018). Flourishing with Psychosis: A Prospective Examination on the Interactions between Clinical, Functional, and Personal Recovery Processes on Well-being among Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 44(4), 778-786. <https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbx120>
- Conein, B. (2011). Gossip, conversation and group size: language as a bonding mechanism. *Irish Journal of Sociology*, 19, 116-131.
- Cota, A., Evans, C., Dion, K., Kilik, L., & Longman, R. (1995). The structure of group cohesion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 572-580.
- Cortês, E. L. (1989). *Grupanálise: Teoria e Técnica*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cosme, G., Tavares, V., Nobre, G., Lima, C., Sá, R., Rosa, P., & Prata, D. (2022). Cultural differences in vocal emotion recognition: A behavioural and skin conductance study in Portugal and Guiné-Bissau. *Psychological Research*, 86, 597-616. <https://doi.org/10.1007/s00426-021-01498-2>
- Coutinho, K., Tolentino, B., Santos, C., Souza, F., & Borges, C. (2013). O contexto da dinâmica grupal na psicologia e a importância de sua utilização. *EFDepores.com, Revista Digital*, 18(1). <https://efdeportes.com/efd181/o-contexto-da-dinamica-grupal-na-psicologia.htm?msclkid=5f08937bb5f911ecb7a6566dc090c658>
- Cravo, A., & Moleiro, C. (2011). Que integração em psicoterapia: Um estudo descritivo das práticas de psicoterapeutas portugueses. *Análise Psicológica*, 29(XXIX), 215-229.

- Cui, J., & Qian, G. (2007). Selection of Working Correlation Structure and Best Model in GEE *Analysis of Longitudinal Data, Communications in Statistics – Simulation and Computation*, 36(5), 987-996. <https://dx.doi.org/10.1080/03610910701539617>
- Cunha, A., & Santos, T. (2009). A utilização do grupo como recurso terapêutico no Processo da terapia ocupacional com clientes com Transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 17(2), 133-146.
- Cunha O (2017). *A relevância das emoções do terapeuta no atendimento clínico* (Dissertação de Mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil.
- Curat, T., & Michel, L. (2006). Groups and Gender: The Effects of a Masculine Gender Deficit. *Group Analysis*, 39(1), 133–142. <https://dx.doi.org/10.1177/0533316406062320>
- Dalal, F. (2015). Group analytic Training and the social context: Who is influencing whom? *Group Analysis*, 48(3), 349-367.
- David, M. (2011). Estudo Preliminar de Alguns Aspetos da Estrutura Organizativa da Sociedade Portuguesa de Grupanálise. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, 33-47.
- De Mare, P., Thompson, S., & Piper, R. (1991). *Koinonia: From Hate Through Dialogue to Culture in The Larger Group*. Karnac Books.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989. <https://doi.org/10.1002/1097-4679>
- Derogatis, L. R., & DellaPietra, L. (1994). Psychological tests in screening for psychiatric disorder. In M. Maurish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Lawrence Erlbaum.
- Derogatis, L. R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. In M. Maruish (Ed.), *The use psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Lawrence Erlbaum.
- Despland, J. N., De Roten, Y., Drapeau, M., Curat, T., Beretta, V., & Kramer, U. (2009). The Role of Alliance in the Relationship Between Therapist Competence and Outcome in Brief Psychodynamic Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(5). <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a20849>

- Dinis, C. V. (2009, 19-21 de novembro). *A identidade grupanalítica numa sociedade em mudança* [Comunicação oral]. X Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Grupanálise/X Encontro Luso-Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo, Lisboa.
- Dragioti, E., Karathanos, V., Gerdle, B., & Evangelou, E. (2017). Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136, 236–246. <https://doi.org/10.1111/acps.12713>
- Eklund, M. (1997). Therapeutic factors in occupational group therapy identified by patients discharged from a psychiatric day center and their significant others. *Occupational Therapy International*, 4(3), 200–214.
- Felipe-Castaño, E., León-del-Barco, B., & López-Pina, J. (2014). Symptom CheckList-90-R: Proposed Scales in a Probability Sample of Adolescents from the General Population. *Spanish Journal of Psychology*, 17(e107), 1–8.
- Fernandes, W. (2003). A importância dos grupos hoje. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 4(4), 83-91.
- Ferreira, G. (1989). Psicoterapias de Grupo e Grupanálise: suas especificidades e relações. *Análise Psicológica*, 1-2-3(VII), 265-276.
- Foulkes, S. H. (1986). *Group Analytic Psychotherapy: Method and Principles*. Karnac Books.
- Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (2014). *Group Psychotherapy: The psycho-analytic approach*. Karnac Books.
- Friedman, R. (2013). Individual or Group Therapy? Indications for optimal therapy. *Group Analysis*, 46(2), 164-170. <https://doi.org/10.1177/0533316413483691>
- Fulkerson, C., Hawkins, D., & Alden, A. (1981). Psychotherapy Groups of Insufficient Size. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31(1), 73-81, <https://doi.org/10.1080/00207284.1981.11492046>
- Gladding, S. T. (1994). *Effective Group Counseling*. Eric Digests. <https://www.counseling.org/resources/library/ERIC%20Digests/94-02.pdf>
- Goldstein, A., Heller, K., & Sechrest, E. (1966). *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change*. John Wiley.
- Group Analytic Society International [GASI] (s.d.). *Group Analysis*. Retirado de <https://groupanalyticsociety.co.uk/about-gasi/group-analysis/>, a 20 fevereiro de 2022.

- Grubbs, K. M., Cheney, A. M., Fortney, J. C., Edlund, C., Han, X., Dubbert, P., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., & Sullivan, J. G. (2015). The Role of Gender in Moderating Treatment outcome in Collaborative Care for Anxiety. *Psychiatric Services*, 66(3), 265–271. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400049>
- Gude, T., & Havik, O. E. (2000). More than one way to change: A study of course heterogeneity during and after short-term psychiatric in-patient treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 91-100.
- Hartmann, A., Herzog, T., & Drinkmann, D. (1992). Psychotherapy of bulimia nervosa: What is effective? A meta analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 159-167.
- Jensen, H. H., Mortensen, E. L., & Lotz, M. (2010). Effectiveness of short-term psychodynamic group therapy in a public outpatient psychotherapy unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 106–114. <https://doi.org/10.3109/0839480903443874>.
- Kafka, G., & Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 57, 171–190.
- Kvarstein, E. H., Nordviste, O., Dragland, L., & Wilberg, T. (2016). Outpatient psychodynamic group psychotherapy – outcomes related to personality disorder, severity, age and gender. *Personality and Mental Health*, 11(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/pmh.1352>
- Laloni, D. (2001). *Escala de avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: adaptação, precisão e validade* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Católica de Campinas, Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia, Campinas, Brasil.
- Leitão, S., Fortunato, G., & Freitas, A. (2006). Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. *Revista de Administração Pública*, 40(5), 883-907. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122006000500007>
- Leitemo, K., & Vestbø, H. (2017). *The role of attachment dimensions in reducing interpersonal problems in training group analysis. A naturalistic effectiveness study* (Main thesis). Department of Psychology, University of Oslo, Oslo, Noruega. https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/56253/1/hovedoppgave_leitemoogves_tbo_final.pdf?msckid=ee5d763fb60011ec86a7cbc09e08d1a5
- Lenn, R., & Stefano, K. (2012). *Small, Large and Median Groups (2012). The Work of Patrick De Maré*. Karnac Books.

- Levitt, H. M. (2015). Qualitative Psychotherapy Research: The Journey so far and future directions. *Psychotherapy*, 52(1), 31-37. <https://dx.doi.org/10.1037/a0037076>
- Lima, M. (2012). *Intervenção em grupo com adultos de idade avançada* (Provas de Agregação em Psicologia). Universidade De Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.
- Lorentzen, S., Bakali, J., Hersoug, A., Hagtvet, K., Ruud, T., & Hoglend, P. (2012). Psychodynamic Group Psychotherapy: Impact of Group Length and Therapist Professional Characteristics on Development of Therapeutic Alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 420–433. <https://dx.doi.org/10.1002/cpp.758>.
- Lorentzen, S. (2014). *Group Analytic Psychotherapy: Working with affective, anxiety and personality disorders*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Lorentzen, S., & Ruud, T. (2014). Group therapy in public mental health services: approaches, patients and group therapists. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 219-225. <https://dx.doi.org/10.1111/jpm.12072>
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., & Hoglend, P. A. (2015). Personality disorder moderates outcome in short- and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 129-146. <https://dx.doi.org/10.1111/bjc.12065>
- Luke, M. (2014). Effective Group Leader Skills. In J. L. DeLucia-Waack, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), *Handbook of Group Counseling & Psychotherapy* (2nd ed., pp. 107-119). Sage Publishing.
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in Psychotherapy Research. *Journal of Mental Health*, 8(4), 325-337.
- Marques, P. M. (2011). Ser ou não ser (grupanalista). Eis a resposta. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, 91-98.
- Mattar, F. N. (1996). *Pesquisa de Marketing: Edição compacta*. Atlas Ed.
- Mattar, F. N. (2001). *Pesquisa de Marketing-Metodologia, Planejamento, Execução e Análise*. Atlas Ed.
- McDaniel, C. J., & Gates, R. (2003). *Pesquisa de Marketing*. Thomson Pioneira.
- McDaniel, C. J., & Gates, R. (2014). *Marketing Research* (10th Edition). Wiley Ed.

- Mendelssohn, F. (2015). Universals of treatment in different cultures. Some notes on the problems of transcultural group analytic Training programs. *Group Analysis*, 48(1), 61-73.
- Mitchell, J. E. (1991). A review of the controlled trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 23-31.
- Moliterno, I., Vieira, J., Araujo, L., Caldas, L., Mello, M., & Junior, J. (2012). A atuação do psicólogo com grupos terapêuticos. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits*, 1(1), 95-99.
- Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama* (Vol. 1). Beacon House.
- Morrison, T. L., Greene, L. R., & Tischler, N. G. (1984). Member Perceptions in Small and Large Tavistock Groups. *The Journal of Social Psychology*, 124, 209-217.
- Mülle, J., Postert, C., Beyer, T., Furniss, T., & Achtergarde, S. (2009). Comparison of eleven short versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for use in the assessment of general psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 246–54. <https://dx.doi.org/10.1007/s10862-009-9141-5>
- Nava, A. S. (2006). *Na Sala dos Espelhos: Empatia, Psicoterapia e Grupanálise*. Climepsi Editores.
- Nestor, P. G., & Schutt, R. K. (2015). *Research Methods in Psychology: Investigating Human Behavior* (2nd ed.). Sage Publications, Inc.
- Neto, I. (2003). Selection in Group Analysis. Similarities and Differences. Some Risks we take in Groupanalysis. *Grupanaliseonline.pt*, (1), 24-27. <https://grupanalise.pt/wp-content/uploads/2018/03/GRUPANALISEONLINE-N-1-Ingles-2003.pdf?msclkid=0e33db13b60411ec8bc42230b5045d32>
- Neto, I., & França, M. (2021). *The Portuguese School of Group Analysis: Towards a unified and integrated approach to theory, research and clinical work. The New International Library of Group Analysis (NILGA)*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Nitzgen, D. (2008). The Group Analytic Movement Sixty Years On: Revisiting Introduction to Group Analytic Psychotherapy by S.H. Foulkes. *Group Analysis*, 41(4), 325-346. <https://dx.doi.org/10.1177/0533316408098285>
- Nobre, P., Rosa, P. J., Vasconcelos, P., Tavares, I., Carvalho, J., Quinta-Gomes, A., Moura, C., & Carrito, M. (2022). Sexual Health and the Pandemic Crisis: Testing the Role of Psychological Vulnerability/Protective Factors on Sexual Functioning and Sexual

- Distress During a Critical Life Period in Portugal. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02209-z>
- Novo, R. F. (2000). *Para Além da Eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada* (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. <http://hdl.handle.net/10451/41770>
- Novo, R. F. (2003). *Para Além Da Eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico Em Mulheres Na Idade Adulta Avançada*. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação Para a Ciência e a Tecnologia.
- Novo, R. F. (2005). We need more than self-reports: contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 477-495.
- Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, & M. Simões (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. V, pp. 313-324). Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. (2004). Differences in men's and women's responses to short-term group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14, 231-43.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). *The World Health Report 2001: new understanding, new hope*. OMS.
- Pereira, J. (2012). *Qualidade de vida e bem-estar na esquizofrenia em contexto institucional: influência do suporte social e da dimensão ocupacional* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.14/13679>
- Philipsen, A., Jans, T., Graf, E., Matthies, S., Borel, P., & Colla, M. (2015). Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1199-1210. <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2146>
- Pieta, M., & Gomes, W. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises? *Contextos Clínicos*, 10(1), 130-143.

- Pollock, K. (2012). Procedure versus process: ethical paradigms and the conduct of qualitative research. *BMC Medical Ethics*, 13(1), 25. <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-13-25>
- Potthoff, P. (2014). Foulkes and Intersubjectivity: A pioneer in uncharted territories. *Group Analysis*, 47(3), 268-282. <https://dx.doi.org/10.1177/0533316414545596>
- Power, K. (2016). On the Primordial Origins of Group Analysis and their Relation to the Creative Nature of Humanity. *Group Analysis*, 50(1), 91-103. <https://dx.doi.org/10.1177/0533316416685624>
- Prinz, U., Nutzinger, D., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C., & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry*, 13(104), 1-9.
- Queirós, T. P., Coelho, F. S., Linhares, L. A., & Correia, D. T. (2019). Esquizofrenia: O que o medico não psiquiatra precisa de saber: *Acta Medica Portuguesa*, 32(1), 70-77. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>
- Ribeiro, J. L. P. (2002). O Consentimento Informado na Investigação em Psicologia da Saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 11-22.
- Rosa, P. J., Lopes, P., Oliveira, J., & Pascoal, P. (2019). Does Length Really Matter? Effects of Number of Pages in the Informed Consent on Reading Behavior: An Eye-Tracking Study. In H. Fardoun, A. Hassan, & M. de la Guía (Eds.), *New Technologies to Improve Patient Rehabilitation*. Springer.
- Rosa, P.J., Luz, F., Júnior, R., Oliveira, J., Morais, D. & Gamito, P. (2020). Adaptive Non-Immersive VR Environment for Eliciting Fear of Cockroaches: A Physiology-Driven Approach Combined with 3D-TV Exposure. *International Journal of Psychological Research*, 13(2), 99-108. <https://doi.org/10.21500/20112084.4670>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Salgado, F., & Pinto, T. S. (2001). História da Grupanálise em Portugal – 1ª Parte. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, (3), 52-71.
- Salgado, F., & Pinto, T. S. (2002). História da Grupanálise em Portugal – 2ª Parte. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, (4), 54-65.

- Salgado, F., & Pinto, T. S. (2003). História da Grupanálise em Portugal – 3ª Parte. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, (5), 57-63.
- Santos, M. (2017). Clínica de las configuraciones vinculares: del establecimiento del vínculo terapéutico a las transformaciones posibles. *Vínculo*, 14(2), 45-57.
- Scher, M. (1973). Observations in an Aftercare Group. *This Journal*, 23, 322 – 337.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., & Franke, G. H. (2000). Assessing clinically significant change: Application to the SCL-90-R. *Psychological Reports*, 86, 263–274. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.2000.86.1.263>
- Schuman, D. L., Slone, N. C., Reese, R. J., & Duncan, B. (2014). Efficacy of client feedback in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, 25(4), 396-407. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.900875>
- Singulane, B., & Sartes, L. (2017). Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-comportamentais por Videoconferência: uma Revisão da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 784-798. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832016>
- Slone, N. C., Mathews-Duvall, S., Reese, R. J., & Kodet, J. (2015). Evaluating the Efficacy of Client Feedback in Group Psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 19(2), 122-136.
- Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo [SPGPAG] (2022). *Portal da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo*. <http://www.grupanalise.pt/>
- Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo [SPGPAG] (s.d.). A SPGPAG. Retirado de <https://grupanalise.pt/spgpag/>, a 1 de fevereiro de 2022.
- Souza, A., Fraga, M., Moraes, L., Garcia, M., Moura, K., Almeida, P., & Moura, E. (2004). Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(4), 625-32.
- Svartman, B. (1995). Panorama comparativo entre grupanálise e psicanálise das configurações vinculares. *Revista da Associação Brasileira de Psicoterapia Analítica de Grupo*, 4, 105-117.
- Toledo, E. (2014). *Avaliação do tratamento cognitivo-comportamental estruturado para grupo de pacientes com tricotilomania* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil.

- Valbak, K. (2006, 18 de novembro). Identificação – Na vida e no treino. *Conferência apresentada no VIII congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Grupanálise*, Lisboa.
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, 87, 473–479.
- Vasco, A. B. (2001). Tendências ecléticas nos psicoterapeutas portugueses: comparações com um estudo anterior. *Psicologia*, XV(2), 289-298.
- Vasco, A. B. (2008). Psychotherapy Integration in Portugal. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(1), 70-73.
- Vasco, A. B., Santos, O., & Silva, F. (2003). Psicoterapia, Sim! Eficácia, efetividade e psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17(2), 485-495.
- Vasconcelos, S., Frazão, I., & Ramos, V. (2012). Contribuições do Grupo Terapêutico Educação em Saúde na motivação para a vida do usuário de substâncias psicoativas. *Enfermagem em Foco*, 3(3), 123-126.
- Volkert, J., Schulz, H., Brütt, A. L., & Andreas, S. (2014). Meaning in life: Relationship to clinical diagnosis and psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 528-535. <https://doi.org/10.1002/jclp.22053>
- Von Platen, A. R., Ferreira, A. G., & Shaskan, D. A. (1970). Survey of Group Psychotherapy in Various Countries. *Journal of Group Analysis, GAIPAC*, III(1), 125-131.
- Van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J. (2012). Changes in Symptom Severity, Schemas and Modes in Heterogeneous Psychiatric Patient Groups following Short-term Schema Cognitive-Behavioural Group Therapy: A Naturalistic Pre-treatment and Post-treatment Design in an Outpatient Clinic. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 29-38. <https://doi.org/10.1002/cpp.1813>
- Wenzel, A. (2018). *Inovações em Terapia Cognitivo-Comportamental: Intervenções Estratégicas para uma prática criativa*. Artmed.
- Wilson, D. S. (2013). Human Cultures are Primarily Adaptive at the Group Level (with comment). *Clidynamics*, 4, 102-138.
- Yalom, I. D. (1975). *Theory and Practice of Group Psychotherapy* (2nd ed.) Basic Books.
- Yalom, I. D. (2017). *Becoming Myself: A Psychiatrist's Memoir*. Basic Books.

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

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de Grupo: teoria e prática*. Artmed.

Zimmerman, D. (2007). A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. *Vínculo*, 4(4), 1-10.

APÊNDICES

Apêndice A – Estudo I

RECOLHA DE DADOS ONLINE

ESTUDO: “A Psicoterapia de Grupo de Orientação Grupanalítica: Levantamento e Caracterização a Nível Nacional”

O presente inquérito, inserido no estudo doutoral acima descrito, pretende obter informação relativa à prática da grupanálise, como importante técnica de intervenção psicoterapêutica, bem como, caracterizar os grupanalistas portugueses, a nível nacional.

Agradeço a colaboração prestada, solicitando o preenchimento total das questões apresentadas. Em caso de dúvida, pode contactar a investigadora principal, Isabel Fialho, quer através dos telefones 210 432 694 / 214 419 151 quer através do endereço de e-mail isabelfialho@netcabo.pt

IDADE:

GÉNERO: F M

ETNIA:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

TEM FILHOS? S N

SE SIM, QUANTOS FILHOS TEM?

LICENCIATURA:

INSTITUIÇÃO ACADÉMICA DA LICENCIATURA:

GRAU ACADÉMICO:

ENCONTRA-SE A TRABALHAR? S N

SE SIM, ONDE SE ENCONTRA A TRABALHAR?

HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NESSE LOCAL?

É UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, PÚBLICO-PRIVADA OU PRIVADA?

ESTÁ REFORMADO(A)? S N

SE ESTÁ REFORMADO(A), HÁ QUANTO?

EM QUE ANO FEZ A SUA FORMAÇÃO EM GRUPANÁLISE?

AINDA SE ENCONTRA LIGADO(A) À SOCIEDADE PORTUGUESA DE GRUPANÁLISE E PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO (SPGPAG) (ANTIGA SPG)? S N

SE SIM, QUAL A SUA CATEGORIA DE SÓCIO?

SE NÃO, QUAL A RAZÃO?

SE NÃO, QUANDO SE DESVINCULOU? PODE DESCREVER O MOTIVO?

TEM SUPERVISÃO DO SEU TRABALHO CLÍNICO? S N

SE SIM, TEM SUPERVISÃO COM UM(A) MEMBRO DA SPGPAG?

SE SIM, QUAL A CATEGORIA DE SÓCIO DESSE MEMBRO?

SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO TEM SUPERVISÃO?

UTILIZA A FORMAÇÃO EM GRUPANÁLISE NA SUA PRÁTICA CLÍNICA? S N

SE SIM, EM QUE LOCAL?

SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO?

TEM GRUPOS PSICOTERAPÊUTICOS? S N

EM QUE INSTITUIÇÃO?

SE SIM, QUANTOS GRUPOS?

SE SIM, QUAL A DIMENSÃO DO(S) GRUPO(S)?

SE SIM, QUAL A FREQUÊNCIA DAS SESSÕES DE PSICOTERAPIA DE GRUPO?

SE SIM, QUAL A DURAÇÃO DE CADA SESSÃO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO?

SE SIM, QUAL A DURAÇÃO (EM MÉDIA) DOS SEUS TRATAMENTOS PSICOTERAPÊUTICOS DE GRUPO?

SÃO GRUPOS HOMOGÊNEOS OU HETEROGÊNEOS?

COM QUE QUADROS CLÍNICOS TRABALHA HABITUALMENTE?

COM QUE QUADROS CLÍNICOS NUNCA TRABALHA?

TEM GRUPOS DE GRUPANÁLISE? S N

EM QUE INSTITUIÇÃO?

SE SIM, QUANTOS GRUPOS?

SE SIM, QUAL A DIMENSÃO DO(S) GRUPO(S)?

SE SIM, QUAL A FREQUÊNCIA DAS SESSÕES DE GRUPANÁLISE?

SE SIM, QUAL A DURAÇÃO DE CADA SESSÃO DE GRUPANÁLISE?

SE SIM, QUAL A DURAÇÃO DA(S) GRUPANÁLISES?

SÃO GRUPOS HOMOGÊNEOS OU HETEROGÊNEOS?

COM QUE QUADROS CLÍNICOS TRABALHA HABITUALMENTE?

COM QUE QUADROS CLÍNICOS NUNCA TRABALHA?

TEM GRUPOS PSICOTERAPÊUTICOS DE ORIENTAÇÃO GRUPANALÍTICA? S N

EM QUE INSTITUIÇÃO?

SE SIM, QUANTOS GRUPOS?

SE SIM, QUAL A DIMENSÃO DO(S) GRUPO(S)?

SE SIM, QUAL A FREQUÊNCIA DAS SESSÕES DE GRUPO?

SE SIM, QUAL A DURAÇÃO DE CADA SESSÃO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO?

SE SIM, QUAL A DURAÇÃO (EM MÉDIA) DOS TRATAMENTOS PSICOTERAPÊUTICOS DE GRUPO?

SÃO GRUPOS HOMOGÊNEOS OU HETEROGÊNEOS?

COM QUE QUADROS CLÍNICOS TRABALHA HABITUALMENTE?

COM QUE QUADROS CLÍNICOS NUNCA TRABALHA?

Obrigada pela colaboração.

Apêndice B - SYMPTOM CHECKLIST 90 REVISED (SCL-90-R) (Derogatis & Cleary, 1977)

SCL-90-R

(Derogatis, L.R. 1992)

Nome _____

Idade _____ Profissão _____ Data ____/____/____

Instruções

A seguir vai encontrar uma lista de problemas e queixas que algumas pessoas costumam ter. Por favor leia cada uma das questões cuidadosamente e assinale com uma cruz o espaço que melhor descreve o grau com que cada problema o(a) afectou durante os últimos ____ dias/meses, incluindo o dia de hoje. Para cada problema marque somente um espaço com uma cruz e não deixe nenhuma questão por responder.

Em que medida foi perturbado(a) pelas seguintes queixas:

		Nunca	Pouco	Moderada-mente	Bastante	Extrema-mente
1	Dores de cabeça.					
2	Nervosismo ou tensão interior.					
3	Pensamentos ou ideias não desejadas que não lhe saem da cabeça.					
4	Sensações de desmaio ou tonturas.					
5	Perda de interesse ou prazer sexual.					
6	Ser crítico em relação às outras pessoas.					
7	Ter a impressão de que alguém pode controlar os seus pensamentos.					
8	Sentir que os outros são culpados da maioria dos seus problemas.					
9	Dificuldade em se lembrar das coisas.					
10	Preocupado(a) com o desleixo ou falta de cuidado.					
11	Sentir-se facilmente incomodado(a) ou irritado(a).					
12	Dores no coração ou no peito.					
13	Sentir medo em espaços abertos ou nas ruas.					
14	Sentir-se com pouca energia ou lento(a).					
15	Pensamentos de acabar com a própria vida.					
16	Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem.					
17	Tremuras.					
18	Sentir que não se pode confiar na maioria das pessoas.					

Em que medida foi perturbado(a) pelas seguintes queixas:

		Nunca	Pouco	Moderada-mente	Bastante	Extrema-mente
19	Falta de apetite.					
20	Chorar facilmente.					
21	Sentir-se envergonhado(a) ou desconfortável em relação ao sexo oposto.					
22	Sentir-se em falta ou sem saída.					
23	Sentir medo de repente sem razão.					
24	Explosões de zanga ou raiva que não consegue controlar.					
25	Sentir medo de sair de casa sozinho(a).					
26	Culpar-se de algumas coisas.					
27	Dores no fundo das costas ("cruzes").					
28	Sentir-se bloqueado(a) para terminar as coisas/tarefas.					
29	Sentir-se sozinho(a).					
30	Sentir-se triste.					
31	Preocupar-se demais com as coisas.					
32	Sentir-se desinteressado(a) pelas coisas.					
33	Sentir-se amedrontado(a).					
34	Sentir-se facilmente magoado(a) nos seus sentimentos.					
35	Ter a sensação que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos íntimos.					
36	Sentir que os outros não o(a) compreendem ou são insensíveis.					
37	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.					
38	Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem-feitas.					
39	Palpitações ou batimentos rápidos do coração.					
40	Náuseas, enjoos ou dor de estômago.					
41	Sentir-se inferior aos outros.					
42	Dores musculares.					
43	Sentir que é observado(a) ou comentado(a) pelos outros.					
44	Dificuldades em adormecer.					
45	Ter de verificar e voltar a confirmar o que faz.					
46	Dificuldade em tomar decisões.					
47	Sentir medo de viajar de autocarro, metropolitano ou comboio.					
48	Dificuldade em respirar.					

Em que medida foi perturbado(a) pelas seguintes queixas:

		Nunca	Pouco	Moderada-mente	Bastante	Extrema-mente
49	Afrontamentos ou calafrios.					
50	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque tem receio.					
51	Sensação de cabeça vazia.					
52	Dormências ou formigueiros em partes do corpo.					
53	Um nó na garganta.					
54	Sentir-se sem esperança perante o futuro.					
55	Dificuldade de concentração.					
56	Sensação de fraqueza em partes do corpo.					
57	Sentir-se tenso(a) ou aflito(a).					
58	Sentir as pernas ou os braços pesados.					
59	Pensamentos sobre a morte ou sobre estar a morrer.					
60	Comer demais.					
61	Sentir-se desconfortável quando as pessoas o(a) observam ou falam de si.					
62	Ter pensamentos que não são seus.					
63	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.					
64	Acordar muito cedo de manhã sem ser necessário.					
65	Ter de repetir várias vezes as mesmas acções como tocar, contar ou lavar.					
66	Sono não repousante ou agitado.					
67	Ter impulsos para partir ou destruir coisas.					
68	Ter ideias ou crenças que os outros não partilham.					
69	Sentir-se muito embaraçado(a) junto de outras pessoas.					
70	Sentir-se inquieto(a) no meio de multidões, como em lojas ou no cinema.					
71	Sentir que tudo é um esforço.					
72	Ataques de terror ou de pânico.					
73	Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos.					
74	Envolver-se frequentemente em discussões.					
75	Sentir-se nervoso(a) quando tem de ficar sozinho(a).					
76	Sentir que as pessoas não dão o devido valor aos seus sucessos.					
77	Sentir-se só mesmo quando está acompanhado(a).					
78	Sentir-se tão agitado(a) que não consegue ficar quieto(a).					

Em que medida foi perturbado(a) pelas seguintes queixas:

		Nunca	Pouco	Moderada-mente	Bastante	Extrema-mente
79	Sentimentos de inutilidade.					
80	Ter a sensação que alguma coisa má lhe vai acontecer.					
81	Gritar ou atirar coisas.					
82	Sentir medo de desmaiar em público.					
83	Sentir que se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.					
84	Ter pensamentos sobre sexo que o(a) incomodam muito.					
85	Ter a ideia de que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados.					
86	Pensamentos e imagens de natureza assustadora.					
87	A ideia de que algo sério está errado com o seu corpo.					
88	Nunca se sentir próximo de outra pessoa.					
89	Sentimentos de culpa.					
90	Ter a ideia que alguma coisa está errada na sua mente.					

POR FAVOR, VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS

Apêndice C - Subescalas Clínicas da SCL-90-R, segundo Laloní (2001)

Somatização (S) - reflete distúrbios que aparecem da percepção da disfunção corporal. As queixas localizam-se nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e outros que tenham uma forte mediação autonómica. Dores e desconfortos da musculatura grossa e outros equivalentes somáticos da ansiedade são também componentes de somatização.

Obsessões-Compulsões (OC) - inclui sintomas que são frequentemente identificados com a síndrome clínica padrão do mesmo nome. Essa medida focaliza-se em pensamentos, impulsos e ações que são experienciados como renitentes (repetitivos) e irresistíveis e que são de natureza indesejável. Comportamentos e experiências de caráter cognitivo que indiquem dificuldade nessa área estão aqui incluídos também, como por exemplo dificuldade de concentração.

Sensibilidade Interpessoal (SI) - está focalizada em sentimentos de inadequação, inferioridade, particularmente em comparação com outras pessoas. Auto depreciação, falta de autoconfiança, desconforto grande durante interações interpessoais, são as manifestações características desta síndrome. Adicionalmente, indivíduos com alto escore em SI relatam autoconsciência aguda e expectativas negativas sobre comportamentos e percepções interpessoais com outros e de si mesmo.

Depressão (D) - reflete as manifestações clínicas da depressão. Sintomas de distúrbio de humor e afetivo são representados como sinais de retraimento, de baixo interesse na vida, falta de motivação e falta de energia vital. Além disso, sentimentos de derrota, pensamentos suicidas, e outros correlatos cognitivos e somáticos da depressão estão incluídos.

Ansiedade (An) - Sinais gerais de ansiedade tais como nervosismo, tensão, tremor estão incluídos na definição, assim como ataques de pânico, sentimentos de terror, de apreensão e de medo. Alguns correlatos somáticos da ansiedade estão incluídos também como componentes desta dimensão.

Hostilidade (H) - reflete pensamentos, sentimentos ou ações que são características da afetividade negativa do estado de raiva. A seleção desses itens inclui todos os 3 modos de expressão e reflete qualidades como agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento.

Ansiedade Fóbica (AF) - é definida como uma resposta persistente de medo dirigida a uma pessoa específica, lugar, objeto ou situação, que é irracional e desproporcional ao estímulo e leva a comportamentos de fuga e esquiva. Os itens dessa dimensão estão focalizados nas manifestações de comportamentos fóbicos mais disruptivos e patogénicos. Ansiedade fóbica é uma definição similar a “agorafobia”.

Ideação Paranoide (IP) - é representada fundamentalmente por comportamentos paranóides como um modo desordenado de pensamento. As características cardinais do pensamento projetivo, hostilidade, suspeição (desconfiança), grandiosidade, centralidade, medo de perder autonomia, e desilusão são considerados os sinais primários dessa ordem. Os itens selecionados foram orientados na direção da representação dessa conceituação.

Psicoticismo (Ps) - foi designada para representar o constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Os itens indicativos de retraimento (afastamento), isolamento, estilo de vida esquizoide. Foram incluídos como sendo primeiro grau de sintomas da esquizofrenia, tais como alucinações e pensamentos controlados por delírios. A dimensão Psicoticismo provém de um contínuo graduado de uma suave alienação interpessoal para uma dramática psicose.

Apêndice D - SCALES OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING (SPWB) (Ryff, 1989)

ESCALAS DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

As afirmações que lhe vão ser apresentadas pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a).
Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a) entre as seis respostas possíveis:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Discordo Completamente | 4 - Concordo Parcialmente |
| 2 - Discordo em Grande Parte | 5 - Concordo em Grande Parte |
| 3 - Discordo Parcialmente | 6 - Concordo Completamente |

Para dar a sua resposta a cada uma das afirmações, deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/discordância com cada uma delas. Registe o número que melhor corresponde à descrição de si próprio(a) em cada uma das afirmações.

Exemplo:

		Resposta (1,2,3,4,5 ou 6)
...	Por vezes, sinto que as preocupações do dia-a-dia me esgotam.	3

Responder 3 significa que *discorda parcialmente* desta afirmação quando aplicada a si próprio(a).

Se respondesse 1 significaria que *discordava completamente* com o conteúdo da afirmação face a si próprio(a).

Se respondesse 6 significaria que *concordava completamente* com o conteúdo da afirmação face a si próprio(a).

...

Não tem limite de tempo, mas tente responder o mais espontaneamente que lhe for possível. Responda com sinceridade; não há respostas boas ou más desde que elas expressem o que pensa, sente ou faz em cada caso.

Por favor responda a todas as afirmações.

EBEP*

NOME: Idade:
 DATA DE NASCIMENTO: Data-Aplicação:
 HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:
 ESTADO CIVIL: Área de RESIDÊNCIA:

Note Bem: Para dar a sua resposta a cada uma das afirmações a seguir apresentadas, deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/discordância com cada uma delas, observando as seguintes possibilidades:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 – Discordo Completamente | 4 – Concordo Parcialmente |
| 2 – Discordo em Grande Parte | 5 – Concordo em Grande Parte |
| 3 – Discordo Parcialmente | 6 – Concordo Completamente |

		Resposta (1,2,3,4,5ou6)
1.	Às vezes modifico a minha forma de agir ou de pensar de modo a ficar mais parecido(a) com aqueles que me rodeiam.	
2.	Em geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro.	
3.	Não estou interessado(a) em actividades que alarguem os meus horizontes.	
4.	Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa querida e afectuosa.	
5.	Sinto-me bem quando penso no que fiz no passado e espero vir a fazer no futuro.	
6.	Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	
7.	Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	
8.	Muitas vezes as exigências do dia-a-dia deitam-me abaixo.	
9.	Em geral, sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio(a) à medida que o tempo passa.	
10.	Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	

(Continua)

* Versão das SPWB de C. Ryff (1989) adaptada para a população portuguesa (1997) por M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL), Rosa Novo (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta.

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 – Discordo Completamente | 4 – Concordo Parcialmente |
| 2 – Discordo em Grande Parte | 5 – Concordo em Grande Parte |
| 3 – Discordo Parcialmente | 6 – Concordo Completamente |

	Resposta (1, 2, 3, 4, 5 ou 6)
11. Vivo a vida um dia de cada vez e na realidade não penso no futuro.	
12. De um modo geral sinto-me confiante e bem consigo próprio(a).	
13. Habitualmente as minhas decisões não são influenciadas pelo que os outros fazem.	
14. Não me adapto muito bem às pessoas e à sociedade à minha volta.	
15. Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.	
16. Sinto-me frequentemente sozinho(a) porque tenho poucos amigos íntimos com quem possa partilhar as minhas preocupações.	
17. Tenho tendência a centrar-me no presente, porque o futuro quase sempre me traz problemas.	
18. Sinto que muitas das pessoas que conheço conseguiram tirar mais partido da vida do que eu.	
19. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	
20. Sou bastante competente a gerir as diversas responsabilidades da minha vida quotidiana.	
21. Não quero tentar novas formas de fazer as coisas; a minha vida está bem tal como está.	
22. Gosto de ter conversas pessoais com os membros da minha família ou amigos.	
23. Tenho uma ideia definida dos objectivos e do rumo que quero dar à vida.	
24. Se tivesse oportunidade havia muitas coisas em mim que mudaria.	
25. Para mim, é mais importante estar contente consigo próprio(a) do que ter a aprovação dos outros.	
26. Sinto-me, frequentemente, "esmagado(a)" pelo peso das responsabilidades.	
27. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	
28. É importante para mim ser um bom ouvinte quando os meus amigos mais chegados me vêm falar sobre os seus problemas.	
29. As minhas actividades diárias parecem-me frequentemente triviais e pouco importantes.	

(Continua)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 – Discordo Completamente | 4 – Concordo Parcialmente |
| 2 – Discordo em Grande Parte | 5 – Concordo em Grande Parte |
| 3 – Discordo Parcialmente | 6 – Concordo Completamente |

	Resposta (1,2,3,4,5ou6)
30. Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	
31. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	
32. Se estivesse descontente com o meu modo de vida, tomaria medidas para o modificar.	
33. Quando penso em mim, vejo que realmente não tenho melhorado muito como pessoa ao longo dos anos.	
34. Quando preciso de falar não tenho muitas pessoas que estejam dispostas a ouvir-me.	
35. Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	
36. Cometi alguns erros no passado mas sinto que, de um modo geral, as coisas correram pelo melhor.	
37. Raramente as pessoas me levam a fazer coisas que não quero fazer.	
38. De um modo geral, tomo bem conta das minhas finanças e assuntos pessoais.	
39. Na minha opinião, as pessoas são capazes de continuar a evoluir e a desenvolver-se em qualquer idade.	
40. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	
41. Costumava definir objectivos para mim próprio(a), mas isso agora parece-me uma perda de tempo.	
42. Às vezes modifico a minha forma de agir ou de pensar de modo a ficar mais parecido(a) com aqueles que me rodeiam.	
43. Para mim é mais importante fazer parte de um grupo do que ficar de fora apegado(a) aos meus princípios.	
44. Acho que é desgastante não conseguir fazer tudo o que tenho para fazer em cada dia.	
45. Com o passar do tempo, ganhei um maior entendimento sobre a vida, tornando-me mais forte e capaz como pessoa.	
46. Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu.	
47. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	
48. Na maior parte dos casos tenho orgulho no que sou e na vida que levo.	
49. Tenho confiança nas minhas opiniões mesmo quando são contrárias ao consenso geral.	
50. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.	

(Continua)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1 – Discordo Completamente | 4 – Concordo Parcialmente |
| 2 – Discordo em Grande Parte | 5 – Concordo em Grande Parte |
| 3 – Discordo Parcialmente | 6 – Concordo Completamente |

	Resposta (1,2,3,4,5ou6)
51. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	
52. As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros.	
53. Sou uma pessoa activa quando se trata de pôr em prática os planos que tracei para mim própria.	
54. Invejo muitas pessoas pela vida que levam.	
55. É-me difícil exprimir as minhas opiniões em assuntos controversos.	
56. O meu dia-a-dia é ocupado, mas sinto-me satisfeito por dar conta do recado.	
57. Não gosto de estar em situações novas que exijam que mude o meu modo habitual de fazer as coisas.	
58. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	
59. Algumas pessoas andam pela vida sem rumo, mas eu não sou assim.	
60. Provavelmente não tenho uma atitude para comigo próprio(a) tão positiva como a maioria das pessoas tem em relação a si própria.	
61. Altero com frequência as minhas decisões, se os meus amigos ou familiares não estão de acordo comigo.	
62. Fico frustrado(a) quando tento planejar as minhas actividades diárias, porque nunca consigo fazer as coisas que me proponho fazer.	
63. Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento.	
64. No que diz respeito às amizades, sinto-me frequentemente como se fosse um(a) estranha(a).	
65. Às vezes sinto-me como se já tivesse feito tudo o que há para fazer na vida.	
66. Muitas vezes, quando acordo pela manhã, sinto-me desanimado(a) com a forma como tenho vivido a minha vida.	
67. Não sou o tipo de pessoa que cede a pressões sociais para pensar ou agir de determinada forma.	
68. Os meus esforços para encontrar o tipo de actividades e de relações pessoais de que necessito foram muito bem sucedidos.	
69. Reconheço com agrado que as minhas opiniões têm mudado e amadurecido ao longo dos anos.	
70. Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim.	

(Continua)

- 1 – Discordo Completamente 4 – Concordo Parcialmente
 2 – Discordo em Grande Parte 5 – Concordo em Grande Parte
 3 – Discordo Parcialmente 6 – Concordo Completamente

	Resposta (1,2,3,4,5ou6)
71. Os meus objectivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que uma fonte de frustração.	
72. O meu passado teve altos e baixos mas, de um modo geral, não gostaria de o mudar.	
73. Preocupa-me a forma como as outras pessoas avaliam as escolhas que tenho feito na minha vida.	
74. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	
75. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	
76. Tenho dificuldade em abrir-me quando falo com os outros.	
77. Sinto-me satisfeito(a) quando penso em tudo o que consegui na vida.	
78. Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou.	
79. Avalio-me pelo que penso que é importante e não pelos valores que os outros pensam ser importantes.	
80. Consegui construir um lar e um estilo de vida que é muito do meu agrado.	
81. É bem verdade o ditado popular que diz "burro velho não aprende línguas".	
82. Tanto eu como os meus amigos sabemos ter compreensão pelos problemas uns dos outros.	
83. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.	
84. Toda a gente tem as suas fraquezas mas parece-me que eu tenho mais que a minha conta.	

FIM

Apêndice E - Dimensões de Bem-Estar Psicológico, segundo Novo (2003, pp. 236-238)

- A **Dimensão da Autonomia** avalia “(...) a capacidade dos sujeitos para resistir às pressões sociais e a determinação para pensar, agir e avaliar-se, com base em padrões pessoais”;
- A **Dimensão de Domínio do Meio** mede “(...) o sentido de domínio e de competência na forma de lidar com o meio, a capacidade para criar contextos adequados aos valores e necessidades pessoais e o uso efetivo dessas capacidades para intervir ou modificar os contextos em que cada um vive”;
- A **Dimensão do Crescimento Pessoal** “(...) pretende identificar a perceção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal”;
- A **Dimensão das Relações Positivas com os Outros** pretende “(...) identificar o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a perceção pessoal de capacidades para estabelecer relações satisfatórias e calorosas com os outros e desenvolver laços interpessoais significativos”;
- A **Dimensão dos Objetivos na Vida** procura “(...) identificar em que medida os sujeitos reconhecem objetivos a atingir, aspirações e metas a alcançar, e quão convictamente tais metas direcionam o comportamento e dão um sentido significativo à vida”;
- A **Dimensão de Aceitação de Si** avalia “(...) a atitude de aceitação dos múltiplos aspetos do *Self*, da vida passada, das qualidades pessoais, negativas ou positivas”.