

Psicoterapia breve e prevenção: eficácia adaptativa e dimensões da mudança¹

Elisa Médici Pizão Yoshida
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Resumo

Este artigo discute o uso integrado dos conceitos de eficácia adaptativa, de Ryad Simon, e de dimensões de mudança do enfoque transteórico, como critério de indicação de psicoterapias breves (PBs) em programas de prevenção em saúde mental. Sugere que para ser eficiente a PB deve: 1. responder a demanda específica de ajuda; 2. considerar os recursos adaptativos; 3. verificar se são suficientes para iniciar processo de mudança; 4. adequar-se à prontidão do paciente para a mudança. Propõe alterações no programa de prevenção de Simon, em função das propostas recentes daquele autor para avaliação da adaptação. Apresenta as três dimensões de mudança do enfoque transteórico de mudança (processos, estágios e níveis), com ênfase sobre os estágios (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término). Fornece alternativas de intervenções psicoterapêuticas para cada modalidade de adaptação, desde que o estágio de contemplação tenha sido atingido. Conclui propondo pesquisas futuras para examinar o valor empírico destas sugestões.

Palavras-chave: prevenção em saúde mental, psicoterapia breve, mudança.

Short-term psychotherapy and prevention: adaptive effectiveness and dimensions of change

Abstract

This paper discusses the integrated use of the concepts of adaptive effectiveness by Ryad Simon and those of change dimensions from the trans-theoretical approach, which are used as a criterion for short-term psychotherapies (S-TPs), in mental health preventive programs. It suggests that to be efficient an S-TP should: 1. respond to an specific call for help; 2. take into consideration adaptive resources; 3. ascertain if they are sufficient to initiate the changing process; 4. fit the patient's readiness for changing. The paper also suggested changes in Simon's preventive program due to his recent proposals to assess adaptation. Besides, it presented the three changing dimensions of the trans-theoretical approach (processes, stages and levels), with emphasis on the stages (pre-contemplation, contemplation, preparation, action, maintenance and termination). It provided alternatives of psychotherapeutic interventions in each modality of adaptation, as far as the contemplation stage has been reached. Finally, it was concluded proposing future researches to examine the empirical value of these suggestions.

Key words: prevention in mental health; short-term psychotherapy; change.

Quando se pensa em prevenção, dois polos devem ser considerados, de um lado: os objetivos a serem alcançados e, de outro, as possibilidades dos sujeitos em aderir a eles. Dito de outra forma, o sucesso de qualquer programa preventivo passa

necessariamente pela possibilidade de engajamento da população-alvo aos propósitos estabelecidos.

No que concerne aos objetivos da prevenção, pode-se dividi-los em três níveis: primário, secundário e terciário. Sendo que no campo específico da

1. Trabalho apresentado na Mesa redonda *Psicoterapia breve e prevenção*, XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Campinas - SP, outubro de 1999.

Endereço para correspondência: Pós Graduação em Psicologia- PUC. Rua Waldemar César da Silveira,105, Swift. CEP 13045-270 - Campinas - SP. Fone/fax (19) 230-7180. e-mail: eyoshida@telnet.com.br

saúde mental, no nível primário, busca-se “a redução da taxa de novos casos de distúrbio mental numa população durante um certo período, neutralizando as circunstâncias perniciosas antes que elas tenham oportunidade de causar a doença” (Caplan, 1980, p.40); no nível secundário, o alvo é a redução “da taxa de incapacidade causada por um distúrbio” (p.104); enquanto que no nível terciário o objetivo é o de “reduzir a taxa de funcionamento defeituoso devido a distúrbios mentais” (p.129).

No caso da prevenção primária, onde o objetivo é o de evitar a instalação de um processo patogênico, os programas de educação e de esclarecimento visam chamar a atenção sobre um determinado problema, conscientizar os sujeitos em risco da necessidade de mudanças de atitude em relação a uma determinada questão e mobilizá-los para a mudança. Incluem-se nesta categoria, os programas comunitários de esclarecimentos sobre as formas de contágio de doenças, programas voltados para os riscos das drogas, cuidado materno-infantil, prevenção de distúrbios da fala e da escrita, entre tantos outros que implicam na necessidade de mudanças de padrões de comportamento e/ou de hábitos de higiene.

Quanto às intervenções preventivas secundárias e terciárias, costumam voltar-se para indivíduos específicos ou pequenos grupos que já apresentam algum tipo de comprometimento e que necessitam de intervenção profissional para fazer face a eles. Dentre os recursos técnicos disponíveis para o profissional de saúde mental, nestes casos, destacam-se as psicoterapias breves, que serão objeto de um exame mais detido neste trabalho em que se procurará focalizar os critérios de indicação mais adequados em cada um dos níveis de prevenção, de forma a garantir, de um lado, a maior aderência à técnica e, de outro, a maximização de seus resultados.

Psicoterapia psicodinâmica breve e saúde mental

Mais do que uma técnica, a psicoterapia psicodinâmica breve é uma maneira de conceber a ajuda a pessoas que enfrentam situações conflituosas, usual-

mente de natureza relacional (Gillieron, 1983). Pautase no pressuposto de que mudanças significativas podem ocorrer em um espaço de tempo relativamente curto, promovendo o restabelecimento de níveis mais saudáveis de conduta para o paciente, com reflexos sobre sua saúde mental e a de outras pessoas a ele relacionadas.

Dito de outra forma, a psicoterapia psicodinâmica breve ocupa-se da adequação dos padrões relacionais adaptativos, através de mudanças de atitudes que assegurem uma melhor qualidade de vida ao paciente. Para tanto, terapeuta e paciente empenham-se na compreensão das motivações, desejos, necessidades e expectativas (frequentemente inconscientes) do paciente, examinando as consequências que têm sobre as atitudes e respostas das pessoas significativas e sobre as atitudes do paciente para consigo mesmo (Luborsky e Crits-Christoph, 1990).

Como referido, esta concepção de psicoterapia enquadra-se dentro das intervenções de prevenção secundária e terciária em saúde mental, em que, no primeiro caso, o fim é impedir o prosseguimento da incapacidade causada por um distúrbio quando se trata de um indivíduo, ou ainda, baixar sua prevalência quando o alvo é a comunidade (Caplan, 1980). Quanto à prevenção terciária, busca-se a reabilitação de uma habilidade ou capacidade mental, sem a expectativa de restabelecimento total.

Considera-se que a psicoterapia deva ser antecedida de uma avaliação psicodiagnóstica, a mais precoce, precisa e rápida, fornecendo, se possível numa única entrevista ou sessão, avaliação adequada das principais situações a serem trabalhadas, os recursos do paciente para enfrentá-las e a modalidade terapêutica mais indicada (Simon, 1983). Procura-se com isto evitar que as dificuldades venham a afetar em maior extensão a vida do paciente, tornando-o mais resistente à intervenção e demandando tempo e recursos extras.

A psicoterapia psicodinâmica breve, tanto na sua modalidade individual (de adulto ou infantil), quanto de casal, familiar ou de grupo, é especialmente útil nos programas preventivos de saúde mental pela sua forma deliberadamente concisa de atendimento (Hoyt, 1995)

e pela sua principal característica que é a de se pautar sobre o princípio da flexibilidade, proposto por Alexander e French (1956), e que consiste em adequar a conduta terapêutica em cada momento ou etapa às necessidades do paciente visando os objetivos pré-estabelecidos.

Esta condição permite que ela possa assumir modalidades diferentes em função das intervenções mais utilizadas pelo terapeuta, variando de suportiva a expressiva, dependendo das necessidades e possibilidades do paciente (Luborsky, 1984).

Apesar de indicadas para um amplo rol de situações e de patologias, as psicoterapias psicodinâmicas breves, como todas as demais modalidades de psicoterapias, apresentam certas especificidades quanto à sua indicação, que devem ser consideradas. Vale dizer, que sua eficiência, isto é, sua capacidade de produzir os resultados pretendidos, encontra-se associada a certos requisitos que dizem respeito tanto ao paciente quanto ao terapeuta e que devem ser adequadamente avaliados quando de sua indicação.

Para ser eficiente, a intervenção psicoterapêutica breve deve, em primeiro lugar, atender às expectativas de ajuda do paciente. Ou seja, ela deve responder a uma demanda específica que nem sempre é claramente expressa, ou facilmente discernível.

Em segundo lugar, as intervenções do psicoterapeuta devem considerar as características de personalidade do paciente, especialmente no que respeita aos seus recursos adaptativos e verificar se são suficientes para, no espaço de tempo disponível, examinar e ao menos iniciar um processo de mudança em relação à situação para a qual o atendimento está sendo proposto.

E finalmente, a intervenção psicoterapêutica tem que se adequar à prontidão do paciente para a terapia, e neste sentido há que se avaliar: (a) o estágio de mudança em que ele se encontra, (b) o uso que ele faz dos processos de mudança durante a sessão, assim como nos intervalos entre elas, e, (c) os níveis de expressão de suas dificuldades mais suscetíveis de mudança (Prochaska, 1995).

De grande utilidade na avaliação dos requisitos acima tem sido, de um lado, a concepção de evolução da adaptação proposta por Simon (1983,

1995) e, de outro, a teoria de mudança proposta por Prochaska (1995), que fornece uma visão das principais dimensões envolvidas nos processos de mudança.

A integração destes dois modelos compreensivos e empiricamente desenvolvidos no processo de avaliação e indicação de sujeitos para psicoterapia psicodinâmica breve, tem se mostrado muito útil na prática clínica da autora, que se dá tanto no plano institucional quanto privado.

Enquanto a concepção de Simon (1983, 1995) nos informa que a qualidade da eficácia adaptativa pode variar ao longo do tempo e que ações preventivas adequadas a cada fase evolutiva podem ser planejadas, a análise das dimensões da mudança de Prochaska (1995) nos provê com instrumental conceitual para avaliarmos o grau de sucesso de nossa intervenção.

Uma breve revisão dos modelos teóricos de cada um destes autores será oferecida a seguir, a fim de que a tentativa de integração posterior possa ser melhor compreendida.

Programa de Simon para a prevenção segundo a evolução de adaptação

Conforme Simon (1983, 1995), quando se focaliza a adaptação humana dois modos distintos de mudança podem ser identificados: um gradual e outro repentino. O primeiro corresponde a mudanças quase imperceptíveis em períodos de tempo relativamente longos, que conferem à eficácia da adaptação um aspecto de estabilidade. Nestes casos, o sujeito conta com repertório de respostas que lhe permite fazer face às situações e necessidades tanto de seu mundo interno (decorrentes de situações passadas e de introjeções realizadas), quanto às provenientes do ambiente externo (presentes ou de passado recente). Nestes períodos do ciclo vital, os ajustes e modificações efetuados só chegam a produzir alterações na configuração adaptativa geral do indivíduo se decorridos longos períodos de tempo e se rompido o equilíbrio entre microfatores positivos e negativos, internos ou externos.

Quanto às mudanças repentinas, são provocadas por situações e contingências excepcionais para o indivíduo e também podem ser internas ou externas. A diferença aqui, é que o sujeito não dispõe, em seu repertório, de respostas para enfrentá-las. São situações que configuram uma crise e que demandam uma superação rápida, com alterações qualitativas fundamentais na adaptação pessoal (Simon, 1995).

Quanto às ações preventivas para as situações de crise, Simon propõe um modelo que respeita sua etiologia. Nos casos de crises desencadeadas por situações de perda a prevenção é dita *passiva*, posto que usualmente decorrentes de circunstâncias inesperadas para as quais o auxílio possível seria levar o sujeito "a aceitar a perda, reinteressar-se pelo universo pessoal, lidando com os sentimentos predominantes (depressão e culpa) e evitando os riscos (auto-agressão ou projeção da culpa)" (p. 31, Simon, 1995). No caso de crises por aquisição, em que houve um aumento significativo no espaço do universo pessoal, a intervenção preventiva é *ativa*, dado que na maioria das vezes "é possível prever ou postergar o enfrentamento da situação crítica até que a ajuda preventiva torne o sujeito mais apto" (p. 31). Nestes casos, o objetivo da ação preventiva seria "levar o sujeito a aceitar (ou renunciar) o ganho realisticamente, conforme capacidade da pessoa e as condições externas do momento; confrontá-lo com os sentimentos predominantes (insegurança, inferioridade, inadequação); e evitar riscos (fugas injustificadas ou admissão de responsabilidade acima dos recursos)" (p.31).

Enquanto nas situações de crise a ação preventiva estaria ligada à sua etiologia, para os períodos estáveis, Simon sugere que se considere a qualidade da eficácia adaptativa apresentada pelo sujeito. Nos dois casos, no entanto, a mudança resultante das intervenções pode se dar num sentido de melhor ou de pior adaptação, dependendo da qualidade das respostas com as quais o sujeito enfrente a situação problema.

Quando Simon (1983) explicitou seu esquema da evolução da adaptação identificou dois níveis para elas: um *eficaz* e outro *não-eficaz*, sendo que este último podia se apresentar numa modalidade moderada ou severa.

Para a configuração adaptativa eficaz seriam dirigidos os programas de prevenção primária, com o objetivo de impedir a evolução da adaptação eficaz para não-eficaz. As medidas de prevenção secundária visariam a configuração não-eficaz moderada, enquanto que intervenções secundárias ou terciárias se destinariam à adaptação não-eficaz severa. Sendo que, nas configurações não-eficaz o objetivo da intervenção preventiva é o de impedir que a qualidade da adaptação passe de níveis superiores de adaptação não-eficaz para níveis inferiores (Simon, 1983, 1995).

Em trabalho recente, no entanto, Simon propôs uma nova divisão das modalidades de adaptação não-eficaz, ao mesmo tempo que substituiu este termo por *ineficaz*. Nesta nova versão, as adaptações ineficazes podem ser consideradas, *leve*, *moderada*, *severa* e *grave*, em função da qualidade das respostas adaptativas do sujeito em dois principais setores da personalidade: afetivo-relacional e da produtividade (Simon, 1997).

No que concerne à descrição fenomenológica destas modalidades de adaptação ineficaz, a *leve* corresponde a "sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições"; a *moderada* a "alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos"; a *severa* a "sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos"; enquanto que a *grave* encerra "neuroses incapacitantes, *borderline*, psicóticos não agudos. Extrema rigidez caracterológica" (Simon, 1997, p. 92).

Com esta redefinição das modalidades da configuração adaptativa ineficaz, considera-se que a prescrição do nível de intervenção preventiva deva ser revista. Sugere-se que a prevenção secundária deva ser aplicada às modalidades leve, moderada e em alguns casos de adaptação ineficaz severa, desde que neste último caso não haja uma incapacidade

funcional em um dos setores da personalidade. Em qualquer situação, o objetivo seria o de impedir a degradação da qualidade da adaptação e, sempre que possível, sua reabilitação, tanto no que respeita à qualidade dos relacionamentos afetivos, quanto de sua capacidade produtiva.

A prevenção terciária aplicar-se-ia a alguns casos de adaptação ineficaz severa e à modalidade grave, em que há claramente uma condição de incapacitação, demandando medidas que promovam o retorno de uma condição adaptativa mínima, em que o sujeito possa manter relações interpessoais dentro dos limites de uma convivência respeitosa, ou, sempre que possível, senti-las como fonte de suporte afetivo. No que concerne à produtividade, há que se buscar a reabilitação da capacidade produtiva do sujeito, quando este for o caso. Dito de outro modo, o objetivo deste nível de intervenção seria evitar a invalidez emocional e/ou produtiva.

A avaliação da configuração adaptativa, medida segundo este referencial, fornece base segura dos recursos do sujeito em termos de capacidade de enfrentamento e de flexibilidade, mantendo um alto índice de associação com o nível de saúde geral do sujeito, conforme demonstrado por Gatti (1999). Além disto, a medida da configuração adaptativa serve como prognóstico da qualidade dos resultados terapêuticos dos sujeitos que concluem os atendimentos, mostrando que os que apresentam melhor eficácia são também os que obtêm melhores resultados, com mudanças mais significativas na qualidade da adaptação (Yoshida, no prelo).

Quando a questão é a probabilidade de levar a termo o atendimento, os sujeitos que apresentam configurações adaptativas ineficaz leve ou moderada apresentam significativamente mais chance de concluí-lo do que os com configurações adaptativas ineficaz severa ou grave, que tendem a abandoná-lo antes do término (Yoshida, no prelo). Paradoxalmente, portanto, aqueles que teoricamente apresentam maior necessidade de uma intervenção preventiva individualizada, são também aqueles com menor probabilidade de se beneficiar de atendimentos psicoterápicos breves, considerados ideais em

programas preventivos, por atenderem a um contingente maior de pessoas, num espaço de tempo menor.

Resulta daí, que outros tipos de intervenção devam ser considerados na ação preventiva de sujeitos que apresentam eficácia adaptativa mais prejudicada. E neste sentido, considerações sobre as dimensões da mudança podem, eventualmente, mostrarem-se úteis.

Dimensões da mudança segundo o enfoque transteórico

Preocupados em oferecer um referencial teórico da mudança, que fosse empiricamente baseado, que explicasse como as pessoas mudam durante um processo terapêutico e também fora dele; que pudessem ser generalizado a uma vasta gama de problemas humanos; e que fosse inovador, um grupo de pesquisadores americanos vem se dedicando à formulação da terapia transteórica, um enfoque integrativo e eclético (Prochaska, 1995).

Dentre eles destaca-se James O. Prochaska, que juntamente com Carlo C. DiClemente e John C. Norcross, propõe a formulação de "um modelo relevante para problemas de comportamentos saudáveis assim como a problemas de saúde mental" (Prochaska, 1995, p.404).

Um resumo dos conceitos e formulações expressos por Prochaska (1995), mas que reflete em grande parte, os resultados de várias pesquisas deste grupo, é apresentado abaixo, com o propósito de pensá-lo posteriormente de forma articulada com a eficácia adaptativa, conforme formulada por Simon (1983, 1995, 1997).

Como contribuição original do enfoque transteórico há a identificação e a proposta de avaliação de três dimensões da mudança: os *processos de mudança*, os *estágios* e os *níveis*.

Os *processos de mudança* constituem "as atividades encobertas ou manifestas nas quais as pessoas se engajam para mudar o afeto, o pensamento, o comportamento ou o relacionamento interpessoal ligado a problemas particulares ou padrões de vida" (Prochaska, 1995, p.408).

Foram identificados através de pesquisas empíricas que pretendiam verificar como as pessoas tentavam mudar o comportamento de adição ao tabaco por si mesmas ou com a ajuda de profissionais (DiClemente e Prochaska, 1982; Prochaska e DiClemente, 1983). Destas investigações chegou-se a uma listagem de dez processos de mudanças assim categorizados: *aumento da consciência, alívio dramático, auto-reavaliação, reavaliação ambiental, auto-liberação, liberação social, contra-condicionamento, controle dos estímulos, gerenciamento do reforçamento e relação de ajuda*.

Embora arrolados junto a uma população que pretendia modificar o comportamento específico de adição ao tabaco, estes processos de mudança encontram ressonância nas diferentes teorias psicológicas, conforme salienta Prochaska (1995), que associa o aumento de consciência à tradição psicanalítica, o alívio dramático ou catarse à Gestalt-Terapia, a auto-reavaliação e a reavaliação ambiental às tradições experiencial e cognitivista, a auto-liberação à existencial, o contra-condicionamento, o controle do estímulo e o gerenciamento do reforçamento ao behaviorismo, enquanto que a relação de ajuda corresponderia mais de perto à tradição centrada no cliente.

Ou seja, segundo aquele autor, enquanto os clientes são capazes de identificar diferentes processos de mudança, os diferentes enfoques teóricos tenderiam a eleger um ou dois deles como os mais relevantes.

A segunda dimensão da mudança corresponde aos *estágios* pelos quais o sujeito passa até atingir seus objetivos. Segundo esta dimensão, a mudança ocorre ao longo do tempo, sendo que sua natureza encerra ao mesmo tempo um caráter dinâmico e estável, traduzível pela noção de estágios e que foram designados como de: *pré-contemplação, contemplação, de preparação, de ação, de manutenção e de término*.

No estágio de *pré-contemplação* não aparece ainda a intenção de mudança. O sujeito não apresenta a consciência de que há ou de que enfrenta um problema, ainda que este possa estar evidente para os

que o cercam. Difícilmente procura por psicoterapia e quando o faz, encontra-se usualmente pressionado por outras pessoas (familiares, patrão, autoridades judiciais, entre outros). A característica principal deste estágio seria, portanto, a resistência em reconhecer ou modificar um problema ou um padrão comportamental.

No estágio de *contemplação* já aparece a consciência de que há um problema e o sujeito pensa seriamente em enfrentá-lo, mas nenhum esforço efetivo é feito neste sentido. Dependendo do problema, a pessoa pode permanecer por um longo período de tempo neste estágio. Exemplos claros desta situação são pessoas que permanecem por vários anos presas a relacionamentos interpessoais insatisfatórios, a empregos em que suas aptidões são sub-utilizadas ou sub-remuneradas, ou ainda a hábitos de vida pouco saudáveis, como a adição ao fumo, regimes alimentares impróprios etc. Isto é, há um reconhecimento de que algo deve ser feito, muitas vezes a pessoa sabe o que é, mas não chega a fazê-lo.

Entre o estágio de *contemplação* e o de *ação*, que implica na adoção clara de medidas e atitudes de enfrentamento do problema, pode-se interpor o estágio de *preparação*. Nele, verificam-se algumas iniciativas para a mudança, que não chegam a ser efetivas. No caso de relacionamentos interpessoais insatisfatórios, por exemplo, iniciativas de separação podem ser sucedidas por reconciliações seguidas de novos desentendimentos, que levam o sujeito a um sentimento de frustração e de desânimo. Em situações de busca de novos empregos, o sujeito pode, por exemplo, procurar outras oportunidades nos jornais, mandar *curriculum vitae* a empresas, mas acaba sempre por reconsiderar as dificuldades a serem enfrentadas e abandonando seus intentos. E no caso de regimes alimentares ou de adição ao tabaco, algumas tentativas no sentido de alterar a frequência e a quantidade de alimento ou de cigarros são seguidas da volta aos antigos padrões de consumo.

O enfrentamento da situação problema ocorre no estágio chamado de *ação*, que requer um esforço efetivo em termos de tempo e de energia para superá-la. Neste estágio, as tentativas para a mudança são evidentes e o sujeito tende a receber a aprovação e o reconhecimento externo pelos seus esforços. Um critério empírico para a classificação do sujeito neste estágio seria a alteração bem sucedida de um comportamento por um espaço de tempo que pode variar entre 1 dia e 6 meses.

É importante frizar que o sujeito tem que não apenas alterar seu comportamento ou atitude, mas mantê-lo durante um período de tempo razoável. Neste sentido, todos os esforços para impedir o retorno aos padrões anteriores e para consolidar os ganhos, caracterizam o estágio de *manutenção*. Aqui, o critério temporal, empiricamente estabelecido, seria um tempo mínimo de 6 meses de mudança bem sucedida.

Há contudo certos padrões de comportamento que demandam manutenção durante toda a vida, posto que implicam em contínuo esforço para sua estabilidade e a não ocorrência de recaídas. Nesta medida, a característica principal do estágio de manutenção seria a estabilidade do novo padrão de conduta e a ausência de recaídas, à custa de um esforço contínuo por parte do sujeito.

Considera-se que se atinge o estágio de *término*, quando a situação problema foi totalmente superada e há a confiança de que o antigo padrão não deve retornar. Pode-se dizer, nestes casos, que houve “cura”. No caso de adição ao fumo ou a outras drogas, por exemplo, espera-se que o sujeito não sinta mais necessidade de cigarros ou da droga, mesmo quando deprimido, ansioso, ou nas situações que antigamente estavam associadas aos seus usos. Nestes casos, um período de ao menos 5 anos livre de sintomas, costuma ser utilizado como um limite empírico para se considerar o sujeito como estando, efetivamente, no estágio de término.

Deve-se salientar, no entanto, que o progresso através dos estágios não costuma se dar de forma linear, sendo que as recaídas e o retorno aos padrões antigos de comportamento são os mais frequentes. A mudança se dá, usualmente, através de um movimento em espiral, em que o retorno a estágios iniciais são antes a regra do que a exceção.

Num processo de psicoterapia, por exemplo, o fluxo e refluxo dos temas e material tratados é um movimento bastante conhecido de todos os terapeutas, constituindo o processo chamado de elaboração.

A terceira dimensão da mudança, identificada pelos pesquisadores transteóricos, aponta para a questão dos níveis de mudança, que “representam uma organização hierárquica de cinco distintos, mas interrelacionados níveis dos problemas psicológicos que podem ser tratados em psicoterapia” (Prochaska, 1995, p.414).

Os cinco níveis, empiricamente identificados, seriam: o nível dos *sintomas* ou dos *problemas situacionais*, das *cognições maladaptativas*, dos *conflitos interpessoais atuais*, dos *conflitos sistêmicos* ou *familiares* e dos *conflitos intrapessoais*.

Como o lembra Prochaska (1995), cada um destes níveis, assim como em relação aos processos, tem sido tradicionalmente focalizado pelos diferentes enfoques psicoterápicos, que o elege como alvo.

O nível dos sintomas e dos problemas situacionais, por exemplo, tem servido como foco das terapias behavioristas, as cognições maladaptativas e os conflitos interpessoais atuais são o alvo das terapias cognitivistas, os conflitos sistêmicos e familiares são o foco das psicoterapias do grupo familiar, enquanto os conflitos intrapessoais seriam objeto de investigação das psicoterapias psicanalíticas.

Apesar de se constituírem no foco de cada um destas modalidades terapêuticas, todos eles acabam sendo mais ou menos contemplados em todo e qualquer processo terapêutico, na medida em que constituem facetas do funcionamento humano e que se encontram interrelacionados de forma inextricável.

A título de ilustração, pode-se pensar numa pessoa com queixa de conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, que se submeta a uma psicoterapia breve com o seguinte objetivo: obter relacionamento mais harmonioso e produtivo no ambiente de trabalho (sintoma ou problema situacional). Na medida em que este objetivo chega a ser atingido, alterações deverão se refletir em todos os níveis de funcionamento, passando pelas cognições (substituição de crenças e de expectativas imaturas e irrealistas em relação a si mesma e aos demais por uma atitude mais compatível com os seus limites e os dos de seus colegas e superiores), qualidade dos relacionamentos interpessoais (postura mais assertiva e de confiança em si mesma e nos demais), sistêmico (as alterações na sua conduta deverão contribuir para um ambiente de maior harmonia no grupo de trabalho e nas relações humanas), atingindo o nível intrapessoal (maior confiança em suas habilidades e capacidades, com reflexos sobre a sua auto-estima).

O que vai diferir de um enfoque de psicoterapia a outro, deverá ser a ênfase conferida pelo terapeuta aos processos e níveis de mudança, que determinarão a natureza de suas intervenções. Não importa, no entanto, por que nível se inicie a mudança, esta deve se estender por todos eles, desde que um processo genuíno e bem sucedido se estabeleça.

A concepção de mudança envolvendo diferentes dimensões parece ser útil na prevenção, na medida em que pode orientar a opção pelo programa ou intervenção mais adequado, especialmente se os recursos adaptativos do sujeito forem considerados.

Sendo assim, apresenta-se abaixo uma proposta de integração da concepção de adaptação de Simon com a de mudança do enfoque transteórico, focalizando as psicoterapias psicodinâmicas breves, enquanto recurso de intervenção em programas preventivos secundários e terciários.

Adaptação e processo de mudança e as psicoterapias breves

Indicadas como intervenção de escolha na prevenção secundária e em alguns casos de terciária, as psicoterapias breves, conforme apontado, dependem da aderência do sujeito para serem efetivas.

Uma das formas de estimar a probabilidade de aderência aos diferentes níveis de prevenção seria considerar o grau de eficácia adaptativa integrado à análise das diferentes dimensões da mudança, em especial a do estágio em que se encontra o sujeito, uma vez que, mesmo quando há recursos adaptativos há que haver o reconhecimento da necessidade de mudança pelo sujeito para que ele se engaje em um processo.

E neste sentido, uma primeira ilação seria que: *para haver aderência à psicoterapia breve o sujeito deve estar ao menos no estágio de contemplação.*

Efetivamente, a experiência clínica indica e as pesquisas corroboram, que a aderência do paciente a psicoterapias, especialmente quando são breves, depende da admissão de que há uma situação problema a ser enfrentada e da disposição para fazê-lo (veja por exemplo: Messer, Tishby e Spillman, 1992; Piper, Joyce, McCallum e Azim, 1998). Especialmente quando se considera que o tempo médio das psicoterapias breves é de 4 a 5 meses (ou 12 a 15 sessões semanais), um rápido engajamento do paciente ao processo apresenta-se como condição indispensável.

Pensando, por outro lado, a partir da qualidade da adaptação, este engajamento costuma ser melhor sucedido nos pacientes que apresentam maiores recursos adaptativos, que como se viu, são também os que tendem a apresentar melhores resultados nos processos (por exemplo, Yoshida, Enéas, Vasconcellos, Rillo e Duarte, 1994).

Neste sentido, uma segunda dedução seria que *quando a adaptação se apresenta eficaz em crise ou ineficaz leve, o paciente tem mais chance de atingir estágio de ação ainda durante a terapia, e o de manutenção no período subsequente, podendo-se verificar o estágio de término em programas preventivos que incluam follow-up.*

Isto é, está-se propondo aqui, que os pacientes que já tenham atingido o estágio de contemplação e que apresentem bons recursos adaptativos tenderão a responder mais rápida e positivamente ao tratamento, passando pelos diferentes estágios de mudança, já que, ao menos teoricamente, não enfrentam maiores dificuldades para fazer face às situações que se lhes apresentem. Ao contrário, dispõem de flexibilidade e de repertório consistente de respostas necessárias para uma boa adaptação.

Como uma decorrência natural da pressuposição acima, propõe-se, por outro lado, que os pacientes que apresentam adaptação ineficaz moderada e severa, mesmo no estágio de contemplação, oferecem maior dificuldade para evoluir para o estágio de ação durante processos de psicoterapias breves.

A idéia é a de que, mesmo já tendo atingido o estágio de contemplação, pacientes com menores recursos adaptativos tenderão a permanecer por mais tempo no chamado estágio de preparação, posto que as iniciativas de mudança devem esbarrar com dificuldades pessoais, que os impedem de chegar às soluções efetivas requeridas pelo estágio de ação.

É provável que nos casos em que uma boa aliança de trabalho se estabeleça entre o paciente e o terapeuta, e que este último esteja "afinado" com as necessidades do paciente, estas dificuldades possam ser superadas mais facilmente, podendo-se falar nestes casos de processos bem sucedidos.

O clima positivo estabelecido no processo, suavizaria as dificuldades adaptativas do paciente, que ao se sentir acolhido e apoiado pelo terapeuta teria mais força para superar o estágio de preparação. Nestes casos, no entanto, seria interessante que ao término do processo ele fosse reassurado com a informação de que sempre que necessitar poderá buscar auxílio naquela instituição, ou no caso de um atendimento particular, junto àquele profissional.

De forma resumida, dir-se-ia, portanto, que processos bem sucedidos podem levar os pacientes com adaptação ineficaz moderada a passarem para o de ação, depois de superadas as dificuldades do estágio de preparação. Recomenda-se que sejam oferecidos novos processos psicoterapêuticos intermi-

ntemente, para que o estágio de manutenção possa ser enfrentado sem recaídas com conseqüências sobre a qualidade da adaptação.

Quando, porém, o paciente apresenta adaptação ineficaz severa pode haver a necessidade de indicação de psicoterapia longa após a breve, se não houve evolução para o estágio de ação. Isto é, algum movimento indicando mudança já foi evidenciado, mas ele não conseguiu, com a ajuda dispensada, superar o estágio de preparação. De uma maneira geral, mesmo que o estágio de contemplação esteja claramente configurado no início da psicoterapia breve, as limitações pessoais do paciente, no que respeita à dinâmica do funcionamento mental, apresentam-se como obstáculos poderosos ao enfrentamento das situações de ansiedades inerentes a um processo psicoterapêutico. Conforme referido, tratam-se de casos que apresentam "sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas e rigidez de traços caracterológicos" (Simon, 1997, p. 92), que demandam intervenções de longo prazo.

Se no entanto, a despeito das limitações, o paciente com adaptação ineficaz severa conseguir atingir o estágio de ação ao fim da psicoterapia breve, deve-se oferecer psicoterapias breves de forma intermitente, com vistas a garantir a manutenção, como no caso dos ineficazes moderados.

Para as adaptações ineficazes graves, cujos sujeitos encontrem-se no estágio de contemplação, pode haver necessidade de um acompanhamento multidisciplinar, envolvendo: psiquiatra, psicólogo e outros profissionais, como terapeutas ocupacionais e pessoal para-médico, sendo que a intervenção breve deve se dar durante o período de internação. Uma vez que regresse para casa, o paciente deverá ser acompanhado em psicoterapia longa, ou no caso dela ser inacessível, psicoterapias breves intermitentes durante todo o período de manutenção, que nestes casos pode se prolongar por toda a vida do paciente.

Finalizando, deve-se enfatizar que a proposta de se considerar como critérios de indicação de psicoterapias breves a configuração adaptativa em conjunto com o estágio de mudança, visa maximizar os recursos dos programas de prevenção secundária e

terciária, que costumam enfrentar índices elevados de desistência na maior parte das instituições em que são desenvolvidos.

Para a avaliação dos dois critérios existem procedimentos fidedignos e válidos (veja, Yoshida, 1999 e Pace, 1999), que não demandam modificações relevantes nos atendimentos usualmente realizados em serviços ambulatoriais de saúde mental.

No caso da avaliação da configuração adaptativa, através de uma entrevista clínica preventiva pode-se chegar à avaliação da "Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida, ou mais simplesmente EDAO-R" (Simon, 1997). E, no caso da avaliação do estágio de mudanças, a "Escala dos Estágios de Mudança" (McConaughy, DiClemente, Prochaska e Velicer, 1989), com 32 itens, do tipo auto-administrado (self-report), demanda cerca de 10 a 15 minutos para ser respondida.

A realização de pesquisas empíricas, envolvendo a utilização conjunta destes dois critérios de avaliação poderão fornecer respostas mais precisas sobre sua utilidade na prática clínica, confirmando ou não as expectativas que, ao menos teoricamente, afigurem-se como promissoras.

A investigação de cada uma das propostas aqui apresentadas, demandará, naturalmente, várias pesquisas de resultado e de acompanhamento de processos terapêuticos, para que uma base sólida de conhecimentos sobre as limitações e o alcance destas propostas seja estabelecida.

Seria mesmo desejável que diferentes pesquisadores, de diferentes partes do país, se engajassem neste esforço, criando com isto condições para um diálogo e reflexão sobre tema tão controverso como o da efetividade das intervenções psicoterapêuticas breves em programas de prevenção secundária e terciária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, F. e French, T. (1956). *Terapeutica psicanalitica: Principio y aplicacion* (L. Fabricant, Trad.) Buenos Aires: Paidós (Trabalho original publicado em 1946).
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatria preventiva* (A. Cabral, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar Editores (Trabalho original publicado em 1964).
- DiClemente, C. C. e Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7, 133-142.
- Gatti, A. L. (1999). *Escala de avaliação dos mecanismos de defesa: Precisão e validade concorrente*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Gillieron, E. (1983). *Les psychothérapies brèves*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Hoyt, M. F. (1995). Brief psychotherapies. Em A. S. Gurman e S. B. Messer (eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp.441-487). New York: Guilford.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. e Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The CCRT Method*. New York: Basic Books.
- McConaughy, E. A.; DiClemente, C. C.; Prochaska, J. O. e Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 494-503.
- Messer, S. B.; Tishby, O. e Spillman, A. (1992). Taking context seriously in psychotherapy research: Relating therapist intervention to patient progress in brief psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 678-688.
- Pace, R. (1999). *Escala de estágios de mudanças: Variáveis psicométricas*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Piper, W. E.; Joyce, A. S.; McCallum, M. e Azim, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 558-567.

- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. Em A. S. Gurman e S. B. Messer (eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp.403-440). New York: Guilford.
- Prochaska, J. O. e DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Simon, R. (1983). *Psicologia clínica preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1995). Teoria da evolução da adaptação humana. *Mudanças*, 3, 25-36.
- Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, 47, 85-94.
- Yoshida, E. M. P. (no prelo). EDAO-R: Precisão e validade. *Mudanças*.
- Yoshida, E. M. P.; Enéas, M. L. E.; Vasconcellos, A. S. M.; Rillo, C. e Duarte, K. M. M. (1994). Psicoterapia psicodinâmica breve: Estudos de acompanhamento. *Boletim de Psicologia*, 44, 61-68.

Recebido em: 30/10/99

Aceito em : 19/01/01