

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

2º ANO – PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

Relatório de Estágio
Clínica Psiquiátrica São José

Filipa Nunes – Nº 20101076

DOCENTES DO SEMINÁRIO DE ESTÁGIO - Doutora Odete Nunes
Universidade Autónoma de Lisboa
Doutora Mónica Pires
Doutor José Paz

ORIENTADOR DE RELATÓRIO DE ESTÁGIO – Doutor José Paz
Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR DE ESTÁGIO – Doutor Jaime Grácio
Clínica Psiquiátrica de São José

Lisboa – 2012/2013

RESUMO¹

O presente relatório pretende espelhar o trabalho realizado durante o estágio académico estando dividido em três partes. A primeira corresponde à contextualização do estágio onde caracterizamos pormenorizadamente a Instituição, explanamos o papel do psicólogo na mesma e apresentamos o nosso plano de estágio. Na segunda parte encontra-se o enquadramento teórico e revisão de literatura estando apresentadas as problemáticas presentes no local de estágio, a especificação, fundamentação teórica e reflexão pessoal das actividades da Instituição. Por fim, a terceira e última parte refere-se à componente prática onde estão incluídas todas as actividades em que intervimos directamente juntamente com a respectiva fundamentação teórica, reflexão pessoal e uma proposta de reformulação de acordo com os princípios de Carl Rogers. Ainda na terceira parte são apresentados dois casos dos sete acompanhados ao longo do estágio. Esta exposição pormenorizada consiste na descrição dos dados referentes à anamnese, resultados de testes aplicados, objectivos da intervenção, síntese da mesma, análise clínica e reflexão pessoal.

A concretização deste estágio permitiu a aquisição de competências diversificadas no âmbito do acompanhamento psicológico e da intervenção em grupos, contribuindo para o primeiro passo na formação da nossa identidade individual como Psicólogos. Identificamo-nos e regemo-nos pela Terapia Centrada no Cliente de Carl Rogers, contudo sabemos que um longo caminho é imprescindível ainda percorrer devido à necessidade de aprofundamento teórico, experiência prática e desenvolvimento de outras competências relevantes.

Palavras-Chave: Acompanhamento Psicológico, Intervenção Psicológica em Grupo, Psicopatologia, Psicologia Clínica, Terapia Centrada no Cliente, Avaliação Psicológica.

¹ O presente relatório não segue as normas do novo acordo ortográfico.

ABSTRACT

The intent of the present report is to show the work that has been done during the academic internship and it is divided into three parts. The first one corresponds to the contextualization of the internship and we characterize with detail the Institution, expounded the role of the psychologist and we present our internship plan. In the second part there is the theoretical framing and the literature review and we explain the psychopathologies that exist on the internship, the specification, the theoretical grounding and the personal thinking about institution's activities. Lastly, the third and last part refers to the practical component and includes all the activities that we have participated directly as well as the respective theoretical grounding, personal reflection and a reformulation proposal according to Carl Rogers's principles. Also in the third part, two cases of the seven we followed are presented. This presentation consist in the description of the data relating to the anamnesis, tests results, intervention goals and its synthesis, clinical analysis and personal reflection.

The achievement of this internship allowed the acquisition of diverse skills relatively to the psychological assistance and the intervention on groups contributing to the first step on the foundation of our individual identity as psychologists. We identify ourselves and we follow the Client Centered Therapy by Carl Rogers, although we know that a long path is still indispensable to walk due to our need of theoretical deepening, practical experience and the development of other relevant competencies.

Key-Words: Psychological Support, Psychological Intervention on Groups, Psychopathology, Clinical Psychology, Client Centered Therapy, Psychological Evaluation

ÍNDICE

Resumo	I
Abstract	II
Índice	III
Índice de quadros	V
Índice de figuras.....	VI
Introdução	7
Parte I – Caracterização do Estágio	9
A Instituição: Clínica Psiquiátrica de S. José	10
Serviços de Internamento	13
Papel do Psicólogo na Instituição	15
Projecto de Estágio	18
Parte II – Enquadramento Teórico e Revisão de Literatura	21
Diferentes Psicopatologias no Local de Estágio	22
Diferentes Concepções de Loucura	22
Psicose	25
Perturbações do Humor	28
Perturbações da Personalidade	33
Psicologia e Métodos de Intervenção	36
A Psicologia Clínica e a Intervenção do Psicólogo	36
Métodos de Intervenção Psicológica em Grupo	43
Métodos de Intervenção Psicológica Individual	46
Parte III – Conteúdos Práticos Relativos ao Trabalho no Estágio	53
Actividades Realizadas no Estágio	54
Contextualização do Estágio e Período de Inclusão na Instituição.....	54
Trabalho Indirecto	55
Trabalho Directo	65

Acompanhamento Psicológico	84
Caso Clínico de M.	86
Caso Clínico de D.	110
Conclusão Geral	127
Referências Bibliográficas	131

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Síntese das actividades realizadas	19
QUADRO 2 – Síntese de acompanhamentos psicológicos	85
QUADRO 3- Dados anamnésicos do caso clínico de M.	86
QUADRO 4 – Dados anamnésicos do caso clínico de D.	111

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Resultados dos índices de enviesamento de respostas do MCMI-II.....	91
FIGURA 2 – Resultados das escalas de perturbações básicas da personalidade do MCMI-II...92	
FIGURA 3 – Resultados das escalas de perturbações severas da personalidade do MCMI-II...93	
FIGURA 4 – Resultados das escalas de síndromes clínicas ligeiras do MCMI-II.....	94
FIGURA 5 – Resultados das escalas de síndromes clínicas severas do MCMI-II.....	94

INTRODUÇÃO

O estágio académico decorreu na Clínica Psiquiátrica de São José (CPSJ) em Lisboa tendo sido iniciado a 3 de Novembro de 2011 e concluído a 31 Julho de 2012 com uma frequência semanal de dois dias. Este estágio foi realizado no âmbito do plano curricular do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa.

A escolha deste local de estágio prendeu-se com uma concomitância de factores sendo os principais relativos ao desafio que a população presente nesta Instituição apresenta. Sendo uma clínica psiquiátrica onde predominam as doenças mentais graves, concluímos que seria uma oportunidade valiosa de aprendizagem e crescimento pessoal sendo inevitável sentirmo-nos cativados e entusiasmados com tudo o que poderíamos experienciar suscitando vontade de apreender o máximo possível tanto a nível prático, como teórico.

Os objectivos gerais deste estágio assentam, fundamentalmente, na componente prática que a via profissionalizante possibilita, permitindo o contacto com outros profissionais, estagiários e, acima de tudo, casos clínicos reais. Torna-se, portanto, viável a aplicação de todos os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos bem como a obtenção de novos e diversificados.

No âmbito pessoal os objectivos que estipulámos prendem-se com a experiência de desenvolver um trabalho num contexto Institucional, integração numa equipa multidisciplinar, intervir juntamente com grupos, contactar com a prática da Psicologia sob perspectivas teóricas distintas, contribuir pertinente e significativamente na Instituição, desenvolver *skills* relativos à gestão de situações complexas e desafiantes, aprimorar as técnicas de avaliação psicológica e, acima de tudo, potenciar a nossa emancipação como profissionais gerando uma identidade única e diferenciada.

A materialização destes objectivos pressupõe um investimento pessoal não somente no local de estágio como fora do mesmo. Ou seja, é requerido um aprofundamento bibliográfico que possibilite a compreensão otimizada da Instituição particularmente no que concerne às psicopatologias maioritariamente presentes sendo estas as Perturbações de Humor; Perturbações da Personalidade; Demência; Atraso Mental; Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas

(Clínica Psiquiátrica de S. José, 2011). No âmbito dos acompanhamentos psicológicos o nosso trabalho recaiu sobre a Unidade 2 à qual pertencem as perturbações psiquiátricas agudas ou crónicas agudizadas, por outro lado, na Unidade 3 intervimos através da actividade Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal sendo que aqui encontram-se os utentes com potencial reabilitativo em curto ou médio internamento.

Além do acompanhamento psicológico e da actividade de grupo por nós gerida os utentes destas unidades auferem de diversas outras componentes terapeuticas que compreendem o Treino de Aptidões Sociais, Gestão de Conflitos, entre outras. Estas actividades assim como as informações acima mencionadas serão desenvolvidas e objecto de reflexão ao longo deste relatório que se encontra dividido em três partes. A primeira diz respeito à caracterização do estágio, isto é, parte da contextualização da CPSJ passando posteriormente para a definição do nosso plano de estágio. A segunda parte enquadra teoricamente através de revisão de literatura as psicopatologias mais frequentes na Instituição, sendo que a última parte remete para os conteúdos práticos relativos ao nosso trabalho sendo descritas e alvo de reflexão as actividades em que participámos indirecta e directamente, incluindo os acompanhamentos psicológicos.

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A Instituição: Clínica Psiquiátrica de S. José

A Clínica Psiquiátrica de S. José (CPSJ) constitui um dos 12 centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus em Portugal sendo uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Foi fundada em 1956 e remodelada em 1995. Possui uma capacidade para 190 doentes abrangendo o internamento a doentes psiquiátricos agudos, doentes de evolução prolongada e deficientes mentais. Tem como desígnio a prevenção, tratamento e reabilitação de doentes em saúde mental e psiquiatria preservando uma visão integral da pessoa assente no estilo assistencial hospitaleiro. Pretende-se a concretização da perspectiva que coloca a pessoa como centro da intervenção, cumprindo a visão hospitaleira, interdisciplinar tendo em conta as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais da pessoa (Irmãs Hospitaleiras, s.d). A população que recorre aos serviços da CPSJ situa-se maioritariamente na faixa etária localizada entre 51 e 65 anos. Relativamente às patologias mais frequentes, são estas a depressão, bipolaridade, perturbações da personalidade e esquizofrenia (Clínica Psiquiátrica de S. José, 2011).

O modo de funcionamento da clínica pode ser sumariado em intervenções internas, intervenções externas e assistência ambulatoria. Nas primeiras estão contidas as consultas de psiquiatria, clínica geral, fisioterapia, enfermagem, psicologia, estomatologia, higiene oral, entre outras não especificadas. Está, similarmente, aqui contemplado o serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, psicomotricidade, entre outros. Nas intervenções externas salientam-se as consultas, análises clínicas e imagiologia. A assistência ambulatoria pressupõe consultas externas de psiquiatria, psicologia, fisioterapia, dor, psicogeriatrics, enfermagem e com o técnico de referência. Existem igualmente programas psico-educativos externos para familiares que, apesar de não terem sido realizados no ano 2011, deram lugar ao projecto EDUCA-III (ensaio clínico randomizado de intervenção psicoeducativa) que ocupou parte do tempo reservado para este programa (Clínica Psiquiátrica de S. José, 2011).

Existem diversos e distintos serviços sendo estes o internamento (psiquiatria de curto internamento, psiquiatria de médio internamento, psiquiatria de evolução prolongada,

deficiência mental, psicogeriatrica), consulta externa (psiquiatria, psicologia clínica, terapia familiar comportamental, gerontopsiquiatria), Hospital de Dia Psicogeriátrico, Serviços Técnico-Assistenciais (Serviços Médicos; Serviços de Estomatologia e Higiene Oral; Serviços de Enfermagem; Serviços de Psicologia; Serviço Social; Serviço de Terapia Ocupacional; Serviço de Fisioterapia; Serviço de Psicomotricidade e Actividade Motora Adaptada; Serviço de Pastoral da Saúde; Serviço de Voluntariado; Departamento de Formação e Comissão de Ética), Serviço de Recepção e Acolhimento, Serviços Administrativos, Serviços Sócio-Terapêuticos, Espaços Socioculturais e de Lazer, Serviço de Recursos Humanos e de Apoio Geral (Irmãs Hospitaleiras, s.d).

Especificamente em Portugal, a missão hospitaleira estende-se no âmbito da psiquiatria e saúde mental, sectores da psicogeriatrica, psiquiatria, gerontopsiquiatria, toxicoddependência, psicopedagogia e reabilitação psicossocial (Irmãs Hospitaleiras, s.d).

Salientam-se também os projectos de intervenção que incluem o Programa Integrado de Recuperação Psicossocial (PIRP); Grupos Psicoeducativos para Famílias; Hospital Psicogeriátrico de Dia; Programa Alvorada – Unidade de Vida Protegida; Centro de Actividades Ocupacionais; Actividades de Ateliês e Actividades Pedagógico-Culturais. Tendo em conta a especificidade e relevância destes projectos optámos por descrever sucintamente cada um. O PIRP, colocado em prática numa das alas da Unidade 3, é dirigido a pessoas com problemas de saúde mental com potencial reabilitativo que requerem intervenções terapêuticas e estruturantes em regime de internamento médio ou em ambulatório e de transição para a comunidade. Neste projecto pretende-se o desenvolvimento pessoal e reabilitativo permitindo à pessoa em recuperação tornar-se mais autónoma e capaz de se reinserir na sociedade e na família desempenhando também, de acordo com os objectivos, uma função vocacional e/ou ocupacional reorganizando, assim, o seu projecto de vida. A metodologia seguida neste programa comporta o acompanhamento individual do cliente pelo seu terapeuta de referência, assim como a sua participação em actividades

terapêuticas de grupo. Os Grupos Psicoeducativos para famílias tem como intuito ajudar os familiares de pessoas com problemas de saúde mental a conhecer aspectos importantes relacionados com a doença optando por uma intervenção interactiva onde é permitido colocar questões, partilhar experiências e soluções. Podem participar familiares ou amigos de pessoas com diagnóstico de psicose que tenham feito uma inscrição prévia. O Programa Alvorada – Unidade de Vida Protegida é um projecto de reabilitação psicossocial que colima a reinserção comunitária de utentes de evolução prolongada. Este programa é constituído por duas residências designadas de Unidades de Vida Protegida que estão incorporadas interiormente à Instituição. O objectivo é a inserção comunitária de pessoas diagnosticadas com doença mental de evolução prolongada, sem apoio sociofamiliar e clinicamente normalizadas pretendendo-se o aumento da qualidade de vida, autonomia e funcionalidade e o desenvolvimento das suas competências a fim de trabalhar no sentido da sua desinstitucionalização e consequente reinserção na comunidade. O programa inclui a inclusão de utentes em ambientes de vida e de ocupação e/ou profissão normalizados, incluindo a sua integração num apartamento da comunidade Unidade de Vida Protegida. Neste espaço desenvolvem-se programas de acompanhamento e treino, individual e em grupo, tendo esta unidade lotação para quatro utentes. Para outros projectos de intervenção, a clínica conta com um Centro de Actividades Ocupacionais (pastelaria Bom Bocado, tapeçaria de arraiolos, tecelagem, montagem de peças de fábrica e reciclagem de papel) frequentado pelos utentes habilitados para a execução deste tipo de actividades. Todas as unidades (com a excepção da Unidade 6) têm um horário semanal de participação nas actividades de ateliês como o de expressão plástica e pintura, o de artesanato e o de actividades psicopedagógicas. Estas actividades englobam a existência de uma biblioteca para utentes e do jornal “Passo a Passo”, sendo ambos espaços onde se

proporcionam actividades pedagógico-culturais. Estes serviços socio-terapeúticos procuram aumentar a qualidade de vida dos utentes e potenciar o desenvolvimento de variados *skills* a nível social, motor, afectivo, profissional e ocupacional tendo em vista a futura reinserção na vida activa (Irmãs Hospitaleiras, s.d).

Com o intuito de providenciar os cuidados necessários e abrangentes aos utentes a CPSJ conta com uma equipa multidisciplinar constituída por médicos de clínica geral, médicos psiquiatras, fisiatras, estomatologista, enfermeiros, psicólogos, higienista oral, assistente social, uma assistente espiritual, terapeutas ocupacionais, fisioterapeuta, técnico de psicomotricidade, monitores de reabilitação, animador social, técnico de apoio à pessoa/comunidade, ajudantes de enfermaria e outros profissionais.

Relativamente à hierarquia organizativa da CPSJ, apesar de cada estabelecimento ter autonomia para criar as próprias normas e compor o seu organograma, a presidente do instituto/directora local tem a função de regular o plano anual de administração, gerir a eleição, aprovação ou término de cargos directivos e decidir a realização ou dissolvência de contractos com trabalhadores da clínica (Clínica Psiquiátrica de S. José, 2011).

Tendo em conta a informação até agora mencionada afigura-se pertinente a exploração mais pormenorizada dos serviços de internamento, respectivas unidades terapêuticas e serviços sócio-terapêuticos presentes na CPSJ.

Serviços de Internamento²

Unidades de Internamento

² Informação fornecida pelo orientador de estágio

Abrangidas nos serviços de internamento, a CPSJ tem na sua totalidade 7 unidades de internamento, sendo que os utentes são distribuídos pelas unidades consoante a psicopatologia e autonomia que apresentam.

A Unidade 1 (Santa Teresa) é feminina de psicogeriatrica e acolhe até doze pessoas sem diagnóstico de perturbação mental prévia sendo que, sensivelmente, metade das utentes apresentam um diagnóstico demencial. A Unidade 2 (Santa Isabel) abrange uma população com transtornos psiquiátricos agudos ou crónicos agudizados em modalidade de curto internamento para homens e mulheres. Apresenta 28 camas e tem como intuito principal a recuperação e estabilização dos utentes que dão entrada nesta unidade quando estão em fase de descompensação psiquiátrica. A Unidade 3 (São João de Deus) está dividida em duas alas. Uma delas é residida por uma população cujas perturbações psiquiátricas são de evolução prolongada existindo uma capacidade para dezasseis utentes. A outra ala, também designada de Unidade de Cuidados Integrados (UCI), cuja lotação máxima é de catorze camas, é habitada por utentes em curto e médio internamento com potencial reabilitativo que são acolhidos no âmbito do Programa Integrado de Reabilitação Psicossocial (PIRP). Unidade 4 (Coração de Maria) destina-se ao longo internamento no âmbito psicogeriatrico para o sexo feminino tendo no total 30 camas. A Unidade 5 (S. João de Deus) é uma unidade ocupada por utentes do sexo feminino sendo a lotação máxima de 30 camas apresentando como diagnóstico dominante a esquizofrenia residual e esquizofrenia paranóide. A Unidade 6 (S. Bento Menni) tem capacidade para trinta utentes do sexo feminino com deficiências mentais profundas apresentando limitações das capacidades requerendo acompanhamento específico não existindo, no entanto, serviço de psicologia. A intervenção aqui realizada baseia-se na estimulação sensorial, psicomotricidade e comunicação. Salienta-se para este fim o espaço *Snoezelen* definindo-se como uma repleta de utensílios específicos

que proporcionam estimulação sensorial sendo eles focos de luz coloridos, bolas de cristal, camas de água com vibração, colunas de água com bolhas de ar coloridas, entre outros. Por fim, na Unidade 7 (Sagrado Coração de Jesus) de longo internamento encontra-se uma população com deficiências mentais ligeiras e moderadas sendo todos os utentes do sexo feminino.

Residência Galileia

A Residência Galileia, comumente conhecida como “Residência de Transição” é dedicada a doentes estabilizados mas com risco de institucionalização que tenham, no entanto, doença aguda ou de evolução prolongada sem deteriorações cognitivas significativas com o propósito de recapacitação e inclusão destes utentes.

Papel do Psicólogo na Instituição³

O psicólogo clínico desempenha um papel primordial e indispensável na CPSJ tendo funções diversificadas mantendo em vista o objectivo último de proporcionar uma melhoria da qualidade de vida aos utentes em conjunto com a Comunidade Hospitaleira. Na CPSJ, existem três psicólogos clínicos marcados por orientações teóricas diferentes: Dr. Jaime Grácio seguidor da orientação Cognitivo-Comportamental, Dra. Catarina Janeiro cuja vertente é Sistémica e Dra. Rita Costa representando a orientação Dinâmica. Todos estes psicólogos desempenham um papel relevante na interveniência psicológica preservando as especificidades características de cada orientação, adequando-as às díspares problemáticas de saúde mental.

De modo geral, o psicólogo como elemento de uma equipa multidisciplinar tem diversificadas funções: participa em reuniões de equipa onde dá a sua apreciação relativamente aos casos cooperando para a elaboração de estratégias terapêuticas

³ Informação fornecida pelo orientador de estágio

adequadas; realiza acompanhamentos/consultas de psicologia tanto em regime de internamento como ambulatório; funções de terapeuta de referência; efectua avaliações psicológicas sempre que necessário com o intuito de obter informação adicional e específica relativa a determinado caso. Além disto, coordena actividades de grupo; implementa regulamentos e hábitos; realiza e executa medidas com vista a que os pacientes se adaptem da melhor maneira possível à nova situação de internamento nas suas vidas; promove a autonomia e responsabilização dos utentes pretendendo a sua inclusão no meio social, familiar e profissional. Adicionalmente o psicólogo arquitecta e participa em reuniões mensais de estudo de caso; realiza projectos de investigação; orienta estágios académicos; organiza e participa nas jornadas anuais de psicologia; faz parte da comissão de ética e, por fim, implementa novos projectos sempre que seja verificada essa necessidade com a finalidade de responder às exigências e recentes desafios.

Além das funções gerais desempenhadas pelo psicólogo nesta Instituição é necessário especificá-las consoante a Unidade em que actua. Deste modo, na Unidade de Curto Internamento (Unidade 2) o papel do psicólogo passa por realizar reuniões comunitárias, avaliações psicológicas, grupos psicoterapêuticos e acompanhamento psicológico individual (consultas de psicologia). As reuniões comunitárias, realizadas com os utentes da unidade, têm como objectivos fundamentais o estabelecimento de regras, aferição de conflitos e estratégias de resolução dos mesmos. A avaliação psicológica efectua-se com o intuito de clarificar o diagnóstico quando necessário ou se for solicitada facilitando o reencaminhamento adequado do paciente. Por fim, os grupos terapêuticos pretendem a promoção da adaptação dos utentes ao internamento auxiliando-os emocionalmente.

Na Unidade de Médio Internamento (Unidade 3) o psicólogo tem um papel primordial no Programa Integrado de Recuperação Psicossocial (PIRP) e nos grupos psicoterapêuticos. O PIRP abarca diversas actividades sendo elas: actividades ocupacionais (gestão doméstica, actividades vocacionais, educacionais e ocupacionais); actividades do quotidiano (cuidados pessoais relativos à higiene e mobilidade na comunidade); actividades recreativas e de lazer (jogos, jardinagem, passeios); treino de aptidões sociais; estimulação cognitiva; gestão de conflitos; técnicas de resolução de problemas reflexão e desenvolvimento pessoal; prevenção de recaídas; programa “estilo de recuperação”; promoção da auto-estima; gestão de tempo; intervenção familiar e adesão à medicação. Incluído no PIRP encontra-se o Plano Individual de Reabilitação (PIR) contendo objectivos realizados pelo cliente com a intervenção da equipa do programa de cuidados integrados, de um terapeuta de referência (*Case Manager*) e de um psiquiatra externo ou interno à clínica. A população maioritária deste programa é jovem cujo espectro de diagnóstico abrange a psicose esquizoaffectiva, depressão, perturbações da personalidade; dependência de substâncias (com potencial reabilitativo); esquizofrenia; psicose não especificada; perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação bipolar. De modo conciso, o PIRP pretende criar alicerces de modo a que os utentes alcancem a sua independência e responsabilidade no âmbito ocupacional. Os grupos psicoterapêuticos, por sua vez, constituem uma força complementar do PIRP procurando a reintegração dos indivíduos na vida social, familiar e profissional.

Por último, nas Unidades de Longo Internamento (Unidades, 1,4,5,6,7) o papel do psicólogo divide-se, essencialmente, entre a reabilitação psicossocial e os grupos psicoterapêuticos. A primeira visa a adaptação dos utentes à situação de internamento, enquanto que os grupos procuram a realização de um plano específico individual de

reabilitação criados e geridos individualmente com uma frequência semanal. A intervenção do psicólogo nestes grupos passa pelo acompanhamento psicológico criando uma relação terapeutica assente no apoio afectivo onde seja possível a partilha de sentimentos e pensamentos.

Projecto de Estágio

Como modo de concretização dos objectivos do estágio já mencionados, diversas actividades ao longo dos nove meses decorrentes da sua duração foram realizadas.

A primeira fase com a duração de um mês diz respeito à observação das actividades da UCI (Reunião da Manhã; Actividade – Eu e o Mundo; Treino de Aptidões Sociais e Resolução de Problemas e Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal) (ver Anexo A) bem como de outras reuniões de equipa (Reunião de Equipa – UCI; Reunião Semanal de Equipa, Reunião Familiar e Reunião de Supervisão de Estágio). Este período inicial foi pensado para que, gradualmente entendêssemos o funcionamento geral da Instituição e a filosofia pela qual se rege sendo, assim, possível uma adaptação adequada.

Num segundo momento, correspondente ao segundo mês de estágio, a intervenção passou a ser directa e autónoma em determinadas actividades que nos foram atribuídas. Ficámos, assim, responsáveis pelo Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal (com início em Dezembro até o final do estágio), pela participação no Projecto EDUCA (a partir de Fevereiro até término do estágio), participação nas Reuniões de Supervisão de Estágio (desde o começo até final do estágio), participação em Reuniões Familiares (ocorreram apenas duas, uma no início de Novembro e outra no final de Dezembro), participação nas Reuniões de Equipa – UCI (participámos durante todo o estágio embora de modo intermitente), aula de aprendizagem no Centro Psicogeriátrico Nossa Sra.

de Fátima e sessão com Dr. João Ribeiro ambas relativas ao *Software RehaCom* (Dezembro e Março, respectivamente) e Organização das VII Jornadas de Psicologia (desde Novembro até Fevereiro). Adicionalmente ficámos encarregues do Acompanhamento Psicológico de alguns dos utentes (desde Dezembro até o final do estágio) e de uma Avaliação Psicológica (realizada no mês de Julho).

Para uma compreensão rápida e acessível da nossa intervenção aquando do estágio apresentamos um quadro síntese elucidativo do trabalho desenvolvido.

Quadro 1 – Síntese das actividades realizadas

Lista de Actividades	Mês de Realização	Tipo de Intervenção	Nº de Sessões	Nº de Horas
Reunião da Manhã	Novembro	Indirecta	4	4h
Actividade – Eu e o Mundo	Novembro	Indirecta	4	4h
Reunião de Equipa – UCI	Novembro	Indirecta	7	7h
Reunião Semanal de Equipa	Novembro	Indirecta	1	1h
Treino de Aptidões Sociais e Resolução de Problemas	Novembro	Indirecta	4	4h
<i>RehaCom</i>	Dezembro e Março	Indirecta	—	3h
Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal	Novembro a Julho	Indirecta/ Directa	38	40h
Reuniões Familiares	Novembro e Dezembro	Directa	2	2h
Organização das VII Jornadas de Psicologia	Novembro a Fevereiro	Directa	5	7h
Projecto EDUCA	Fevereiro a Julho	Directa	5	15h
Avaliação Psicológica de R.	Julho	Directa	3	3h
Reunião de Supervisão de Estágio	Novembro a Julho	Directa	38	45h
Acompanhamentos Psicológicos	Dezembro a Julho	Directa	73	75h

(7 casos)				
Adaptação e Tradução de	Fevereiro a Março	Directa	_____	12h
Instrumentos e Sessões				
Constituintes do Manual para o				
Grupo Psicoeducativo				
constituintes do Projecto EDUCA				
Preparação das Sessões para	Dezembro a Julho	Directa	_____	38h
Grupo Psicoeducativo e de				
Desenvolvimento Pessoal				

PARTE II
ENQUADRAMENTO TEÓRICO
E
REVISÃO DE LITERATURA

Diferentes Psicopatologias no Local de Estágio

No local de estágio as problemáticas predominantes abrangem as Perturbações de Humor; Perturbações da Personalidade; Demência; Atraso Mental; Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas (Clínica Psiquiátrica de S. José, 2011).

Tendo em conta que abordar todas estas psicopatologias seria desadequadamente extenso, foram apenas seleccionadas as mais relevantes mediante o nosso contacto com as mesmas durante a realização do estágio. Deste modo, abordaremos o conceito de psicose, dado que é transversal a grande parte das perturbações presentes na CPSJ aprofundando, posteriormente, as Perturbações do Humor e Perturbações da Personalidade. Começaremos, todavia, com uma breve análise epistémica relativa à patologia mental e das instituições psiquiátricas.

Diferentes Concepções de Loucura

O surgimento das perturbações mentais data milénios antes do aparecimento de profissionais de saúde mental salientando-se, neste sentido, um dos mais antigos documentos médicos (o Papiro de Eber) escrito, sensivelmente, em 1900 a.C. que aludia a doenças mentais como a depressão. Uma das teorias mais antigas postulava que a pessoa perturbada se encontrava possuída por espíritos malignos seguindo-se, coerentemente, a sua cura mediante a expulsão dos demónios. Tendo isto em vista optavam-se por tratamentos onde se recorria ao uso da música, orações, purgação, banhos, tortura, entre outros. Posteriormente, na Idade Média, subsistia uma concepção alternativa que adjudicava tais situações a causas naturais considerando-as uma espécie de doença. Os doentes eram, assim, percepcionados como “loucos”, tratados hostil e barbaramente sendo isolados do resto da humanidade onde vigorava a ideia de que se tratavam de uma ameaça. Por esta razão eram segregados em hospitais que foram despontando por toda a Europa. Porém, a verdadeira função destes hospitais era confinar e marginalizar todos os indivíduos socialmente indesejáveis do resto da humanidade. Os “loucos” eram vistos como animais perigosos que deviam ser enjaulados transformando estes

locais em jardins zoológicos onde quem pretendesse visitar poderia fazê-lo mediante pagamento (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007).

Diversos reformadores sucederam-se gradualmente na supressão das piores destas práticas sendo o mérito principal concedido por historiadores ao médico francês Philippe Pinel que quis remover as correntes onde eram amarrados os doentes mentais. Pinel e outros reformadores acreditavam que a “loucura” era uma doença e que como tal os hospitalizados deveriam deixar de ser tratados como animais para passarem a ser percebidos como doentes que careciam de tratamento. Surge então a concepção de perturbação mental como doença implicativa de uma causa orgânica ou física. Estas premissas delimitavam a hipótese somatogénica sendo que, em finais do século dezanove, tornou-se claro que esta não era extensível a todo o espectro das perturbações mentais devido à impossibilidade de nela enquadrar determinadas perturbações (como a histeria) começando, então, a serem vistas como perturbações psicogénicas, isto é, de origem psicológica e não orgânica. Isto é, existiam perturbações que não se conformavam às explicações meramente somatogénicas (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007).

Actualmente parece, portanto, existir um agrupado de conjunturas passíveis de serem categorizadas como perturbações mentais, ou seja, desvios do funcionamento psicológico padrão. Designam-se por doenças mentais porque os seus sintomas principais são psicológicos. A definição mais comumente aceite foi proposta pela Associação Americana de Psiquiatria no seu manual das perturbações mentais (DSM-IV) asseverando que cada uma das perturbações mentais é conceptualizada como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente considerável que se manifesta numa pessoa e que está articulado com mal-estar actual ou ineptidão ou ainda um aumento significativo do risco de se verificar morte, dor, enfraquecimento ou uma perda marcante (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007).

Segundo Silva (2008) e, adoptando uma análise filosófica, é precisamente a definição de perturbação mental que acarreta uma enorme responsabilidade pois é relevante no que toca às propostas de tratamento psicológico dado que este parte do que se entende por uma determinada doença. O diagnóstico por si só não responde à questão do que é uma patologia, ele somente

institui, a partir de critérios autenticados, a inclusão de determinadas manifestações em tipologias com o intuito de orientar um procedimento. O que importa num diagnóstico é a validade dos critérios que levam ao mesmo (Silva, 2008).

Ao percorrer a história da psiquiatria é perceptível a dificuldade na determinação da doença mental e do respectivo tratamento mais apropriado. Destacamos Michel Foucault (2005, citado por Silva, 2008) ao teorizar que a concepção de loucura muda em concordância com as alterações ocorridas na sociedade que legitima esse conceito. Ou seja, a legitimação de uma intervenção em saúde mental depende do conjunto de valores que proeminam na sociedade naquele momento. Se uma definição de loucura é situada no tempo e no espaço, como garantir que os critérios adoptados para gerar essa definição são superiores a outros quaisquer? A psiquiatria e a psicologia tentam instituir uma garantia para os critérios adoptados produzindo um discurso que os alicerça sendo que o tratamento dependerá dos critérios empregados na construção desses conceitos. O estabelecimento de tais critérios é fundamentalmente valorativo dado que a sua aplicabilidade e prolongação dependem da legitimação social ou, segundo Michel Foucault, do poder atribuído ao discurso que os constroem.

Especificamente no âmbito da doença mental, esta está intimamente relacionada com um conjunto de valores sociais que a sentencia e restringe. Traçar a história da doença mental é traçar de determinado modo a história dos valores que a delimitaram. Para Foucault (2005, citado por Silva, 2008), as concepções de loucura vão-se alterando de acordo com as mudanças ocorridas nos critérios de racionalidade que a determinam. É assim que a loucura deixa de ser concebida como possessão demoníaca e passa a ser entendida como objecto das ciências de que se ocuparão a medicina e a psicologia. A psicologia só é executável quando uma nova disposição da loucura é realizada, não só considerando-a como doença mas como doença mental. No entanto, para Foucault (2001, 2005, citado por Silva, 2008) a prática da saúde mental constrói-se sob o ideal da normalização sendo esta normalização, como foi mencionado, a Instituição de um valor. As terapias do âmbito mental surgem como aposta na hipótese de tratamento dos desvios que se manifestam na doença mental. Ou seja, o campo das doenças

mentais apresenta dois problemas diagnósticos: primeiro é preciso diferenciar o doente do saudável e, após isso, concretizar um diagnóstico diferencial. Julgar a existência da doença mental é um método fundamentalmente valorativo, pois parte da indicação de um nível de normalidade de forma que não parece haver outra saída para a saúde mental senão a imposição do poder da norma que representa. Foucault (2000, citado por Silva, 2008) define a psicologia como uma aposta num tratamento possível de desvios morais que se exteriorizam na loucura. Quase ironicamente, a psicologia insere-se num raciocínio circular com seu objecto – a loucura – ao mesmo tempo criando-a e visando a sua extinção (Silva, 2008).

A filosofia ocidental aponta na direcção da possibilidade/obrigação em alcançar um bem apto a originar a felicidade pretendida por todos. A psicologia só se torna exequível como modelo desse ideal, como tentativa de orientar a alma humana ao bem (Julien, 1996, citado por Silva, 2008). Para propor uma cura, tal como faz a psicoterapia, é preciso estar orientado por um bem, por um ideal que responda o que é a saúde (Silva, 2008).

Psicose

No que concerne ao conceito psicose este foi utilizado pela primeira vez em 1845 por um psicólogo alemão (Lopes, 2001). Segundo Stahl (2000), psicose é uma síndrome que abrange um conjunto de sintomas que podem estar associados com diferentes transtornos psiquiátricos mas não tem uma patologia específica associada nos manuais DSM-IV ou ICD-10. De modo geral está implícito um quadro sintomatológico onde se encontram delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado e distorções graves da realidade. Ficam comprometidas a capacidade mental, resposta afectiva, capacidade de reconhecer a realidade, comunicação e a relação com outros.

Existem transtornos psicóticos que têm sintomas psicóticos como integrantes nas suas características, todavia, existem outros transtornos em que os sintomas psicóticos podem estar presentes não sendo no entanto necessários para o diagnóstico. No primeiro grupo encontram-se a esquizofrenia, o transtorno psicótico induzido por substâncias (como drogas), a perturbação

esquizofreniforme, perturbação esquizoafectiva, perturbação delirante, perturbação psicótica breve, perturbação psicótica partilhada e perturbação psicótica devido a uma condição médica. Na segunda categoria estão compreendidas a mania, depressão e perturbações cognitivas graves como o Alzheimer (Jefferies, 2005). Segundo o DSM-IV-TR (2000), por esquizofrenia entende-se um conjunto de sintomas como ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado e comportamento desorganizado ou catatónico com a duração de, pelo menos, seis meses, existindo, no mínimo, 1 mês de sintomas activos. A Esquizofrenia tem como subtipos a paranóide, desorganizada, catatónica, indiferenciada e residual. A Perturbação Esquizofreniforme é em tudo semelhante à esquizofrenia, excepto na sua duração e na ausência de declínio do funcionamento. A Perturbação Esquizoafectiva pressupõe a existência de um episódio de perturbação do humor simultaneamente com sintomas da fase activa da Esquizofrenia sendo precedidos ou seguidos por ideias delirantes ou alucinações. A Perturbação Delirante caracteriza-se por ideias delirantes não bizarras sem mais sintomas pertencentes à fase activa da Esquizofrenia. A Perturbação Psicótica Breve tem duração de pelo menos um dia e menos de um mês implicando a existência súbita de pelo menos um destes sintomas: ideias delirantes, alucinações e discurso ou comportamento desorganizado. A Perturbação Psicótica Induzida define-se como a existência de uma ideia delirante que se desenvolve num sujeito influenciado por outro que possui uma ideia delirante de conteúdo semelhante mais antiga.

A psicose em si pode ser paranóide (crenças delirantes, sentimentos de hostilidade, irritabilidade, entre outros), desorganizada-excitada (desorganização conceptual, desorientação) ou depressiva (inclui retardação, apatia, autopunição ansiosa e culpa) (Jefferies, 2005). Além disso, encontra-se a psicose orgânica podendo ser aguda ou crónica afectando os processos mentais sendo eles os processos de cognição, de humor e de comportamento (Cramond, 1968). Este tipo de psicose pressupõe uma perda de contacto com a realidade advinda de condições médicas que afectam a função do cérebro. Frequentemente estes défices representam lesões estruturais ou deterioração do tecido do cérebro. As alterações podem ou não ser reversíveis, no

entanto o prognóstico da psicose orgânica depende do tipo de doença cerebral ou lesão envolvida (Collins & Culbertson, 2003).

Enquanto se reconhece que existem determinadas condições da mente (tais como as psicoses) que requerem intervenções químicas devido ao desequilíbrio químico ou deficiências orgânicas, não devemos distrair-nos da possibilidade de existirem factores ambientais e experiências que tiveram uma forte contribuição no estado mental e emocional da pessoa. Frequentemente verifica-se que a sintomatologia é apenas a ponta do *iceberg* sendo sustentado por outras razões. Essencialmente por este motivo, a relação terapêutica é fundamental (Jefferies, 2005).

Rogers e Stevens (citado por Jefferies, 2005) em 1973 abordam o conceito de psicose afirmando que não se trata de uma doença mas sim um comportamento aprendido, exagerado até um ponto irreversível na medida em que o controlo é perdido e o comportamento desproporcionado “ganha vida própria” temporariamente. Uma vez que este exagero é tão avassalador indo além da nossa capacidade de assimilar, parece que se está a lidar com algo que os autores classificam como paranóia. À medida que o comportamento psicótico se torna mais comum, é visto como uma forma de desajustamento. Previamente ao estado psicótico existe um pré-estado denominado por situação psicótica que pode ou não evoluir. Os autores descrevem esta situação através de uma metáfora transmitindo a ideia de que o estado psicótico surge a partir de determinadas circunstâncias originando o ponto de ruptura, sendo a partir deste que se inicia o estado psicótico. É importante que este estado seja prevenido e para que isso aconteça é necessário antes prevenir a situação psicótica pois a sua reversão constitui um processo complexo. A pessoa psicótica é alguém que se encontra extremamente sensível ao seu mundo interior e às relações interpessoais tendo perdido o contacto real com o os outros e com a sua vivência (Stevens, 1976, citado por Moreira, 2007).

Segundo Lemos e Junior (2009), partindo de uma perspectiva Centrada na Pessoa, o portador de transtorno mental deve ser o centro do tratamento dando ênfase não à doença mas ao indivíduo e ao seu potencial como organismo. O sujeito encontra-se num estado de

incongruência básica entre o pensar e o dizer, entre o querer e o fazer, entre o ser e o expressar-se. Esta incongruência interfere no funcionamento natural orgânico impedindo a condição de saúde. Sendo que saúde psicológica é aqui descrita como flexibilidade em antítese à rigidez da fixação numa data postura patológica repetitiva e paralisada. A patologia pode ser assim entendida como uma estratégia do organismo assinalando a necessidade de mudança procurando a actualizar-se.

Relativamente às psicoterapias para as psicoses, existem evidências da sua eficácia sendo que, diversos autores salientam os métodos cognitivo-comportamentais e as abordagens integracionistas como as mais frequentes (Margison & Mace, 1997, citado por Gleeson et al, 2008).

Perturbações do Humor

As Perturbações do Humor são complexas desordens genéticas cuja característica principal é um distúrbio patológico a nível do humor podendo variar entre a elevação extrema (ou mania) e a depressão severa incluindo outros distúrbios a nível do pensamento e comportamento que podem abranger sintomas psicóticos como alucinações e delírios (Craddock & Forty, 2006). A depressão e a mania são, assim, vistas como polos opostos do espectro afectivo. A depressão é uma emoção universalmente experienciada por, aproximadamente, todas as pessoas em determinadas alturas da vida (Stahl, 2000). A palavra depressão é aplicada na descrição de um sintoma como também de uma doença (Kiloh, 1968). De modo geral, o termo depressão “unipolar” é usado para descrever a situação em que os pacientes experienciam o polo depressivo, enquanto que na perturbação bipolar os pacientes vivenciam em momentos diferentes ambos os polos, sendo o polo maníaco o polo elevado e o polo depressivo, o mais baixo. Embora a depressão e mania possam ocorrer simultaneamente (estado misto de humor), a mania pode também ocorrer em menos graus, classificando-se como hipomania, ou pode variar tão rapidamente entre mania e depressão denominando-se ciclo rápido (Stahl, 2000). O DSM-IV-TR partindo desta distinção subclassifica a Perturbação Bipolar em Perturbação Bipolar I e

Perturbação Bipolar II. Na primeira ocorrem episódios de mania enquanto na segunda estão presentes episódios de mania mais suaves (hipomania).

Deste modo, o termo Perturbações do Humor inclui uma vasta panóplia de condições que vão desde suaves e comuns alterações de humor até os episódios psicóticos mais severos. A coocorrência de outras síndromes clínicas (como a ansiedade ou abuso de substâncias) é comum (Craddock & Forty, 2006).

Inseridas no grupo de Perturbações do Humor encontram-se as Perturbações Depressivas – “depressão unipolar” (Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica e Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação) e as Perturbações Bipolares (do tipo I, II, Perturbação Ciclotímica e Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação). A Perturbação Depressiva *Major* caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos *Major* que apresentam como critérios de diagnóstico principais o 1) humor depressivo; 2) diminuição do interesse ou prazer em actividades; 3) perda de peso; 4) insónia ou hipersónia; 5) agitação ou lentificação psicomotora; 6) fadiga ou perda de energia; 7) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; 8) diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão e 9) pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio. De modo geral, todos estes critérios apresentam uma frequência de ocorrência relativa a todos ou quase todos os dias. Na Perturbação Distímica estão presentes, pelo menos, dois anos de humor depressivo durante mais de metade dos dias acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preencham os critérios para Episódio Depressivo Major. Para o seu diagnóstico é necessário existirem dois ou mais dos seguintes sintomas: 1) apetite diminuído ou aumentado; 2) insónia ou hipersónia; 3) fadiga ou pouca energia; 4) baixa auto-estima; 5) dificuldades de concentração ou em tomar decisões e 6) sentimentos de falta de esperança. Na Perturbação Bipolar I ocorrem um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos acompanhados por Episódios Depressivos *Major*. O Episódio Maníaco caracteriza-se por um período distinto de humor com a duração de, pelo menos, uma semana estando presentes três, ou mais, dos seguintes sintomas: 1) auto-estima aumentada; 2) diminuição das necessidades de dormir; 3) mais falador do que o

habitual; 4) fuga de ideias ou experiência subjectiva de aceleração do pensamento; 5) distractibilidade; 6) aumento da actividade dirigida para determinados objectos ou agitação psicomotora e 7) envolvimento excessivo em determinadas actividades agradáveis que potencialmente podem ter consequências desagradáveis. No Episódio Misto são preenchidos os critérios para Episódio Maníaco e para Episódio Depressivo *Major* quase todos os dias durante, pelo menos, uma semana. A Perturbação Bipolar II caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos *Major* acompanhados, pelo menos, por um Episódio Hipomaníaco. O Episódio Hipomaníaco caracteriza-se por um período distinto de humor elevado com a duração de, pelo menos, 4 dias sendo que três ou mais dos seguintes sintomas equivalentes aos presentes no Episódio Maníaco têm que estar presentes. A Perturbação Ciclotímica caracteriza-se por, pelo menos, 2 anos com períodos de sintomas hipomaníacos que não preencham os critérios para Episódio Maníaco e numerosos períodos de sintomas depressivos que não preencham os critérios para Episódio Depressivo *Major*. Adicionalmente, o DSM-IV-TR, compreende um conjunto de especificadores que podem ser usados para ampliar a especificidade do diagnóstico, criar subgrupos mais homogêneos, ajudar na escolha do tratamento e melhorar a previsão do prognóstico. Destacam-se os especificadores de intensidade/psicótico/remissão; de características catatónicas, melancólicas e atípicas; especificador com início no período pós-parto; especificadores para descrever a evolução de episódios recorrentes; especificadores longitudinais da evolução e de padrão sazonal (APA, 2000).

Tendo em conta o uso geral do DSM-IV-TR por parte dos clínicos, muitos autores reconhecem as suas limitações associadas à predominância de uma abordagem categórica em especial relativamente às Perturbações do Humor (Brown & Barlow, 2009). Em oposição a esta classificação categórica presente no DSM-IV-TR, diversos autores discutem a sua eficácia comparativamente a uma classificação unitária tendo em vista o espectro de humor e o seu carácter contínuo. Salienta-se, neste sentido, a perspectiva de Emil Kraepelin postulando que a mania, hipomania, depressão, estados mistos e temperamentos de humor são variantes da mesma perturbação. A lógica desta afirmação vai no sentido em que se os sintomas opostos da

polaridade podem estar presentes no mesmo episódio, os estados maníacos/hipomaníacos e depressivos não podem constituir perturbações distintas. O ponto de vista de Kraepelin aponta para que as Perturbações do Humor graves e menos graves existam sem fronteiras definidas tendo uma origem comum com transições que supõem uma graduação entre as formas individuais. Subsiste, portanto, a ideia de continuidade ou de espectro das Perturbações do Humor baseada na abordagem dimensional oposta à categórica presente no DSM-IV-TR. A ideia de espectro relativa às Perturbações do Humor remete para a visão não seccionada da depressão em categorias independentes como refere o DSM-IV-TR. Em vez disso, diferentes tipos de depressão situam-se num contínuo que não inclui limites definidos entre as categorias seguindo uma abordagem dimensional. Esta abordagem descreve a depressão graduando a sua gravidade e respectivas características associadas. Ainda nesta vertente, outro autor que importa salientar, Cassano et al. (2004, citado por Benazzi, 2006), descreve o espectro de humor no qual os sintomas depressivos e maníacos/hipomaníacos podem misturar-se em várias combinações. Agilizando esta perspectiva com a actualmente presente no DSM-IV-TR, é possível afirmar que, embora seja útil na prática clínica o uso da abordagem segundo categorias numa primeira etapa (diagnóstico), é igualmente importante a consciência de que as depressões “unipolares” e bipolares apresentam um curso flutuante contendo episódios mistos de depressão e sintomas maníacos/hipomaníacos (Benazzi, 2006).

Ainda relacionado com o diagnóstico, é sabido que as Perturbações do Humor são, frequentemente, alvo de erros de diagnóstico. A maioria das Perturbações do Humor recebem intervenção, numa primeira fase, por clínicos não psiquiatras mas sim de clínica geral, sendo que apenas uma minoria dos pacientes contacta com serviços psiquiátricos (Wancata, et. al, 2001, citado por Wancata & Friedrich, 2011). O que significa que grande parte do trabalho de reconhecimento e diagnóstico é realizado por clínicos não psiquiatras sendo que, consequentemente, a maioria das patologias do foro psíquico não são diagnosticadas (Moffic & Payke, 1975, citado por Wancata & Friedrich, 2011). Por um lado, os estudos indicam que metade dos casos de depressão não são reconhecidos como tal (Wancata et al. 2000, citado por

Wancata & Friedrich, 2011), por outro uma pequena percentagem de pacientes sem qualquer psicopatologia são diagnosticados com depressão. Esta última situação acontece pois os estudos verificam que o termo “depressão” é amplamente usado de modo inapropriado por clínicos não psiquiatras sendo atribuído, por exemplo, em casos de *burnout*, *stress*, conflitos na família ou tensão no meio laboral (Kohlbauer et al. 2010, citado por Wancata & Friedrich, 2011). Uma das razões possivelmente justificativas da dificuldade de diagnóstico pode ser o facto de que os sintomas somáticos “escondem” a psicopatologia. Ou seja, muitos indivíduos que sofrem de depressão, por exemplo, tendem a expor apenas sintomas somáticos só manifestando as queixas depressivas quando convenientemente inquiridos. Chama-se a isto “depressão mascarada”. A realidade é que a estimativa da proporção entre os casos de morbilidade escondida e os casos de morbilidade evidente é bastante elevada, o que significa que o clínico geral “falha” o diagnóstico de depressão 50% dos casos (Gonçalves & Fagulha, 2004). Adicionalmente, o sistema de saúde actual visando diminuir o tempo de espera dos pacientes acaba por comprometer o diagnóstico e posterior intervenção. São, consequentemente, realizadas assunções com base em meras probabilidades (Tait, 2011).

A Perturbação Bipolar II é, não raras as vezes, não diagnosticada devido à sua complexidade e, talvez também, à ausência de reconhecimento por parte do cliente da presença de episódios hipomaníacos num estado depressivo. No entanto, trata-se de um erro cujas consequências são graves nomeadamente no que diz respeito à medicação o que pode significar um aumento do risco da tendência suicida (Vyas, 2011).

O problema da relação entre doença orgânica e as Perturbações do Humor, em especial a depressão, é complexo. A sintomatologia orgânica pode mascarar uma depressão, sendo o inverso também verdadeiro. Além disso, a depressão e doença somática podem coexistir sem que se possa definir claramente a existência e o sentido de uma eventual relação de dependência causal (Gonçalves & Fagulha, 2004). É, portanto, possível evidenciar a complexidade das Perturbações do Humor. Complexidade essa reflectida também nas suas causas, ou seja, existem diversos factores que contribuem para a sua ocorrência tais como a influência genética;

exposição a um ambiente familiar conturbado; abuso sexual na infância; perda prematura dos pais; traços de personalidade predisponentes; aparecimento precoce de ansiedade ou comportamentos desviantes; esquemas disfuncionais relativamente à ideia de self; exposição a eventos traumáticos ou grandes adversidades; apoio social baixo; uso indevido de substâncias; dificuldades maritais; historial de Perturbação Depressiva *Major* e eventos de vida recentes e stressantes (Kendler, Gardner & Prescott, 2002).

Apesar de algumas destas informações não estarem directamente implicadas no trabalho do psicólogo, vários artigos/estudos recentes referem estas problemáticas sendo útil, de acordo com o nosso ponto de vista, a consciencialização destes factos tendo como objectivo final a compreensão aprofundada da pessoa e uma consequente intervenção eficaz e melhorada.

Perturbações da Personalidade

O conceito de personalidade remonta à Antiguidade tendo origem na palavra latina *persona* que designava a máscara de teatro que um actor usava para exprimir diferentes emoções e atitudes. Personalidade é, assim, dotada de diversas definições sendo uma das mais relevantes a mencionada por Cattell (1950, citado por Hansenne, 2003) descrevendo-a como aquilo que possibilita uma predição do que uma pessoa, numa dada situação vai fazer. As Perturbações da Personalidade são assim entendidas como um *continuum* entre o normal e o patológico (Cloninger, 1986, citado por Hansenne, 2003) representando os extremos dos traços da personalidade normal (Hansenne, 2003).

As Perturbações da Personalidade podem ser, segundo algumas perspectivas, distinguidas da doença mental devido à sua natureza potencialmente duradora fazendo parte do curso da vida do indivíduo e pela suposição de que representam extremos da variação normal em detrimento de um processo mórbido (Kendell, 2002). Estas perturbações envolvem o desacorde da afectividade e da excitabilidade com inclusão deficitária dos impulsos, das atitudes e dos comportamentos manifestando-se no relacionamento interpessoal. Ou seja, as Perturbações da Personalidade traduzem-se em atritos pertinentes no relacionamento interpessoal, que ocorrem

em consequência da desarmonia da organização e da integração da vida afectivo-emocional (Morana *et al*, 2006). Independentemente destas assunções existe consenso no que concerne à importância que as Perturbações da Personalidade têm para os clínicos uma vez que os indivíduos com esta psicopatologia apresentam um risco elevado de outras perturbações incluindo Perturbações do Humor e Ansiedade, suicídio, para-suicídio, uso indevido e dependência de álcool ou outras drogas. A presença de uma Perturbação da Personalidade complica também o processo tratamento uma vez que estes indivíduos não formam ligações estáveis facilmente com os seus terapeutas e apresentam dificuldades na toma da medicação prescrita de modo regular. Também em *setting* de grupo estes pacientes podem ter um efeito negativo no tratamento de outros pacientes. Com ou sem tratamento, o prognóstico da grande parte das perturbações mentais é agravada com a coexistência de uma Perturbação da Personalidade (Kendell, 2002).

Deste modo, a Perturbação da Personalidade é conceptualizada pelo DSM-IV-TR como um padrão firme de experiência interna e comportamento que se distancia significativamente do expectável para o indivíduo numa dada cultura. É global e rígida tendo começo na adolescência ou no início da idade adulta sendo estável ao longo do tempo originando sofrimento ou inabilidade. Além disso, as Perturbações da Personalidade são constituídas por síndromes clínicas qualitativamente diferenciados (APA, 2000), na medida em que são distintos entre si e em relação à personalidade normal (Samuel & Widiger, 2008). Como resultado, os pacientes tendem a exibir um repertório severamente limitado de respostas estereotipadas em contextos sociais e pessoais diversos. Estes padrões são usualmente evidentes durante a infância tardia e a adolescência, todavia o requisito para estabelecer a sua estabilidade e persistência restringe a utilização do termo “perturbação” para adultos (Marlowe & Sugarman, 1997).

No que diz respeito à origem desta perturbação, a responsabilidade não pertence aos genes tendo estes apenas influência na predisposição. Consequentemente é fundamental considerar o ambiente em que vive o indivíduo e a sua interacção com o mesmo. Conforme a interacção ambiental, o mesmo sujeito apresentando um gene decisivo pode não vir a manifestar a

perturbação mental conjecturável ou a expressá-la num amplo espectro de configurações clínicas. Verifica-se, portanto, uma concomitância de factores sendo estes de ordem genética, biológica e ambiental (Morana et al, 2006).

Posto isto, existem na totalidade dez tipos de Perturbações da Personalidade que podem ser agrupadas em três conjuntos segundo as suas semelhanças: o Grupo A (onde se incluem as Perturbações Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica da Personalidade), o Grupo B (abrangendo as Perturbações Anti-Social, Estado-Limite, Histrionica e Narcísica da Personalidade) e o Grupo C (contendo as Perturbações Dependente, Evitante e Obsessivo-Compulsiva da Personalidade). A Perturbação Paranóide da Personalidade refere-se a um padrão de desconfiança e suspeição interpretando as motivações alheias como malévolas. A Perturbação Esquizóide da Personalidade representa um padrão de alienação da vida social e uma limitação da expressividade emocional. A Perturbação Esquizotípica da Personalidade diz respeito a um padrão de desconforto agudo no relacionamento próximo, distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico. A Perturbação Anti-Social apresenta um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros. A Perturbação Estado-Limite da Personalidade é um padrão de labilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem, afectos e impulsividade marcada. A Perturbação Histrionica da Personalidade apresenta um padrão de desmesurada emocionalidade e apelatividade. A Perturbação Narcísica da Personalidade é um padrão de grandeza, necessidade de adoração e ausência de empatia. A Perturbação Evitante da Personalidade define-se como um padrão de constrangimento social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa. A Perturbação Dependente da Personalidade é um padrão de comportamento submisso e viscoso articulado a uma exagerada necessidade de cuidados dos outros. Por último, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade refere-se a um padrão de preocupação com a ordem, perfeccionismo e controlo (APA, 2000).

O diagnóstico das Perturbações de Personalidade é de difícil reconhecimento verificando-se uma divergência entre a valorização maior de entrevistas livres ou aplicação de testes

padronizados por parte dos clínicos. Para o diagnóstico destas perturbações é indispensável uma minuciosa avaliação semiológica tomando contacto com a história de vida do indivíduo averiguando a existência ou não de um padrão anormal de comportamento. Frequentemente, os processos psíquicos, apesar da sua incalculável relevância, podem confundir o profissional na categorização das Perturbações da Personalidade. Acontece que, para além destas questões ainda não existe um instrumento confiável para o diagnóstico da Perturbação da Personalidade.

Os apanágios relacionados com as Perturbações da Personalidade manifestam-se em conjunturas específicas quando as situações vivenciadas pelo sujeito assumem um significado tal que despertam reacções peculiares que, por sua vez, expressam os processos psíquicos. (Morana et al, 2006).

Psicologia e Métodos de Intervenção

Ao longo do estágio cruzámo-nos com diferentes orientações teóricas presentes não apenas nos profissionais psicólogos como nos colegas estagiários. O contacto com as diferentes escolas revela-se, por um lado, enriquecedor mas por outro faz emergir a necessidade de uma revisão teórica fundamental à integração na CPSJ. Tendo em conta esta finalidade abordamos, seguidamente, a definição de psicologia clínica de modo abrangente especificando depois cada abordagem teórica e explorando a questão da eficácia da psicoterapia.

Posteriormente e, tendo como alicerces esta informação, segue-se a exposição dos métodos de intervenção grupais e individuais que foram concretizados ao longo do estágio com os utentes em regime de internamento. Os primeiros dizem respeito ao Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal, sendo os segundos referentes ao acompanhamento psicológico nomeadamente a psicoterapia de apoio e a psicoterapia breve/ psicoterapia de tempo limitado⁴.

A Psicologia Clínica e a Intervenção do Psicólogo

⁴ A prática da psicoterapia, em específico da psicoterapia breve, exige uma formação específica em psicoterapia de modo que as informações aqui apresentadas foram colocadas em prática no estágio tendo em conta a finalidade de acompanhamento psicológico para o qual temos formação para exercer sendo também assim denominado no local de estágio.

A divisão de Psicologia Clínica da *American Psychological Association* (APA), em 1935, declarava que a Psicologia Clínica tem como desígnio elucidar as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição, análise e observação e, integrando esses resultados com os provenientes dos exames físicos e história social, fornecer recomendações tendo em vista o adequado ajustamento do indivíduo (MacKay, 1975, citado por Ribeiro & Leal, 1996). Diversas definições de psicologia se seguiram, onde se salienta a de Garfield em 1965 (citado por Ribeiro & Leal, 1996) afirmando que Psicologia Clínica é o ramo da Psicologia que se interessa pelos problemas de ajustamento e de alteração da personalidade. Verifica-se assim uma primeira definição de Psicologia Clínica que perdura até aos anos setenta estando nela o foco apontado a nível da análise, observação e medição dos comportamentos dos indivíduos tendo como objectivo o seu ajustamento. Este ajustamento advém das próprias condições de emergência da Psicologia Clínica nomeadamente a do trabalho com deficientes (Ribeiro & Leal, 1996).

A criação da expressão “Psicologia Clínica” é atribuída a Lightner Witmer. Em 1896, Witmer apresentou um novo método de investigação apelidado como “*the clinical method in psychology and the diagnostic method of teaching*” (Garfield, 1965, citado por Ribeiro & Leal, 1996). A expressão “clínico” emprega reforça a função prática do psicólogo e o seu papel numa função social útil. Etimologicamente, o termo “clínico” tem origem no latim *clinicus*, vindo do grego *klinikos* e que significa «o que visita o doente na cama» que, por sua vez, tem origem na palavra *klinein* que significa «estar deitado» (Ribeiro & Leal, 1996).

A psicologia clínica centra-se, assim, na avaliação do tratamento, na compreensão dos problemas psicológicos e individuais e no modo como a psique humana interage com os aspectos físicos, emocionais e sociais (Plante, 2005). De acordo com a APA (2000, citado por Plante, 2005), a Psicologia Clínica pretende empregar os princípios da psicologia para melhor entender e prever os aspectos intelectuais, emocionais, biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais do funcionamento humano, representando também o aspecto da ciência psicológica e da sua prática que diz respeito à análise, tratamento e prevenção das incapacidades

psicológicas humanas e o reforço da adaptação pessoal (Rodnick, 1985, citado por Plante, 2005). A psicologia clínica emprega o que é sabido sobre os princípios do comportamento humano para ajudar os indivíduos com inúmeros problemas e preocupações experienciadas durante o curso da vida. Tendo essa finalidade em vista, a Psicologia Clínica procura abordar e compreender os problemas humanos a nível do comportamento, emoções, pensamento, relacionamentos e saúde. Contudo, a Psicologia Clínica consegue ser simultaneamente ciência e arte. As descobertas resultantes de investigações científicas podem ser aplicadas às necessidades especiais do indivíduo, mas o que pode ser positivo para uma pessoa pode não ser para outra mesmo quando ambas experienciam o mesmo diagnóstico ou problema. Assim, a ciência da Psicologia Clínica informa a arte enquanto a arte informa a ciência (Plante, 2005).

Com o intuito de encontrar o seu estatuto epistemológico que a compromettesse como ciência e a alicerçasse teoricamente, a Psicologia Clínica recorre à concretização de dois conceitos centrais: o Método Clínico e o Raciocínio Clínico. O Método Clínico tem como objectivo a recolha de dados concretos a respeito de todas as doenças que afectam os seres humanos. Este método marca o seu início com dados de observação que assinalam uma série de hipóteses. Estas são depois examinadas à luz de novas observações, algumas concretizadas na clínica e outras no laboratório. Com base nisto, chega-se a uma conclusão que, em ciência, denomina-se teoria e em medicina, diagnóstico operacional (Isselbacher, 1980, citado por Ribeiro & Leal, 1996). Segundo Schraml (1973, citado por Ribeiro & Leal, 1996) o termo Método Clínico abrange todos os procederes de observação directa minuciosa, quer na entrevista, quer nas situações experimentais. Goldman (1991, citado por Ribeiro & Leal, 1996) esclarece que o Raciocínio Clínico baseia-se em aspectos tais como a experiência, a aprendizagem, o raciocínio indutivo, dedutivo e interpretação da evidência. Seguindo o fluxograma das diversas fases do Raciocínio Clínico, o primeiro passo consiste na investigação das queixas através da análise da história e da observação, num segundo momento os dados são recolhidos a partir de técnicas de diagnóstico apropriadas no que toca à utilidade, validade e fidelidade. Em terceiro lugar são integrados os dados recolhidos nas duas fases anteriores de

modo a conhecer adequadamente o estado do cliente ou do doente. Em quarto lugar são estimados os custos e benefícios da necessidade de realizar mais testes ou de iniciar o processo de ajuda. Finalmente as várias opções são debatidas com o cliente e dá-se início ao plano terapêutico (Ribeiro & Leal, 1996).

As subespecialidades da Psicologia Clínica variam entre a psicologia clínica infantil, psicologia clínica da saúde, neuropsicologia clínica, psicologia forense e gerontopsicologia sendo que, ao psicólogo clínico concernem diversas actividades podendo ser a pesquisa, avaliação, tratamento, ensinamento, consulta e administração (Plante, 2005).

Salienta-se a avaliação como uma componente marcante no trabalho do psicólogo clínico tendo sido praticada ao longo do estágio.

A avaliação psicológica desempenha um papel crucial no diagnóstico e tratamento tendo como antecedentes diversas razões sendo as mais comuns o diagnóstico, o plano de tratamento, a identificação do estado funcional do sujeito, do seu autocontrolo e da sua história. O diagnóstico relaciona-se com os sintomas partilhados por diversos diagnósticos ou com a possibilidade de uma psicopatologia estar a ser “mascarada” pelos sintomas de outra. No que concerne ao plano de tratamento, apesar do clínico estar familiarizado com o diagnóstico do cliente pode, no entanto, não ter a certeza do tipo de tratamentos que serão apropriados. Uma vez que a avaliação considera determinados aspectos relevantes como o impulso de controlo do cliente, os recursos emocionais e cognitivos, entre outros, é possível tomar decisões acertadas e ponderadas sobre o tratamento. Relativamente à identificação do estado funcional, trata-se da avaliação das capacidades cognitivas e emocionais do cliente podendo esta informação ser igualmente utilizada no plano de tratamento. O autocontrolo diz respeito à possibilidade que a avaliação psicológica tem em identificar os factores que interferem com os níveis de autocontrolo do cliente em particular quando representam preocupações de suicídio, perigo ou abuso de substâncias. Por fim, a história acaba por ser recolhida pela maioria dos clínicos, no entanto dificilmente é obtida uma história tão minuciada como a que se encontra na avaliação psicológica (Olin & Keatinge, 1998).

Concisamente, a avaliação psicológica provê um catálogo das fraquezas e forças do indivíduo a nível cognitivo, emocional, bem como os défices e recursos fornecendo informações sobre o seu funcionamento interno, permitindo ao clínico concluir sobre o diagnóstico, potencial intervenção e prognóstico (Wright, 2011). A avaliação psicológica é assim considerada um processo que permite descrever e compreender a personalidade de uma pessoa, investigando sintomas, possibilitando estimar o prognóstico do caso e a estratégia e/ou abordagem terapêutica. A avaliação psicológica pode, portanto, ser entendida como um processo científico, limitado no tempo, que utilizará técnicas e testes psicológicos para entender problemas psicológicos à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos ou para classificar o caso e prever o seu curso possível (Ocampo, Arzeno & Piccolo, 1981; Arzeno, 1995; Cunha, 1993, citados por Nunes, et al. 2006).

A taxonomia da avaliação psicológica distingue a avaliação onde existe medida e onde não existe. No primeiro caso encontram-se os testes (onde existem itens correctos ou incorrectos) e os questionários/inventários (que não utilizam respostas correctas ou incorrectas). A avaliação não mensurável inclui as entrevistas, observações e outros questionários ou *checklists* (Coaley, 2010).

A avaliação psicológica processa-se em seis etapas principais: realização de uma entrevista clínica; escolha de uma bateria de testes; administração, cotação e interpretação dos testes; integração e conceptualização da informação obtida nos resultados dos testes na entrevista clínica, nos comportamentos observados e outras fontes; realização de um relatório de avaliação psicológica e devolução de *feedback* ao indivíduo avaliado e/ou à fonte de referência.

A avaliação psicológica inserida numa Abordagem Centrada no Cliente apresenta determinados meandros que vale apenas serem mencionados. Segundo Patterson & Watkins (1982), a abordagem tradicional ao processo de avaliação tende a focar-se no que o terapeuta opta por fazer ao cliente. Contudo, segundo uma orientação centrada no cliente, a perspectiva da avaliação e o modo como esta é conduzida muda radicalmente. Ou seja, a atitude do *counselor* (caracterizada pela empatia, respeito e genuinidade) é uma condição *sine qua non* no processo

de avaliação proporcionando ao cliente uma atmosfera onde se sinta confortável para se expressar e onde ambos podem explorar a complexidade dos dados da avaliação. Carkhuff (1969, citado por Patterson & Watkins, 1982) menciona que enquanto o *counseling* é para o cliente, também a avaliação funciona em prol do seu benefício pretendendo representar uma ajuda na sua própria compreensão, utilizando os dados da avaliação para aferir áreas que potencialmente gostaria de alterar na sua vida facilitando, em última instância, a auto-actualização do cliente.

A Terapia Centrada na Pessoa, aqui mencionada, representa apenas uma das diversas abordagens teóricas presentes em Psicologia. Além deste modelo de intervenção, por nós seguido, salientamos o modelo Cognitivo-Comportamental, Sistémico e Dinâmico. A terapia Cognitivo-Comportamental, tal como o nome indica, advém de dois âmbitos distintos: das teorias comportamentais e das teorias cognitivas. As primeiras surgem no começo do ano 1960 onde vários autores significativos podem ser referidos, tais como John Watson, Ivan Pavlov e Skinner. O comportamentalismo foca-se no que é observável ou seja, nos comportamentos externos desconsiderando os processos internos mentais. Rapidamente ganhou um lugar no campo da psicologia com a introdução de conceitos e aplicações da modelagem, gestão de ansiedade e treino de aptidões sociais. As raízes históricas da componente cognitiva da teoria Cognitivo-Comportamental são encontradas na filosofia assim como na psicologia. O conceito base da psicologia cognitiva ao afirmar que o modo de cada indivíduo ver o mundo molda a realidade que cada um experiencia, é encontrado no pensamento grego nomeadamente em Platão. Na psicologia moderna, a abordagem cognitiva é uma reacção à visão estreita da psicologia comportamental que rejeitou a importância dos processos de pensamento internos. Futuramente ao trabalho de Aaron Beck (visto como o fundador da terapia cognitiva ao aplicar o modelo cognitivo no tratamento da depressão) outras terapias cognitivas começaram a crescer e a misturar elementos da terapia comportamental com os da terapia cognitiva. Apesar de ambas as abordagens parecerem desenvolver-se em caminhos paralelos, ao longo do tempo ambas emergiram naquilo que é agora chamado terapia Cognitivo-Comportamental. A linha que

distingue a terapia comportamental da cognitiva tornou-se desfocada ao ponto que o termo cognitivo-comportamental é largamente aceite. A combinação de componentes das abordagens cognitiva e comportamental é encontrada no princípio do auto-reforço. Ou seja, as mudanças cognitivas e comportamentais reforçam-se mutuamente. Quando uma mudança cognitiva ocorre origina modificações no comportamento e ocorre uma sensação de bem-estar que fortalece a mudança no pensamento e cria mudanças futuras sólidas. Este processo de auto-reforço é a chave da abordagem cognitivo-comportamental e a base para ajudar os clientes a entender o processo. A terapia Cognitivo-Comportamental usa duas premissas básicas com o intuito de originar mudança sendo elas: a reestruturação dos eventos cognitivos e o treino de aptidões sociais e interpessoais. Estas duas premissas são construídas em dois âmbitos de reforço: fortalecer os pensamentos que levam aos comportamentos positivos e fortalecer o comportamento devido à consequência positiva que esse comportamento origina (Milkman & Wandberg, 2007).

A abordagem sistémica tende a empregar a família na compreensão e no tratamento do indivíduo. Antes de 1950 o tratamento psicológico focava-se na identificação do cliente definido como a pessoa na família onde se manifestavam os sintomas, comportamentos ou atitudes problemáticos. Os membros familiares do cliente eram, geralmente, deixados à parte do tratamento, não sendo vistos como potenciais agentes activos da disfunção ou de uma potencial recuperação. A abordagem sistémica apresenta-se como uma excepção à noção de que apenas o cliente necessita de intervenção defendendo que a disfunção reside na família como sistema em inter-relação e não apenas num dos elementos (Plante, 2005).

As terapias psicodinâmicas foram as primeiras terapias psicológicas. Uma vez que a abordagem psicodinâmica vê os problemas psicológicos como estando enraizados na infância, afirma que estes podem ser resolvidos ao explorar as experiências precoces, revivendo as vivências traumáticas e ganhando *insight* relativo a como o comportamento adulto pode ser definido pelas experiências do início da vida. A teoria psicodinâmica mais conhecida é a de Freud devido às suas ideias a respeito da estrutura da personalidade, defesas do ego,

desenvolvimento psicossocial e teoria do sono. Actualmente, as teorias psicodinâmicas diferem substancialmente das de Freud estando a aplicação da psicologia psicodinâmica assente na compreensão e tratamento dos problemas de saúde mental (Jarvis, 2000).

Apesar da diversidade de abordagens presentes na psicologia, muitos profissionais de saúde mental têm observado que as variadas formas de psicoterapia partilham características fundamentais entre si (Goldfried & Newman, 1986; Thompson, 1987, citados por Grencavage & Norcross, 1990). Desde 1939 que Rosenzweig afirma que todas as formas de psicoterapia têm benefícios invocando o famoso veredicto do pássaro Dodô da Alice no País das Maravilhas “todos ganham e todos levam prémios” de modo a caracterizar os resultados da psicoterapia (Grencavage & Norcross, 1990). Esta frase implica que todas as psicoterapias produzem benefícios sendo este facto explicado através dos seus elementos transversais como a relação de ajuda presente em qualquer uma das orientações teóricas. Estes ingredientes comuns são muito mais potentes do que os específicos (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975).

Métodos de Intervenção Psicológica em Grupo

Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal

O tratamento apropriado das psicopatologias implica o uso de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de modo clínico e integrado. O grupo psicoeducativo, como forma de tratamento psicológico ou psicossocial (Agara & Onibi, 2007) e como programa de intervenção e suporte cognitivo, comportamental e educacional (Prasko, et al. 2011) tem demonstrado a sua utilidade num conjunto alargado de distúrbios psicológicos (Agara & Onibi, 2007).

A psicoeducação foi desenvolvida a partir da década de 1970 como um tratamento suplementar ao fármaco pretendendo manter o cliente inserido na comunidade cuja definição compreende o desenvolvimento de um conjunto de programas e serviços que visam simplificar a vida de pessoas com problemas de saúde mental (Menezes, et al., 2011).

As intervenções psicoeducacionais são intervenções nas quais é providenciada educação aos indivíduos com patologias do foro psicológico ou físico. No primeiro caso, onde nos focaremos, as intervenções podem apresentar um carácter “passivo” através da entrega de materiais como panfletos, *emails*, sites informativos ou “activo” onde se incluem intervenções em grupo através de sessões que podem abranger exercícios moderados e geridos por um terapeuta. Estas intervenções não apresentam custos económicos elevados, são administrados com alguma facilidade e financeiramente mais acessíveis que a farmacologia e intervenções psicológicas (Donker et al., 2009).

Os princípios básicos da intervenção psicoeducacional são representados por informação simples, correcta e completa relativa à patologia e aos seus possíveis métodos de tratamento sendo que o objectivo final é tornar tanto o cliente como a sua família (caso seja um grupo psicoeducacional destinado também a familiares) mais conscientes e capazes de lidar com problemas promovendo uma vivência da doença facilitada e eficiente especialmente quando as intervenções psicoeducacionais estão associadas a um tratamento farmacológico de longo prazo (Aguglia et al, 2007). Pretende-se que o cliente melhore o seu *insight* sobre a doença, lide com a estigmatização, melhore a aderência ao tratamento, reconheça sinais de recaída precoces, implemente hábitos de vida saudáveis, obtenha um estilo de vida equilibrado e evite o abuso de substâncias (Menezes, et al. 2011). A psicoeducação é uma intervenção frequentemente aplicada a perturbações psicóticas sendo definida como uma intervenção sistemática didáctica e psicoterapêutica com o intuito de informar os pacientes e os respectivos parentes sobre a patologia promovendo estratégias de *coping* (Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007). A intervenção psicoeducativa não se restringe meramente ao fornecimento de informação relativa à psicopatologia ou indicações gerais na prevenção e gestão de crises. A psicoeducação vai além destes princípios mínimos de boa prática clínica podendo, portanto, ser definida como o treino das capacidades do cliente relativas à sua consciência e pró-actividade, providenciando para isso instrumentos para lidar e viver com uma condição crónica e alterando comportamentos e

atitudes relacionados com a patologia. A psicoeducação substitui culpa por responsabilidade, desespero por pró-actividade e negação por consciência (Colom, 2011).

Os contributos da intervenção psicoeducativa são vastos e largamente abordados por diversos autores sendo parte integrante de estudos e meta-análises (Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007). Salientam-se alguns como Hayes & Gantt (1992, citados por Agara & Onibi, 2007), postulando que a psicoeducação grupal contribui no sentido do desenvolvimento do autodomínio que, consequentemente origina esperança em alcançar uma vida produtiva. Os mesmos autores demonstraram que esta intervenção tem um efeito positivo no funcionamento e atitude dos indivíduos uma vez que o conhecimento da sua patologia desmistifica-a e esbate o estigma que lhe está associado melhorando também a qualidade de vida (Michalak et al, 2005, citado Agara & Onibi, 2007). Além disto verifica-se um efeito positivo na complacência dos sujeitos relativamente ao plano tratamento melhorando a aderência a um plano de actividades (Nose, et al. 2003; Zygmunt et al. 2002, citados por Agara & Onibi, 2007). A intervenção psicoeducativa também aumenta a participação dos pacientes na reabilitação, diminui os sintomas, recaídas e custos de cuidado (Dixon, et al. 2001, Agara & Onibi, 2007). Os efeitos positivos desta intervenção nos pacientes e nas respectivas famílias não se limitam à diminuição das fases agudas sintomáticas como também do número de hospitalizações aumentando a aderência ao tratamento especialmente o farmacológico.

Os pacientes com esquizofrenia, em particular, revelam uma remissão rápida e mais completa acompanhada de um baixo risco de recaídas, possibilitando a aquisição dos conhecimentos necessários para que seja possível gerir de modo eficiente um tratamento farmacológico. Porém, as intervenções psicoeducacionais de curta duração mostram-se menos eficazes comparativamente às de longa duração no que toca à aderência e efeitos a longo prazo. (Aguglia et al. 2007).

Tanto a detecção precoce de sinais de alerta como o melhoramento da adesão são ingredientes activos na psicoeducação sendo a sua combinação (juntamente com outros aspectos importantes) que torna a psicoeducação tão eficaz. A simplicidade da psicoeducação permite a

sua implementação sem exigir um longo e complexo treino da parte do terapeuta sendo apenas necessário que este seja um clínico (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro) ou seja, um *expert* das patologias e não um técnico. Salientam-se também outras características necessárias ao terapeuta como a experiência em trabalho com grupos, senso comum e *skills* interpessoais. Este facto explica o porquê de a psicoeducação não pertencer exclusivamente ao âmbito das psicopatologias podendo ser aplicada em condições não psiquiátricas.

Apesar de a intervenção psicoeducativa ser dotada de alguma simplicidade, como referido, o mesmo autor identifica as três condições que devem estar presentes para que a psicoeducação seja colocada em prática de modo correcto e saudável. A primeira diz respeito à política de “porta-aberta” permitindo flexibilidade de modo que o cliente possa recorrer e pedir apoio quando suspeita um novo episódio. A psicoeducação encoraja o cliente a ter uma atitude proactiva ao lidar com a sua patologia sendo que o terapeuta também deve apresentar uma atitude proactiva e flexível. O trabalho de equipa é outra das condições uma vez que a psicoeducação tem significado em *settings* onde o trabalho de equipa é possível. Primeiro porque existe sempre alguém da equipa terapeutica cuja disponibilidade é total e depois porque cada intervenção sugerida pertence a um diferente profissional dentro da equipa. Em último salienta-se a relação terapeutica baseada na confiança em detrimento da autoridade, ou seja, o terapeuta deve abertamente aceitar os diversos problemas do cliente. Consequentemente, a psicoeducação evita o conhecido modelo patogénico de uma relação entre um terapeuta “curador” e um cliente passivo. Em vez disso, o objectivo é providenciar uma aliança terapeutica confiando na colaboração, informação e confiança, resultando numa relação terapeutica melhorada.

Esta temática voltará a ser mencionada na terceira parte deste relatório onde expomos a nossa intervenção no Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal na CPSJ.

Métodos de Intervenção Psicológica Individual

Psicoterapia Breve/ Psicoterapia de Tempo Limitado

As psicoterapias como formas de ajuda psicológica distinguem-se em duas classes: as psicoterapias breves e as de longa duração (Nunes, 1998). As primeiras são caracterizadas pelo uso planeado de conceitos e princípios específicos de modo focado e propositado (Cooper, 1995, citado por Anchin, 2003), ou seja, são psicoterapias definidas pelas limitações estruturais a nível de tempo e por um foco de tratamento (Budman & Gurman, 1998, citado por Kush, 2009).

É humano tentarmos fazer com que cada momento conte quando confrontados com o fim. Embora saibamos que as nossas vidas têm um tempo limitado, vivemos, por vezes, como se fôssemos imortais. Frequentemente, a terapia procede como se o tempo não existisse e a psicoterapia breve lembra-nos da importância temporal exigindo ao terapeuta que seja disciplinado, pragmático e trabalhador (Fosha, 2004).

O surgimento das psicoterapias breves é associado a Ferenczi (1918, citado por Nunes, 1998), aluno de Freud, ao objectar o seu mentor. Ferenczi desenvolveu a “técnica activa” que constava em dar encorajamentos quando entendia que o tratamento não progredia. Era também defensor da ideia de ser possível delimitar antecipadamente o fim do tratamento (Nunes, 1998; Lustosa, 2010). Até 1940 os artigos sobre as psicoterapias breves situavam-se no espectro psicanalítico sendo que a partir de 1960 surge uma remodelação na ajuda à pessoa. As condições que estiveram no suporte deste processo foram o aumento progressivo do número de clientes sem existir psicanalistas que pudessem estar à altura desta necessidade; o estilo de vida assoberbado concomitantemente com as apreensões económicas; a II Guerra Mundial que originou o começo da patologia aguda, da neurose de guerra que impunha uma interveniência rápida e eficiente e as imposições do modelo psicanalítico que nem sempre se adequavam às classes sociais económica e socialmente inferiores. Surgiu, portanto, a necessidade de encontrar métodos mais curtos de tratamento ocorrendo, conseqüentemente, uma propagação de metodologias que se consideravam inseridas no âmbito das psicoterapias breves. As psicoterapias breves centram-se, fundamentalmente, na delimitação do tempo do processamento psicoterapêutico, sendo que os meios para esta gestão variam de autor para autor (Nunes, 1998).

A psicoterapia breve trata-se de uma técnica que depende das condições peculiares nas quais actua não se traduzindo num simples encurtamento do processo terapeutico. Esta técnica tem objectivos claros e demarcados propondo-se a modificar os sintomas apresentados, aliviá-los ou mesmo suprimi-los. A psicoterapia breve é correctamente empregue em quadros agudos (situações de emergência, crises), perturbações reactivas, reacções ansiosas, fóbicas e perturbações psicossomáticas de princípio recente. Para a população economicamente desfavorecida é, frequentemente, a única alternativa por motivos económicos e de tempo. Contudo, não são observados benefícios em casos de perturbações psiquiátricas crónicas como quadros paranóides, obsessivo-compulsivo e psicossomáticos crónicos (Lustosa, 2010; Anchin, 2003 & Gelso, 1992, citados por Goldfried, 2004). É sabido, além disto, que a psicoterapia breve não é considerada uma intervenção final ou definitiva (Levenson, 2003, citado por Fosha, 2004) e que, a determinado momento, mesmo aqueles que foram tratados com sucesso, carecerão de mais tratamento. Embora os tratamentos sejam breves, a eficácia não advém necessariamente do limite de tempo, embora seja um factor poderoso inegável (Fosha, 2004).

Ainda no âmbito dos limites da psicoterapia breve decidimos fazer uma reflexão tendo em conta a literatura e estudos científicos recentes. Contemporaneamente têm surgido evidências que indicam que o tipo de vinculação nos clientes adultos tem uma importância fulcral nas relações psicoterapêuticas. Ou seja, tendo em conta o paradigma de inicial de Bowlby (1988) e Ainsworth (1990, ambos citados por Mallinckrodt, et al, 2005) ambos os autores postulam que a concepção de uma base segura para a exploração é aplicável ao longo das várias fases de desenvolvimento do indivíduo e não somente na infância. Posteriormente, outros investigadores concluíram que a manutenção ao longo da vida da vinculação segura estabelecida na infância depende da estabilidade do ambiente familiar (Waters, Weinfiel & Hamilton, 2000, citados por Mallinckrodt, et al, 2005). Esta vinculação segura adulta está associada com a exploração, operacionalizada de forma a orientar a pessoa em direcção aos objectivos (Elliot & Reis, 2003, citado por Mallinckrodt, et al, 2005). Por outro lado os adultos cuja vinculação é insegura estão associados com um maior medo de falhar e com uma evitação relativamente aos objectivos. No

mesmo sentido e segundo Bowlby (1988, citado por Mallinckrodt, et al, 2005) a relação psicoterapêutica incorpora características importantes da vinculação e o terapeuta serve como uma base segura para que o cliente explore o seu interior, as suas emoções e o seu funcionamento interpessoal ⁵ . Diferenças são observadas, por exemplo, nos adultos cuja vinculação é segura comparados com aqueles cuja vinculação é insegura sendo os primeiros mais coerentes nas suas narrativas (sejam estas positivas ou negativas), mais capazes de integrar e interpretar as experiências passadas, apresentam maior capacidade cognitiva para a mentalização que permite a introspecção e metacognição, dado que todos estes aspectos são facilitadores da profundidade da exploração requerida para o sucesso da psicoterapia (Mallinckrodt, et al, 2005). Segundo Mallinckrodt et al. (1995, citado por Mallinckrodt et al., 2005) podem ser identificadas três dimensões: a segura (os clientes percebem o terapeuta como alguém compreensivo, responsável e emocionalmente disponível), a evitante (os clientes demonstram-se relutantes em fazer revelações pessoais e suspeitam que o terapeuta irá desaprová-las) e a preocupada (os clientes anseiam por mais contacto com o terapeuta desejando expandir a relação para além dos limites da terapia, ambicionando serem o cliente favorito). Estes factos levam-nos a considerar a hipótese de existirem limites da adequação da aplicabilidade da psicoterapia de curta duração consoante o tipo de vinculação presente no cliente.

A técnica de intervenção nas psicoterapias breves varia de acordo com a orientação teórica do terapeuta. No caso da Terapia Centrada no Cliente, esta possibilita que o cliente afirme a data do término da terapia conforme o seu processo de auto-actualização (Nunes, 1998). Segundo Rogers citado por Shlien (1957, citado por Nunes, 1998) as balizas temporais permitem ao terapeuta estar sentir-se confortável e operar mais efectivamente. A psicoterapia de tempo limitado centrada no cliente distingue-se das diversas psicoterapias breves no modo como se realiza o contrato terapêutico sendo conservados os dois alicerces da teoria rogeriana que assentam na concepção de tendência actualizante e na não-directividade. Adicionalmente, na

⁵ Em 1988 estes factos eram apenas hipóteses de Bowlby não comprovadas cientificamente tendo sido investigadas e confirmadas em estudos posteriores.

extensão da Terapia Centrada no Cliente não está estabelecido um número de sessões padrão sendo este definido entre o terapeuta e o cliente. É igualmente importante a elucidação e consideração de possíveis incongruências entre o tempo que o cliente define para si e o tempo que o terapeuta concebeu como essencial. Contudo, para além desta questão outras duas se solevam sendo elas o conflito central das dificuldades actuais e a problemática da separação que existe em toda a psicoterapia breve. O sucesso do tratamento será elevado quando ambos coincidem, ou seja, sempre que o conflito central se cruze com a separação. Autonomamente deste facto, a psicoterapia breve é um método eficiente dado que a problemática da separação estará perduravelmente presente e a sua resolução no trajecto referente ao tratamento possibilita uma reorganização das defesas e do funcionamento da pessoa (Hipólito, 1979, citado por Nunes, 1998).

Psicoterapia de Apoio

Segundo Silverman (1965), de modo geral, a psicoterapia pretende oferecer ajuda a pessoas em situação de sofrimento. Todavia surge um problema na definição da psicoterapia de apoio que se torna claro quando se coloca a questão: quais as formas ou técnicas de psicoterapia que não são de apoio? Vejamos as técnicas psicanalíticas que são, frequentemente, apelidadas como exploratórias e não de apoio, contudo, o seu último efeito acaba por ser o apoio.

Não sendo unitariamente derivada de nenhuma teoria, a psicoterapia de apoio, metaforicamente, é retratada como uma concha onde cabe a grande maioria das psicoterapias (Pinsker, 1994). A psicoterapia de apoio é, assim, uma técnica empregue na prática de psicoterapia (Bodlund, 1995, citado por Sjoqvist, 2007) existindo diversos pontos de vista em redor desta temática dos quais evidenciamos o de Kernberg (1984, citado por Sjoqvist, 2007) afirmando que se trata de uma forma de psicoterapia mais complicada e elaborada. Novalis, Rojcewicz e Peele (1993, citados por Pinsker, 1994) propuseram uma definição que coloca ênfase no que a psicoterapia faz e não no que não faz que inclui: redução das disfunções comportamentais, redução do *stress* mental subjectivo, apoio e melhoramento das forças do cliente bem como das suas estratégias de *coping*, maximização da autonomia do tratamento e

alcance máximo de independência das doenças psiquiátricas. Pinsker, Rosenthal e McCullough (1991, citado por Pinsker, 1994) caracterizam a psicoterapia de apoio como um tratamento diádico marcado pelo uso de medidas directas tendo como intuito melhorar sintomas e manter, restaurar ou melhorar a auto-estima, *skills* adaptativos e a função psicológica. É, para isto, necessário treino especial e habilidades para além do senso comum onde se incluem *skills* interpessoais e a capacidade para empatia (Douglas, 2008).

Através de um olhar leigo a psicoterapia de apoio parece espelhar o que qualquer psicoterapeuta faz a maior parte do tempo. A ideia de psicoterapia de apoio surgiu da tradição psicodinâmica onde adquiriu um significado específico. Tendo em conta os fundamentos desta teoria que incluem a interpretação e a expressão de conflitos internos foi entendido que este cariz interpretativo e expressivo pode provocar um estado ansioso ao paciente, pelo menos no início da terapia. Os psicanalistas e terapeutas psicodinâmicos vieram a entender que para determinados pacientes a intensa interpretação era insuportável. Foi então desenvolvida uma técnica diferente, baseando-se no apoio de modo específico em oposição à interpretação ou expressão. Trata-se de uma técnica baseada na conversação em detrimento do silêncio e da escuta, favorecendo o envolvimento e não a neutralidade, mudando o foco do passado para o presente. Em contraste com a interpretação o psicoterapeuta faz uso de comentários, reflexões, questionamentos, clarificações, encorajamento e conselhos. Nesta vertente podemos salientar Carl Rogers como fonte de influência na psicoterapia de apoio representado, também, a mudança de direcção relativamente às terapias psicodinâmicas e cognitivo-comportamentais. A psicoterapia de apoio a longo prazo é, frequentemente, considerada para pessoas com problemas sérios a nível psiquiátrico, social ou médico onde se incluem o alcoolismo, adição de drogas e perturbações da personalidade. Contudo, hoje em dia as psicoterapias de apoio são aplicadas numa pluralidade de problemas variando desde os mais complexos ao mais simples. Este tipo de psicoterapia pode servir como um tratamento a curto prazo para pessoas relativamente saudáveis que precisam de apoio para ultrapassar uma crise ou período de ajustamento. Algumas

aplicações da psicoterapia de apoio incluem suporte e psicoterapia expressiva em grupo para pacientes com diversas patologias do foro psíquico e físico (Miler, 2004).

O criticismo relativo à psicoterapia de apoio tem sido infrequente e associado, geralmente, a uma aplicação errada. No entanto, alguns autores, nomeadamente Truant e Lohrenz (1993, citado por Pinsker, 1994) defendem que se trata de manipulação, sugestão e negação de realidade desagradável. A mudança não é um produto do autoconhecimento ou da análise da transferência, mas sim uma directa consequência do melhoramento da auto-estima e dos *skills* adaptativos (Pinsker, 1994).

PARTE III

CONTEÚDOS PRÁTICOS

RELATIVOS AO TRABALHO NO ESTÁGIO

Actividades Realizadas no Estágio

Ao longo do decorrido estágio foram concretizadas diversas actividades que se dividem em duas categorias, sendo as de trabalho indirecto e trabalho directo, consoante a participação nas mesmas tenha sido indirecta ou directa, ou seja, aquelas em que não houve intervenção sendo apenas observadas e as que intervimos de modo activo, respectivamente.

Deste modo, principiamos a terceira e última parte deste relatório com uma breve descrição e reflexão relativa ao estágio e ao período de inclusão na CPSJ. Seguidamente abordaremos as actividades realizadas no âmbito do trabalho indirecto e a reflexão pessoal relativa a cada uma. Após esta informação remetemo-nos ao trabalho directo e à respectiva reflexão pessoal.

Contextualização do Estágio e Período de Inclusão na Instituição

O estágio académico realizou-se entre o dia 3 de Novembro de 2011 e o dia 24 de Julho de 2012 tendo sido, no total e aproximadamente, realizadas cerca de 15 horas semanais originando, sensivelmente, o total de 540 horas de trabalho no local de estágio. O tempo empregado foi repartido pelas diversas actividades que serão expostas em seguida.

A supervisão de estágio mediada por aulas de Seminário de Estágio foi realizada pela Professora Doutora Odete Nunes, pela Professora Doutora Mónica Pires e pelo Professor Doutor José Paz, pertencentes à Universidade Autónoma de Lisboa. No âmbito da CPSJ, a supervisão ficou a cargo do Doutor Jaime Grácio e a orientação da redacção deste relatório contou com a orientação do Professor Doutor José Paz.

O início do estágio decorreu após a data que seria expectável devido a questões burocráticas e, por este motivo, a integração na Instituição não seguiu as etapas habituais. Deste modo, numa primeira fase (correspondente, aproximadamente, a um mês) não existiu intervenção directa em nenhuma actividade tendo sido apenas realizada observação, bem como, aprofundamento do modo de funcionamento da CPSJ. Este período de observação revelou-se fundamental na medida em que permitiu a compreensão da filosofia da Instituição, do modo de intervenção do departamento de psicologia, da forma como este se insere na dinâmica da CPSJ e do

processamento do trabalho em equipas multidisciplinares. Posteriormente, a intervenção passou de indirecta para directa onde se incluem os acompanhamentos através de consultas de psicologia.

Trabalho Indirecto

Apresentaremos uma sucinta contextualização, descrição e reflexão das actividades alvo de participação indirecta onde se incluem a Reunião da Manhã; Actividade – Eu e o Mundo; Reuniões de Equipa – UCI; Reunião Semanal de Equipa; Treino de Aptidões Sociais e Resolução de Problemas e aprendizagem do funcionamento do *software RehaCom* (ver Quadro 1).

Reunião da Manhã

A reunião da manhã é uma actividade de grupo que ocorre diariamente durante a manhã na Unidade de Cuidados Integrados (UCI) sob a orientação da terapeuta ocupacional e, fortuitamente, das suas estagiárias. Esta actividade visa a exposição dos acontecimentos do dia anterior, o planeamento do próximo, reconhecimento dos melhores e piores momentos, verbalização de emoções e ponderação sobre os mesmos. Através desta actividade torna-se exequível a apreciação das competências dos utentes; incitamento das relações interpessoais; incentivo à partilha, à verbalização; estimulação da memória, da capacidade de organização; redução de sentimentos de confusão; procura de soluções e estratégias individuais que promovam a autonomia e o bem-estar.

Posto isto, a reunião processa-se de modo a que cada utente tenha o seu momento para partilhar com o grupo e com a terapeuta ocupacional o que é importante para si.

Diversas componentes estão presentes nesta actividade de onde se salientam a verbalização que pode ser vista como uma estratégia de remediação cognitiva dado que verbalizar representa um impacto positivo no melhoramento da performance nos indivíduos com doença mental grave, em particular com esquizofrenia (Harvey, 2009). Outro aspecto que sublinhamos é a estimulação da memória e da capacidade de pensamento que tende a degradar-se naturalmente como parte integrante da própria patologia bem como devido aos efeitos da medicação

ocorrendo, assim, perda das capacidades de pensar significativamente sobre pensamentos e sentimentos (Lysaker et al., 2011). De modo geral, esta actividade estimula todos os sintomas agregados à esquizofrenia que modificam a vida operante do indivíduo tais como o isolamento social, o comportamento bizarro, as alterações a nível da linguagem, dos afectos, da higiene pessoal e minorada motivação na execução de tarefas diárias (Castro, et al., 2009; Stahl, 2000).

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

Na “Reunião da Manhã” a nossa participação foi, necessariamente, indirecta uma vez se trata do âmbito da Terapia Ocupacional. Contudo, a observação revelou-se essencial. Numa primeira instância permitiu-nos contactar com o trabalho desenvolvido na área da terapia ocupacional ao estarmos presentes “no terreno”. Uma vez que a presença nesta actividade foi o primeiro contacto que tivemos com a Unidade 3 e com os utentes foi importante para a compreensão das suas dificuldades, particularidades e aptidões. Era notória a dificuldade na expressão de sentimentos, pensamentos e memória na maioria dos pacientes contudo, pudemos verificar o impacto positivo desta intervenção no seu bem-estar, motivação, orientação e autonomia.

Além disto, a nossa presença habitual foi um factor facilitador na relação com os elementos do grupo com quem viemos a trabalhar quando se tratava de uma actividade liderada por nós.

Sendo o primeiro contacto com os utentes da clínica em específico, e com pessoas com psicopatologia grave em geral, a nossa primeira sensação foi insegurança devido às dúvidas relativas ao modo como conseguiríamos contactar e fundamentar uma relação cooperante com os utentes. Este primeiro impacto deveu-se à inexperiência e à falta de trabalho prático tendo-se, ao longo do estágio, dissipado por completo tornando o contacto com os utentes uma experiência agradável e recompensadora que permitiu uma aprendizagem inigualável bem como o crescimento pessoal e profissional.

Actividade – Eu e o Mundo

Esta actividade de grupo é realizada semanalmente durante a manhã na UCI sob a direcção da terapeuta ocupacional e, por vezes, das suas estagiárias. “Eu e o Mundo” consiste em cada utente escolher uma notícia recente de jornal ou revista, fazer um resumo da mesma, lê-la, comentando-a e justificando a sua escolha.

Através desta actividade são estimuladas diversas componentes fulcrais tais como a verbalização, partilha de perspectivas, capacidade de síntese e de organização de ideias, gestão do tempo de modo a cumprir a tarefa, tolerância à frustração, concentração e capacidade de discussão. É também inculcado o hábito de leitura, da manutenção do contacto e interesse pela contemporaneidade do mundo.

“Eu e o Mundo” apresenta diversos alicerces que garantem a sua eficácia. Aspectos como a concentração, organização, leitura, discussão e gestão de tempo tendem a sofrer alterações devido à patologia bem como ao uso da medicação, sendo a sua estimulação extremamente positiva.

Esta actividade distingue-se de qualquer outra pela componente da leitura. Tendo em conta a revisão de literatura relacionada com esta temática cruzámo-nos com a prática da Biblioterapia como um método terapêutico (Liu, et al., 2009; Fanner, & Urquhartt, 2009) que, apesar de se afigurar diferente de “Eu e o Mundo”, cruzam-se nas vantagens que a leitura exerce no indivíduo. Assim, os benefícios vão no sentido de fortalecimento das relações entre os elementos do grupo que partilham a leitura (Brewster, 2008); potencia os processos de identificação, catarse e *insight* tendo em conta uma perspectiva psicodinâmica (Shrodes, 1950, citado por McKenna, 2010); contribui para a redução de *stress* (McKenna, 2010); o acesso a informação que gera *insight* e, por vezes, soluções a problemas (Campbell & Smith, 2003, citados por Liu, et al., 2009); ajuda, simplesmente, a ocupar o tempo livre e apresenta-se como um escape emocional possibilitando o aumento da auto-estima através da aquisição de novos conhecimentos, bem como da certeza que o utente não é a única pessoa a ter problemas (Gale, 2008).

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

O contacto com esta actividade permitiu-nos entender as dificuldades dos utentes na realização de resumos e argumentação da sua opinião crítica. Estas resistências têm como fundamentos défices na memória, linguagem e discurso verbal devido não só à própria condição de diagnóstico como, também, à medicação. Por esta razão a relevância da existência de “Eu e o Mundo” foi, desde cedo, por nós percebida como estando alicerçada na leitura e no seu debate juntamente com o recolhimento e escolha de informação pertinente. Contudo, apesar das dificuldades, os utentes mostravam-se constantemente motivados, empenhando-se não só no seu trabalho individual como também no debate das notícias dos colegas. Este facto revelou-se significativo na nossa própria perspectiva dos utentes e das pessoas com diagnóstico de doença mental grave de modo geral. É notável o esforço de cada um dos elementos do grupo procurando superar as próprias restrições.

Embora se trate de uma actividade do âmbito da terapia ocupacional, numa ocasião excepcional devido a um imprevisto inesperado a terapeuta ocupacional necessitou de se ausentar solicitando que ficássemos nós encarregues da gestão do grupo de modo autónomo representando esta a primeira experiência de trabalho com o grupo. Ultrapassando o receio inicial, a sensação de empenho de cada elemento era observável mesmo sendo a actividade gerida outra pessoa. Posteriormente, o *feedback* do grupo foi extremamente positivo relativamente ao nosso desempenho o que se revelou um momento crucial na nossa confiança para intervenções futuras.

Reunião de Equipa – UCI

Esta reunião de equipa realiza-se na UCI com uma frequência semanal e uma duração aproximada de uma hora, onde estão presentes a terapeuta ocupacional, enfermeiros, psicólogo/a e, ocasionalmente, estagiários de diversas áreas. Entre técnicos e, abraçando as diferentes perspectivas, os casos são discutidos, isto é, são ponderados os progressos, retrocessos, alterações, medidas a tomar e previsão de alta dos utentes.

As equipas multidisciplinares sintetizam, harmoniosamente, uma variedade de *skills*, papéis

e modelos teóricos (Garven, 2011). O trabalho destas equipas é visto como um processo fundamental requerendo uma equipa cujos *skills* incluam não apenas o *know-how* da função de cada um, como também, a gestão da função e utilidade dos outros profissionais (Atwal & Caldwell, 2006).

As vantagens das equipas multidisciplinares incluem o planeamento assertivo, serviços mais eficazes, responsivos e evitamento de duplicação ou fragmentação de papéis. A partilha de recursos, conhecimentos, responsabilidades e a interdependência de todos os indivíduos pertencentes à equipa podem originar um melhor serviço se todos os profissionais trabalharem em conjunto mas, simultaneamente, de modo independente uns dos outros. No entanto, também alguns problemas encontram-se associados à multidisciplinariedade afirmando-se como os mais comuns os relacionados com o trabalho interprofissional, com os distintos papéis e com a comunicação. Os pacientes podem, igualmente, experienciar dificuldades consideráveis quando os elementos da equipa não têm em vista os mesmos objectivos ou quando cada membro não completou tarefas específicas (Atwal & Caldwell, 2006). De modo geral, os sistemas de saúde são organizações que, frequentemente, funcionam sob níveis elevados de *stress*. Neste sentido uma das razões mais comuns para que os indivíduos pertencentes a uma equipa multidisciplinar vivenciem este *stress* passa pela ausência de clarificação relativa ao papel de cada um (Arnetz, 2002, citado por Ekedahl & Wengstrom, 2008).

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

A Reunião de Equipa na UCI revelou-se fundamental pois permitiu-nos contactar com o trabalho de uma equipa multidisciplinar a nível do modo como comunicam e como os diferentes pontos de vista são geridos resultando em decisões sobre a direcção do plano terapeutico. Esta actividade possibilitou uma compreensão aprofundada de cada um dos utentes da Unidade 3 ao obtermos informações sob vários níveis de análise bem como as suas evoluções, retrocessos e previsão de alta.

Do ponto de vista do psicólogo, apesar de nunca termos acompanhado utentes desta unidade, prevemos que seja enriquecedor entender o funcionamento de um cliente sob o ponto de vista dos outros técnicos representando, assim, um aspecto positivo na compreensão do caso.

Além disso, foi essencial compreender a perspectiva de um caso de acordo com o modelo médico entre outras análises.

Reunião Semanal de Equipa

A Reunião Semanal de Equipa reúne técnicos de diversas áreas nomeadamente, psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional e enfermagem onde se discutem determinados casos merecedores de atenção.

À semelhança da Reunião de Equipa – UCI, salientamos a multidisciplinariedade de equipa e a consequente necessidade de uma comunicação assertiva e eficaz entre colegas de áreas clínicas distintas.

Para que esta comunicação seja praticável parece-nos relevante que a “linguagem” seja adequada, ou seja, é importante perceber o *modus operandi* das diferentes vertentes profissionais como forma de obtenção de um entendimento aprimorado e de evitamento de conflitos.

A compreensão interprofissional passa, assim, por um movimento por parte dos profissionais no sentido do entendimento mútuo em direcção oposta à definição de papéis restrita e tradicional. A incorporação da percepção das identidades profissionais de outras disciplinas torna o trabalho multidisciplinar mais sofisticado, eficaz, traduzindo-se na qualidade elevada dos cuidados clínicos (Smith, et al., 2012).

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

A Reunião Semanal de Equipa foi por nós assistida apenas uma vez pelo que pouco é possível discorrer acerca da mesma. Revelou-se, contudo, fundamental uma vez que, à semelhança da Reunião de Equipa na UCI, pudemos contactar com o trabalho de uma equipa

multidisciplinar observando o seu modo de comunicação e os processos através dos quais chegam a um consenso relativamente ao plano terapeutico. Todavia nesta reunião a equipa torna-se mais complexa e formal com a presença da psiquiatra sendo essencial que cada elemento forneça informação necessária a fim de serem tomadas posições relativamente aos casos. Este facto proporcionou-nos uma visão prática do papel do psicólogo como elemento de uma equipa multidisciplinar assim como a sua influência sendo por isso, segundo o nosso ponto de vista, necessários *skills* comunicacionais a fim de conseguir passar a mensagem de modo profissional mas, simultaneamente, acessível a quem desconhece as teorias e o jargão da Psicologia.

Do ponto de vista do utente, consideramos estas reuniões fundamentais na medida em que potenciam a reunião de esforços no planeamento da intervenção dos casos tendo em conta uma visão global e completa dos mesmos contemplando as unicidades do paciente. Isto permite um conhecimento aprofundado do utente sob várias perspectivas e contextos distintos abrangendo uma vastidão de dados sobre o mesmo.

Treino de Aptidões Sociais e Resolução de Problemas

O Treino de Aptidões Sociais e Resolução de Problemas é uma actividade de grupo realizada na UCI em duas sessões semanais de uma hora cada com a orientação do Dr. Jaime Grácio e, por vezes, das estagiárias de Psicologia.

Cada sessão desta actividade, fundamentada no modelo cognitivo-comportamental, tem a duração aproximada de uma hora começa pela apresentação de uma aptidão de modo a que seja aprendida através da observação sendo, posteriormente, colocada em prática ao ser realizado um *role-play* onde o terapeuta chama a atenção para o processo discutindo pormenores específicos da aptidão repetindo-a por duas ou três vezes com o intuito de corrigir falhas e incutir a sua reprodução em situações reais do dia-a-dia. Todo o procedimento é seguido tendo em conta as orientações de Bellack e colaboradores (2004).

O objectivo desta actividade é o treino de modos de gestão alternativos e adaptativos em resposta a situações do quotidiano que poderão gerar dificuldade ou conflito bem como a estimulação da reaprendizagem no que concerne às relações sociais.

A adequabilidade do Treino de Aptidões Sociais prende-se com o facto de na unidade em que é aplicado os utentes terem, na sua maioria, um diagnóstico psicótico marcado, naturalmente, por delírios, alucinações, depressão, períodos de crise, isolamento e desconexão com a realidade. Todos estes aspectos associam-se a outros problemas que ultrapassam os critérios de diagnóstico, tais como a arduidade em comunicar, gerir o discurso, as emoções e pensamentos.

Segundo Bellack e colaboradores (2004), uma aptidão social é um comportamento interpessoal que segue o que pela sociedade é considerado normativo ou adaptativo abrangendo a expressão de sentimentos positivos e negativos em variados contextos interpessoais. A sua teoria tem como base o seu Modelo das Aptidões Sociais segundo o qual um comportamento interpessoal é alicerçado num conjunto diferente de aptidões. O termo aptidão indica que as competências sociais são transformáveis através da aprendizagem e não características imutáveis ou processos intrapsíquicos.

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

O contacto primário com esta actividade implicou um choque inicial relativo à forte natureza cognitivo-comportamental que a suporta. Por este motivo foi necessário investir na pesquisa bibliográfica e observação atenta a fim de entender não apenas o seu método de aplicação, os princípios que a regem como também o seu impacto no tratamento dos utentes.

Esta actividade ostenta um carácter particular dado que nenhuma sessão é igual a outra, residindo a diferença não somente nas aptidões treinadas como nos desafios que surgem por parte do grupo uma vez a própria actividade exige uma predisposição e motivação elevadas.

Do ponto de vista do terapeuta, os seus desafios residem na gestão da frustração, emoções, e conflitos, bem como na ausência ocasional de motivação dos utentes. Contudo e, uma vez que

as condições para o sucesso da actividade estejam reunidas, os efeitos são notáveis pois ocorre aprendizagem e reprodução em situações reais do dia-a-dia nas quais os utentes colocam espontaneamente em prática o aprendido originando uma resolução facilitada dos conflitos com base em aptidões trabalhadas em sessão.

Estes resultados ressoaram positivamente em nós espelhando as potencialidades dos utentes contudo, a sua obtenção depende, a nosso ver, significativamente da atitude empática do terapeuta e da manutenção de um clima de compreensão positiva incondicional e respeito.

RehaCom

Aquando do estágio foi-nos concedida a possibilidade de aprender no que consiste e como se aplica o *software RehaCom*. Para isso deslocámo-nos ao Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima na Parede onde, com a psicóloga residente, tomámos contacto com os aspectos primordiais no que concerne a este *software*.

Adicionalmente assistimos à apresentação de um projecto de investigação que englobava o uso do *RehaCom* orientado pelo Dr. João Ribeiro. Os resultados principais revelam que este *software* é uma estratégia eficaz na remediação cognitiva tendo um impacto positivo sobre os domínios cognitivos avaliados.

O *RehaCom* é, assim, uma terapia assistida por computador tendo como população alvo todos aqueles que sofrem de lesões neurológicas e que necessitam de exercitar as funções cognitivas. Este *software* não é apenas um produto mas um conceito baseado em 5 princípios: a) modular a estrutura dos procedimentos desde o treino de funções básicas até tarefas complexas; b) uma interacção satisfatória entre terapeuta, cliente e computador é um elemento fundamental; c) adaptação da dificuldade do treino às capacidades do cliente; d) conceder *feedback* para que se alcance a melhor motivação possível do cliente; e) registos que permitam identificar *deficits* e algumas reservas na performance (Hasomed, 2008).

O *RehaCom* tem uma estrutura modular trabalhando diversificados *skills* tais como: a) atenção, concentração e vigilância; b) memória e capacidade de aprendizagem; c) coordenação

visuo-motora; d) tempo de reacção e precisão; e) habilidade visuo-construtiva e f) desenvolvimento de estratégias e resolução de problemas. Estas competências são exercitadas através das seguintes provas: atenção e concentração; atenção dividida; vigilância; memória topológica; memória fisionómica; compras; memória de palavras; reactividade acústica; memória de figuras; memória verbal; comportamento de reacção; habilidades visuo-construtivas; planeamento de um dia; coordenação visuo-motora; operações bi-dimensionais; operações espaciais; raciocínio lógico; treino sacádico e exploração. As sessões realizam-se uma vez semanalmente com a duração de 45min onde são aplicadas, no máximo, três destas provas. O cliente senta-se frente ao computador onde tem à sua disposição um teclado constituído por oito botões e um *joystick* (Hasomed, 2008).

A eficácia do *RehaCom* tem vindo a ser comprovada tanto em estudos científicos como estudos de caso. Dentro do primeiro grupo salientamos alguns tais como Spahn e colaboradores (2010), Gryszpan e colaboradores (2010) e Flavia e colaboradores (2010).

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

Ainda que não tenhamos tido a oportunidade de aplicar na prática os exercícios do *RehaCom*, a aprendizagem relativa aos seus procedimentos e resultados revelou-se enriquecedor na medida em que se trata de um método terapêutico que até à data desconhecíamos. De igual modo salientamos a apresentação do projecto de investigação do Dr. João Ribeiro que não apenas possibilitou a compreensão aprofundada das potencialidades do *RehaCom* como também nos deu a noção do que, neste âmbito, está a ser alvo de investigação em Portugal.

Posto isto, a nossa reflexão vai no sentido da utilização prática deste *software*. Uma vez que os exercícios que compõem o *RehaCom* são essencialmente práticos, desafiando os défices cognitivos dos indivíduos, requerendo a sua concentração e motivação, pensamos que o terapeuta representará um papel primordial na execução e no *outcome* desta modalidade terapêutica. Salientamos a relevância da sua atitude empática, consideração positiva incondicional e congruência. Segundo o nosso ponto de vista, é igualmente importante perceber

a desmotivação do paciente, quando esta se verificar, sendo de capital relevância que o terapeuta opte por uma postura humana em detrimento de uma focagem exclusivamente no cumprimento dos prazos e dos objectivos inicialmente estipulados.

Trabalho Directo

Apresentaremos uma sucinta contextualização, descrição e reflexão relativas às actividades cuja participação foi directa onde se incluem o Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal, as Reuniões Familiares, a organização das VII Jornadas de Psicologia, o projecto de investigação científico EDUCA, a realização da avaliação psicológica de R. e as Reuniões de Supervisão de Estágio (ver Quadro 1)

Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal

O Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal realiza-se na UCI com a periodicidade de duas vezes semanais em sessões de uma hora, embora a nossa intervenção tenha sido de uma hora semanal à segunda-feira devido a constrangimentos no horário de estágio. Estas sessões decorrem sob a orientação do Dr. Jaime Grácio ou de uma das suas estagiárias. Em todo o caso, apenas uma pessoa fica responsável pela gestão desta actividade sendo relevante mencionar que a nossa intervenção e preparação de sessões foi realizada de modo individual e autónomo com o devido apoio por parte do nosso orientador de estágio.

Numa fase inicial correspondente aproximadamente a dois meses, as sessões seguiam uma via expositiva onde, através do uso do *Power Point*, eram realizadas apresentações simples com o intuito de transmitir a informação de modo apelativo e eficaz (ver Anexo B). Cada sessão abordava uma determinada temática que era acordada com conjunto com o Dr. Jaime Grácio tendo também em conta as sugestões feitas pelo grupo. Os temas explorados nestas sessões foram as psicoses (definição de psicose, tipos de psicoses, origens, evolução da doença), a personalidade (definição de personalidade, teorias da personalidade), as Perturbações Depressivas, Perturbações da Ansiedade e Perturbações da Personalidade. Adicionalmente

falámos ainda de questões inseridas dentro destes tópicos que iam surgindo espontaneamente tais como o estigma da doença mental, como gerir sintomas e explicá-los às outras pessoas. A exposição destas temáticas era realizada utilizando uma linguagem acessível e adequada incrementando um ambiente aberto ao diálogo, a dúvidas e à partilha de experiências pessoais.

Posteriormente procedeu-se a segunda fase onde seguimos o modelo “PROFORM” – Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária que visa os Cuidados Integrados e Recuperação (CIR) (Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária, 2010).

O Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave abrange numa série de sessões semanais nas quais os profissionais de saúde mental auxiliam as pessoas que tiveram a experiência de sintomas psiquiátricos a desenvolver estratégias. Este programa pode ser executado num formato individual ou em grupo tendo a duração de três a seis meses. Os profissionais colaboram com as pessoas nas sessões oferecendo um leque variado de informação, estratégias e competências que podem usar para alcançar a sua recuperação. É dado um grande destaque à ajuda fornecida aos utentes para que estes estabeleçam e tentem obter os seus objectivos pessoais, bem como para que coloquem em prática, no seu dia-a-dia, algumas estratégias. Os conteúdos e procedimentos pedagógicos utilizados no Programa de CIR resultam de numerosos estudos de programas de base profissional de cuidados integrados para pessoas com patologia relativa à saúde mental. Este programa parte da ideia de quando as pessoas aprendem mais sobre os seus sintomas e desenvolvem competências para lidar com os problemas ganham, frequentemente, mais confiança e podem tornar-se mais eficientes na resolução de determinadas situações fontes de *stress* na vida (Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária, 2010). De modo geral, os objectivos do Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave são: a) suscitar a esperança de que a mudança é possível; b) desenvolver uma relação colaborante com a equipa de tratamento; c) auxiliar as pessoas no estabelecimento de objectivos pessoalmente significativos nos quais se empenhe; d) transmitir informação sobre a doença mental, sobre as opções de tratamento, informação sobre a doença mental e opções de

tratamento; e) desenvolver aptidões para reduzir as recaídas, lidar com o *stress* e gerir os sintomas; f) disponibilizar esclarecimento sobre como aceder aos recursos necessários e g) auxiliar as pessoas no progresso ou melhoria dos seus suportes naturais para lidar com a doença e prosseguir com os seus objectivos. Nesta vertente, o CIR alicerça-se em cinco valores fundamentais. A esperança é um deles representando o ingrediente chave que envolve uma mensagem de esperança, optimismo ao apostar no incremento de estratégias de *coping* eficazes de modo a conquistar resultados mais favoráveis. Outro valor é a visão da pessoa como perita da sua experiência pessoal relativa à doença mental, revelando-se benéfico a partilha de vivências bem como o *feedback* relativo a estratégias de recuperação. A importância da escolha pessoal diz, igualmente, respeito a um valor uma vez que o objectivo principal do CIR é disponibilizar informação e competências às pessoas de modo a que possam realizar escolhas informadas relativamente ao seu tratamento. A capacidade e direito da pessoa de tomar as suas decisões são factores capitais, incluindo os momentos em que tomam decisões divergentes das recomendações feitas pelos prestadores de cuidados. O próximo valor diz respeito ao facto de os profissionais serem colaboradores, isto é, embora estejam a ensinar estão também a colaborar com as pessoas para as ajudar a aprender a lidar com a sua doença e progredir relativamente aos seus objectivos. O último valor, embora não estejamos a seguir nenhuma ordem de apresentação específica, refere-se aos profissionais na medida em que devem demonstrar respeito pelas pessoas com experiência de sintomas psiquiátricos como seres humanos capazes de tomar decisões e participantes activos no seu processo de tratamento (Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária, 2010).

Vários são os princípios pedagógicos basilares que estão incorporados no ensino da informação e competências do CIR. Estes incluem estratégias motivacionais (ajudar a pessoa a ver como aprender informação e competências); métodos educacionais (disponibilizar à pessoa informação essencial sobre a natureza da doença mental, os princípios de tratamento, estratégias de prevenção de recaída e modos de lidar com os sintomas) e técnicas cognitivo-comportamentais (que incluem o reforço, moldagem, modelagem, trabalhos para casa,

reestruturação cognitiva, treino e dramatização) (Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária, 2010).

A estrutura das sessões segue uma ordem determinada iniciando-se no resumo da sessão anterior ao qual se seguem a revisão dos trabalhos para casa, averiguação de objectivos, apresentação do plano da presente sessão, exposição de novos materiais ou revisão de materiais de sessões prévias, acordo relativamente às tarefas para realizar em casa e, por fim, o resumo do progresso feito na sessão (Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária, 2010).

Este programa divide-se em dez capítulos, correspondendo cada um a uma determinada temática. Por ausência de tempo apenas completámos três, sendo estes o Modelo de Vulnerabilidade – Stress e Estratégias de Tratamento, a Criação de Redes de Suporte Social e a Prevenção de Recaídas. Sucintamente passamos à descrição de cada um. O primeiro módulo ajuda as pessoas a compreenderem o modelo vulnerabilidade-stress da doença mental. Ou seja, é explicada a causa da doença mental e os factores que afectam o seu curso. Existem várias opções de tratamento, baseadas no modelo vulnerabilidade-stress, disponíveis para ajudar a pessoa a gerir a sua doença e atingir os objectivos de recuperação. Ter conhecimento sobre as causas e tratamentos para a doença mental auxilia as pessoas a tomarem decisões informadas e envolve-as activamente no seu processo de tratamento. A Criação de Redes de Suporte Social parte da premissa que o apoio social é benéfico na gestão do *stress* de modo mais eficaz, o que ajuda, consequentemente, a reduzir as recaídas. O apoio social refere-se não apenas a membros da família como também a outras pessoas de apoio envolvidas nos planos de prevenção de recaída. Este módulo ajuda as pessoas a avaliarem a sua rede de apoio social, identificar locais onde podem conhecer outras pessoas e desenvolver estratégias para aumentar a proximidade nas relações pessoais. Os objectivos passam por fornecer informação sobre os benefícios do apoio social, transmitir confiança de que é possível fortalecer a rede de apoio social, ajudar as pessoas na identificação e prática de estratégias para comunicar ou conhecer mais pessoas. O módulo Prevenção de Recaídas ajuda as pessoas a analisar a sua experiência anterior em situações de crise a fim desenvolver um plano de prevenção da mesma. Os profissionais auxiliam as pessoas

a identificar objectivos pessoais, sinais precoces de alarme e estratégias para evitar recaídas. Aqui o propósito é transmitir a certeza de que as pessoas podem reduzir as possibilidades de ter recaídas no futuro, ajudar as pessoas a identificar objectivos e sinais precoces de alerta de uma crise iminente bem como a desenvolver o seu próprio plano de prevenção da crise e incentivar a inclusão de membros da família e outras pessoas de suporte no desenvolvimento de planos para a redução de recaídas (Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária, 2010).

A essência do Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal passa pela informação, sensibilização e ensinamento em detrimento do confronto ou treino. O seu propósito é, fundamentalmente, dar a conhecer aos utentes estratégias para lidar com as suas vivências, ou seja, estratégias de *coping*. Para isso é-lhes fornecida informação relativa às psicopatologias, respectivos sintomas e tudo o que este âmbito de assunto abrange tal como o reconhecimento precoce de sintomas de recaída, prevenção de futuros episódios, etc. É criado um espaço no qual os utentes se sentem livres para expressar as suas experiências, dúvidas, motivações e dificuldades sendo este um factor importante no autoconhecimento e na compreensão dos seus sentimentos. Em plano secundário verificam-se benefícios na relação com os colegas uma vez que se trata de um momento de partilha de informações pessoais contribuindo, não apenas, para a entreajuda, compreensão e união entre todos como, também, para a desalienação.

Através da transmissão de informação está, portanto, presente o conceito de *empowerment* uma vez que é concedida autonomia, independência, estimulação, responsabilização, poder e participação activa no tratamento (Carvalho, 2004).

Ao realizar uma revisão de literatura e, fazendo uma síntese generalizada, deparamo-nos com os benefícios originados pela psicoeducação sendo que, nas seguintes informações não distinguimos o modo como os grupos são geridos, a que psicopatologias se destinam ou se se tratam de resultado significativos. Salientamos os efeitos positivos no curso da doença nomeadamente na redução da taxa de recaídas (Feldmann, et al., 2002; Miklowitz, et al., 2008; Mustonen, et al., 2011; Chadzynska & Charzynska, 2011; Dixon, et al., 2010), diminuição da estigmatização (Han, et al., 2006), aumento do conhecimento, da adesão (Merinder, 2000,

citado por Mustonen, et al., 2011; Chadzynska & Charzynska, 2011; Dixon, et al., 2009), cooperação no tratamento, redução do tempo de hospitalização (Chadzynska & Charzynska, 2011), diminuição de sintomas (Dixon, et al., 2010), *insight* relativo à doença (Prasko, et al., 2011; Chadzynska & Charzynska, 2011), melhoramento do estado de saúde bem como do funcionamento psicossocial (Chadzynska & Charzynska, 2011), prevenção da re-hospitalização (Prasko, et al., 2011; Dixon, et al., 2010), diminuição dos níveis de *stress* percebidos, melhores resultados vocacionais, melhoramento do funcionamento funcional e vocacional (Dixon, et al., 2010) e atribuição de um sentido e significado à doença (Chadzynska & Charzynska, 2011). Todavia é preciso ressaltar que a psicoeducação para familiares apresenta efeitos positivos maiores comparativamente à psicoeducação apenas para pacientes (Prasko, et al., 2011; Pekkala & Merinder, 2002, citados por Mustonen, et al. 2011). Colocamos a hipótese de este resultado estar relacionado com o facto de não existirem tantos estudos no âmbito da psicoeducação exclusiva para pacientes como na familiar (Bossema, et al., 2011).

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

O Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal foi a actividade onde recaiu a nossa atenção maioritariamente ocupando mais tempo não apenas no local de estágio como fora na preparação das sessões. Revelou-se de capital importância ao nos dar a noção do papel do psicólogo além dos acompanhamentos psicológicos ainda que seja num fundamento teórico cognitivo-comportamental. O facto de se tratar de uma actividade de grupo liderada individualmente foi, inicialmente, assustador exigindo que fossem ultrapassadas determinadas limitações pessoais nomeadamente a timidez e insegurança devido à inexperiência. Contudo, dia-após-dia estes desafios foram superados com a preparação adequada das sessões contando com o apoio do nosso orientador, Dr. Jaime Grácio.

Para além do planeamento dos conteúdos que iriam ser abordados na sessão seguinte sentimos a necessidade de um aprofundamento dos conhecimentos teóricos relativos a várias temáticas no âmbito das perturbações mentais, respectivos tratamentos, entre outros, com o

intuito de estarmos aptos a responder a qualquer questão que os pacientes pudessem colocar. Por outro lado, possibilitou o conhecimento a um nível privilegiado das histórias de vida, problemas pessoais, dificuldades superadas entre outros aspectos que eram partilhados naturalmente pelos utentes. Consideramos este facto não apenas importante no ponto de vista académico/profissional como também pessoal.

Ao longo das sessões notámos que, de modo geral, todos os utentes com quem trabalhámos tinham necessidade de serem informados relativamente à origem das perturbações mentais, à possibilidade de cura bem como aos diversos métodos para atingir a mesma. Alguns dos que mais sabiam sobre os sintomas da sua psicopatologia revelavam uma maior resiliência, positividade e aceitação. O contrário se verificava com outros pacientes que ansiavam por informações novas, anotavam tudo o que lhes era dito tentando-se identificar com alguma das informações mencionadas o que pode ser nocivo na medida as informações fornecidas têm um carácter generalista. Todavia, intervimos também neste último aspecto a fim de garantir que o esclarecimento diagnóstico teria que ser efectuado junto do clínico que os acompanhava e não no *setting* da actividade.

Adicionalmente aos benefícios óbvios desta actividade, como o esclarecimento de dúvidas e aquisição de *skills* adaptativos verifica-se igualmente um movimento de entreaajuda e estreitamento das relações entre os elementos do grupo tendo como base a identificação de semelhanças entre si. Um dos maiores problemas mencionados pelos utentes nas sessões diz respeito ao estigma social relativamente à doença mental sentindo-se desadequados e incompreendidos não somente pela sociedade como, frequentemente, pela família e amigos. Acreditamos que para além do estigma social, as próprias pessoas concebem um estigma contra si mesmas causando sentimentos de inferioridade, sofrimento psicológico e solidão que é, pelo menos, atenuado ao adquirirem sentimentos de pertença a um grupo sentindo-se apoiados por pessoas com vivências semelhantes.

Relativamente aos desafios que sentimos ao longo das sessões salientamos alguns efeitos secundários devido à medicação nomeadamente a dificuldade em manter a concentração ou um

discurso extremamente desorganizado que pode destabilizar todo o grupo sendo complicado a gestão. Ocasionalmente existiam situações em que algumas pessoas queriam constantemente sair e que nós não estávamos autorizados a permitir sendo necessário dizer que não de modo empático mas mantendo alguma firmeza. Esta gestão foi aprendida ao longo do estágio. Advieram igualmente momentos em que determinados elementos do grupo se sentiam extremamente emocionados, activando-se, tratando-se de uma situação muito delicada em que, por um lado, era imprescindível continuar com a sessão e, por outro, é importante reconhecer a emoção e responder empaticamente à mesma. Usualmente, a situação estabilizava e a sessão decorria tendo apenas ocorrido uma excepção em que no final da sessão ficámos um pouco mais até a utente ficar mais calma e sentir-se melhor. Salientamos uma sessão especialmente delicada onde abordámos a temática Prevenção de Recaídas incluída no programa de CIR. Tratando-se de um capítulo com afirmações que visam a sua aplicação na prática alguns elementos do grupo demonstraram a sua frustração pois embora concordassem, refutavam irritados dizendo que era muito difícil aplicar na prática. Esta situação originou uma reflexão pessoal que nos levou a questionar os verdadeiros efeitos desta actividade. Até que ponto existe uma aprendizagem significativa ou, pelo contrário, uma simples transmissão de informação originando um simples conhecimento dos factos? Neste seguimento, remetemo-nos para Carl Rogers (1951) ao mencionar que uma pessoa não pode ensinar outra directamente, pode apenas facilitar a sua aprendizagem. Além disso e, seguindo os postulados do mesmo autor, a única aprendizagem que influencia significativamente o comportamento é a autodescoberta e auto-apropriada. O simples conhecimento dos factos tem o seu valor, não o negamos, contudo fazemos aqui referência a uma aprendizagem significativa, ou seja aquela que provoca uma modificação seja no comportamento, nas atitudes ou na personalidade não se limitando a um aumento de conhecimentos trespassando em todas as parcelas da existência da pessoa. Porém, a aprendizagem significativa não é concretizável quando não existe uma necessidade em aprender sobre determinado assunto. O grupo psicoeducativo procurou orientar-se segundo os interesses e sugestões dos utentes, contudo, pelas contingências naturais da actividade, nem sempre

ocorreu deste modo ou nem sempre todos os elementos estavam em concordância ou manifestavam a sua opinião. Este aspecto é fundamental dado que se verifica mais facilmente uma aprendizagem significativa quando as situações são percebidas como problemáticas (Rogers, 2001), sendo que o único modo de “localizar” as mesmas é através da livre expressão de cada indivíduo.

Nesta actividade é igualmente utilizado o reforço a fim de potenciar a repetição de comportamentos entendidos como positivos. Trata-se isto, segundo Rogers de uma aprendizagem negativa dado que, referindo-nos a pessoas com alguma perturbação não é útil qualquer procedimento intelectual ou de treinamento. Ou seja, nenhuma abordagem que se baseie no conhecimento, treinamento ou na aceitação de algo que é ensinado se mostra útil. A descrição de uma dada sequência de passos (como se verifica no programa de CIR) e o treino relativo a conhecimentos sobre um modo de vida mais satisfatório mostram-se procedimentos vazios e inconsequentes. O máximo que podem almejar alcançar é alguma modificação provisória (Rogers, 2001)

Além dos factores mencionados, colocamos também como objecto de reflexão as seguintes questões: até que ponto a informação transmitida é recepcionada e entendida pelos utentes correctamente, ou seja sem enviesamentos ou distorções? Do mesmo modo reside a dúvida se a informação fornecida tem um impacto positivo na direcção da aquisição de estratégias de *coping* e responsabilização ou, se por outro lado, origina confusão e desorganização.

Posto isto, tomamos a liberdade de apresentar uma sugestão de reestruturação do Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal seguindo a perspectiva de Carl Rogers. Não pretendemos com isto alterar integralmente a actividade original mas retirar determinados elementos integrando outros. Tendo em conta o contexto de internamento, as características dos utentes da Unidade 3 e todo o plano de actividades e tratamento que cumprem, pensamos que uma actividade de grupo é positiva e que o factor esclarecedor e informativo deve estar presente sem, contudo, ser imposto nem directivo. Assim e, com base nos grupos de encontro e na terapia de grupo centrada no cliente, propomos uma actividade de grupo realizada sobre os

mesmos moldes ou seja, duas vezes por semana com uma pessoa que fizesse a gestão do mesmo que denominamos de facilitador. Como o termo indica, trata-se de um profissional que possibilitará que o processo do grupo se desenrole tendo em conta que não irá dirigir ou determinar o este processo mas, tão-somente, proporcionar condições facilitadoras para o seu desenvolvimento (Moreira, 1999). Este facilitador não tem nenhum programa *a priori* para o grupo sendo que o foco está nas pessoas, nas realidades presentes do grupo pretendendo que se encontrem (Fonseca 1988, citado por Moreira, 1999). O facilitador deve ter a habilidade de estar presente para os membros e encoraja-los a interagirem livremente viabilizando o processo de desenvolvimento do grupo dentro do seu próprio ritmo (Corey, 2008). O objectivo desta actividade é facilitar a criação de um clima em que a tendência formativa possa expressar-se livremente em cada pessoa e no grupo (Wood, 1983, citado por Moreira, 1999). A tendência formativa refere-se aos grupos e apresenta-se, simbioticamente, em relação com o conceito de tendência actualizante da abordagem centrada na pessoa (Moreira, 1999). Segundo Rogers (1978, citado Moreira) o grupo é semelhante a um organismo detendo o sentido de sua própria direcção sendo que, com esta actividade, pretende-se acentuar o crescimento pessoal, o desenvolvimento, o aperfeiçoamento da comunicação, das relações interpessoais, evolução do sentimento de confiança e autoconhecimento. Conduzirá também a uma maior independência pessoal, a menos sentimentos reprimidos e a uma maior imposição à rigidez institucional. Esta actividade encoraja os membros do grupo a assumirem responsabilidade ao determinarem o nível de investimento no grupo e ao decidir que problemas pessoais levantar. Pretende-se colocar a ênfase em ouvir o outro e no profundo entendimento do seu mundo do a partir do seu quadro de referência (Bohart, 2003; Bohart & Greenberg, 1997; citados por Corey, 2008). A avaliação critica, análise e julgamentos são suspensos e a atenção é dada aos sentimentos, pensamentos e dúvidas expressados. Estas são condições fundamentais para que os elementos se sintam livres para explorar as suas preocupações abertamente sendo fundamental que os participantes se sintam compreendidos. Através de um ambiente igualitário no qual o facilitador

não é visto como figura autoritária mas como pessoa criando um lugar seguro para exploração (Corey, 2008).

Os participantes do grupo são o centro das atenções sendo que os processos grupais mantêm-se não estruturados permitindo interações significativas e honestas. As experiências de cada elemento com o grupo permitem tornar-se consciente das suas incongruências. Os indivíduos tornam-se mais apreciativos e confiantes de quem são na realidade devido à compreensão e aceitação da natureza do grupo. O *setting* encoraja os membros a expressarem os seus sentimentos e, como não há uma estrutura definida, os elementos encontram a sua direcção constituindo isto uma aprendizagem (Fehr, 2003).

Cada indivíduo do grupo descobrirá dentro de si a capacidade de utilizar esta actividade e as relações nela implícitas para crescer organizando-se tanto ao nível consciente como nos níveis mais profundos da sua personalidade de forma a enfrentar a vida de modo construtivo, inteligente, socializado e satisfatório. Derrubará igualmente falsas máscaras ou papéis com os quais encara a vida descobrindo algo mais básico e verdadeiro ao se abrir à experiência em oposição à defesa (Rogers, 2001).

Apesar do foco estar nos recursos interiores de cada elemento do grupo, pensamos ser vantajoso que existam recursos externos como livros, informações em *power point*, entre outros, sendo utilizados se necessário mas não de modo obrigatório nem directivo sendo que o objectivo é criar uma atmosfera de liberdade não-estruturada. Uma vez que o indivíduo possui em si a tendência actualizante, num clima facilitador essa tendência é desobstruída tornando-se real, impelindo-o em rumo à maturidade, à auto-realização e ao aprimoramento do organismo. É, por isso, essencial o encorajamento no sentido de que o grupo pense independente e criativamente, envolvendo-se consigo próprio e na “reconstrução” de si mesmo (Rogers, 2001).

Reuniões Familiares

Ao longo do estágio tivemos a oportunidade de participar indirecta e directamente em duas reuniões familiares que se realizam no gabinete da psiquiatra com a duração aproximada de uma

hora onde estão presentes o psicólogo, psiquiatra, o/a utente e a respectiva família. De modo geral, o propósito passa por resolver questões pontuais ou preparar alta.

Na primeira reunião onde participámos a utente era uma jovem de vinte e dois anos e o assunto girou em torno do seu futuro vocacional estando presentes os pais. Na segunda reunião a intervenção foi directa uma vez que a cliente (M.I.) era por nós acompanhada. Estiveram presentes filhos da utente e foi planeado o momento de alta, discutidas estratégias de gestão do dia-a-dia fora da clínica e a nossa intervenção foi relevante na medida em que esclarecemos os familiares sobre questões restritas à evolução ao longo das sessões de acompanhamento.

Parece-nos neste ponto apropriado abordar a questão da privacidade e confidencialidade do cliente tanto no que diz respeito à sua família como aos colegas constituintes da equipa multidisciplinar na qual o psicólogo se insere. A situação, possivelmente, mais delicada encontra-se quando o psicólogo está perante uma família ávida de informações, prognósticos e esclarecimentos. Neste sentido, fazemos referência ao princípio específico relativo à Privacidade e Confidencialidade do Código Deontológico do Psicólogo que refere que “os/as psicólogos/as têm a obrigação de assegurar a manutenção da privacidade e confidencialidade de toda a informação a respeito do seu cliente, obtida directa ou indirectamente, incluindo a existência da própria relação, e de conhecer as situações específicas em que a confidencialidade apresenta algumas limitações éticas ou legais” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011). Deste modo, pensamos ser fundamental que todos os esclarecimentos sejam realizados em ocasiões em que os familiares estejam na presença do cliente verificando-se a necessidade de existir um equilíbrio por parte do psicólogo que deve gerir sabiamente as necessidades dos familiares e os seus princípios de ética como profissional.

Relativamente ao âmbito em que os psicólogos estão integrados numa equipa de trabalho ou em situações interdisciplinares e/ou interinstitucional, é possível existir transmissão de informação considerada confidencial sobre o cliente, tendo em causa o interesse do mesmo, e restringindo-se ao estritamente necessário para os objectivos em causa. Todavia o cliente deve ser esclarecido e ter consciência desta situação (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011)

Em ambas as situações o psicólogo deve ter em vista sempre o melhor para o cliente gerindo, igualmente, as exigências e necessidades compreensivas tanto da família como da sua equipa. Este equilíbrio requer, a nosso ver, determinadas competências que ultrapassam o senso comum sendo essencial um entendimento profundo das suas funções, obrigações e limites como profissional.

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

A observação e participação nas reuniões familiares revelaram-se peças relevantes no puzzle que é, metaforicamente, o papel do psicólogo. Estar na presença da família de um utente tem uma importância colossal especialmente se este for acompanhado por nós uma vez que é possível observar as dinâmicas familiares e o impacto que a psicopatologia tem nas mesmas. Todavia, pensamos ser relevante questionar o cliente a fim de aferir se está confortável com a presença do seu psicólogo nas reuniões e, uma vez, que este consentimento é dado é necessário que o psicólogo tenha em vista o bem-estar do seu cliente zelando pelo mesmo e mantendo a confidencialidade.

No que diz respeito à reunião familiar com M.I, esta consistiu num desafio pessoal à preservação da empatia e aceitação positiva incondicional dado que contactámos de modo directo com o sofrimento dos familiares resultante das acções do utente que, por sua vez, advêm dos parâmetros psicopatológicos. A situação ressoou em nós revelando-se um desafio exigindo auto-reflexão e introspecção a fim de ser ultrapassado.

Organização das VII Jornadas de Psicologia

Embora as VII Jornadas de Psicologia não se tenham vindo a concretizar devido a imprevistos externos à nossa contribuição, durante aproximadamente quatro meses foi investido tempo na sua organização.

Deste modo, a temática sobre a qual nos debruçámos visava a compreensão do impacto das alterações tecnológicas na construção da identidade e no contexto psicoterapêutico. Trata-se de um assunto contemporâneo devido à emergência das redes sociais levando-nos a questionar os

seus efeitos na edificação da identidade do indivíduo e no seu desenvolvimento pessoal. Relativamente ao âmbito psicoterapêutico, pensou-se que seria interessante explorar a inclusão das tecnologias na psicoterapia (assistência por computador, consultas via *skype*, entre outros), bem como um possível surgimento de novas psicopatologias relativas ao uso da *internet*, em específico das redes sociais.

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

Ser parte integrante da Comissão Organizadora das Jornadas possibilitou-nos uma aprendizagem relevante e pertinente. Todo o processo de planeamento que inclui a escolha do tema, das mesas, dos convidados, entre outros, foi algo por nós nunca experienciado anteriormente tendo, por este motivo, sido significativo no nosso processo de crescimento e de aquisição de conhecimentos. A par deste facto e, uma vez que a temática eleita remete-nos para um assunto que está a ser explorado na contemporaneidade, foi uma mais-valia para nós realizarmos a revisão de literatura sobre a mesma permitindo-nos aprofundar o conhecimento neste âmbito.

Por fim, salientamos as competências de trabalho e comunicação grupal desenvolvidas uma vez que se tratou de um projecto realizado em conjunto com as colegas estagiárias e com os psicólogos residentes da CPSJ.

Projecto EDUCA

O projecto EDUCA é um estudo de investigação científico realizado entre diversas instituições psiquiátricas pertencentes ao agrupamento das Irmãs Hospitaleiras onde se incluem a CPSJ, Hermanas Hospitaleiras – Provincia de Madrid, Hermanas Hospitaleiras Benito Menni, Clínica Psiquiátrica Padre Menni, Hermanas Hospitaleiras Aita Manni e Hermanas Hospitaleiras – Provincia Canónica de Barcelona. O objectivo deste estudo prende-se com a avaliação do efeito do Grupo Psicoeducativo para familiares cuidadores de pessoas cujo diagnóstico é

Esquizofrenia ou Perturbação Esquizoafectiva. Os critérios de inclusão para os cuidadores são: residentes na comunidade, idade superior a 18 anos, familiares não remunerados pela função de cuidadores e convívio com o utente de pelo menos quatro horas semanais. Para os pacientes, os critérios de inclusão são: acompanhados num serviço de ambulatório, diagnosticados com Esquizofrenia ou Perturbação Esquizoafectiva segundo o DSM-IV-TR, pelos menos dois anos de duração da doença, residente na comunidade e que tenha assinado o consentimento informado.

A nossa intervenção recaiu na tradução/adaptação de algumas sessões do manual do Grupo Psicoeducativo e na aplicação de instrumentos de pré-avaliação a dois participantes o que envolveu previamente um primeiro contacto telefónico solicitando a participação e agendando uma reunião a fim de ser efectuado o *briefing* do estudo. Para que todo este processo decorresse participámos em duas reuniões de equipa com todos os elementos portugueses envolvidos no estudo cujo propósito assenta na elucidação do funcionamento do projecto, divisão de tarefas e esclarecimento de questões.

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

A participação num projecto de investigação com esta magnitude foi, possivelmente, uma das experiências mais entusiasmantes realizadas ao longo do estágio por ser algo integralmente novo no nosso percurso académico.

Colaborar no “EDUCA” deu-nos a possibilidade de trabalhar numa equipa de profissionais de variadas áreas, desenvolver *skills* de comunicação, planeamento e execução. Adicionalmente tivemos a oportunidade de contactar com duas mães de pacientes a fim de aplicar-lhes os questionários. Este factor foi especialmente enriquecedor na medida em que, tendo trabalhado diariamente com os pacientes da clínica, pudemos ver “o outro lado” ao contactar com as mães. Porém, não é fácil percepcionar a dor, a necessidade de “desabafar” e, muitas vezes, o desespero destas pessoas. Foi uma situação difícil para nós uma vez que não estamos num *setting* terapeutico sendo a nossa função efectuar o *briefing* do estudo e aplicar os instrumentos

devidos. Contudo gerir naquele momento a emocionalidade da pessoa (e a nossa também), cumprir com o tempo que nos foi concedido e obter a informação necessária foi um desafio positivo.

Avaliação Psicológica de R.

Ao longo do estágio realizámos uma avaliação psicológica que preenchia dois propósitos. Por um lado é parte integrante de um relatório clínico (ver Anexo C) imprescindível para a nossa avaliação enquanto estagiários e, por outro lado, é essencial à CPSJ que procurou tirar conclusões específicas destinadas ao registo em diário clínico.

A avaliação psicológica nesta Instituição efectua-se em caso de necessidade ou quando solicitada sendo os seus principais desígnios a elucidação de diagnóstico ou seja, qual a origem ou o tipo de problemas de foro psicológico que afectam o utente asseverando ou refutando as hipóteses iniciais; determinação do grau de severidade da situação; garantir um plano terapeutico adequado; avaliar *deficits* psicológicos e determinar a sua natureza.

Particularmente a avaliação de R. veio em consequência do pedido da psiquiatra que o acompanha a fim de esclarecer problemas actuais e ponderar a pensão por invalidez. Não sendo este um utente acompanhado por nós, a escolha dos instrumentos e a contextualização/interpretação dos resultados foi realizada com o apoio do Dr. Jaime Grácio que acompanha este caso tendo em vista os objectivos referidos pela sua psiquiatra.

R. é um utente do sexo masculino de 42 anos que se encontra na CPSJ em regime de internamento tendo sido diagnosticado com Esquizofrenia. Devido à concomitância destes dados juntamente com os objectivos da avaliação psicológica os instrumentos escolhidos constituintes desta avaliação psicológica foram a Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – versão 3 (WAIS-III), a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF), o Inventário Multiaxial Clínico de Millon – versão 2 (MCMI-II) e o Teste de Classificação de Cartões de Wisconsin (WCST). Passamos agora a especificar a relevância de cada um.

A escolha a WAIS-III prende-se com a necessidade de avaliar as aptidões intelectuais e cognitivas. Tradicionalmente as Escalas *Wechsler* têm sido abarcadas entre os instrumentos mais

conhecidos para a aferição do QI embora sirvam também a outros intentos (Cunha, 2003). Estas escalas têm sido investigadas como uma possível ajuda no diagnóstico psiquiátrico afirmando que o dano cerebral, a deterioração psicótica e as dificuldades emocionais podem afectar algumas funções intelectuais mais do que outras. Uma análise do desempenho relativo do indivíduo em diferentes subtestes deve espelhar transtornos psiquiátricos singulares (Anastasi & Urbina, 2000). Com a Escala GAF pretendemos aferir o funcionamento psicológico, social e ocupacional global do utente. Este instrumento integra a avaliação multiaxial presente no DSM-IV-TR e pretende, tal como o nome indica, assinalar o nível geral de funcionamento do indivíduo contribuindo, igualmente, para a planificação do processo terapêutico, determinação do impacto da mesma e a previsão da evolução clínica (APA, 2002). Este método de medida globalmente utilizado no domínio psiquiátrico permite também aferir, para além do nível global de funcionamento, a saúde e o bem-estar (Cohen, Sullivan & Young, 2007, citados por Sonesson, Tjus & Arvidsson, 2010).

O inventário de Millon, sendo um sistema baseado em protótipos de personalidade em detrimento de traços únicos, foi aqui utilizado com o intuito de adquirir informações relativas aos estilos de personalidade de R. O MCMI-II trata-se de um instrumento transversal aos diferentes alicerces teóricos presentes na psicologia tendo uma postura eclética ao medir os traços ou sintomas mas não a etiologia. Ou seja, é um instrumento não associado a uma teoria de factores causadores sendo por isso aceite por diversos profissionais (Choca, Shanley & Denburg, 1992). Por motivos a nós externos o paciente não realizou o questionário pertencente ao MCMI-II recusando-se consecutivamente ao afirmar que não conseguia nem queria. Por fim, aplicámos o WCST na sua versão manual. Como se trata de um instrumento com o qual não tínhamos familiaridade, o mesmo foi aplicado e cotado com o auxílio de uma psicóloga da Instituição de modo a garantir a validade do mesmo. Utilizámos o WCST de modo a avaliar as funções executivas assim como as do lobo frontal. Trata-se de um teste de flexibilidade cognitiva, memória de trabalho, formação conceptual e de habilidade para utilizar o *feedback* (Hartman, et. al., 2001).

Os resultados e respectivas análises de cada um dos testes encontram-se no relatório por nós realizado (ver Anexo C) onde nos baseámos no modelo padrão utilizado na CPSJ. Importa referir que optámos por utilizar uma linguagem acessível tornando-o, assim, compreensível para quem se destina.

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

A avaliação psicológica representa uma parte primordial do trabalho do psicólogo pelo que a sua realização aquando do estágio revelou-se muito satisfatória contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos essenciais relativos à interpretação dos resultados tendo em conta um leque vasto de outras informações, à articulação dos resultados de vários testes numa só conclusão, à metodologia de realização de um relatório clínico e ao processo de aplicação dos testes adequando-os ao motivo de avaliação e ao indivíduo. Adicionalmente concluímos serem necessários determinados *skills* como a sensibilidade e uma atitude empática para lidar com a frustração, desmotivação ou cansaço do avaliado tendo em conta estas situações e gerindo-as de modo a não enviesarem a performance e consequentemente os resultados.

No caso particular da avaliação de R. deparámo-nos com uma dificuldade específica devido ao facto de o utente se ter recusado a efectuar um dos testes (MCMI-II). Após tentarmos compreender esta situação e elucidar o sujeito para a relevância da aplicação deste instrumento, optámos por respeitar e não insistir uma vez que entendemos que a atenção, colaboração e calma são condições essenciais na realização de um teste e não estariam presentes nesta situação. Ponderámos também a aplicação de outros testes que meçam o mesmo constructo e que pudessem, eventualmente, ser mais aceites por R. Todavia não o fizemos pois os testes disponíveis e que conhecemos são semelhantes entre si e por este motivo a reacção obtida seria muito provavelmente a mesma. Averiguámos, igualmente, a possibilidade de aplicar o MCMI-II noutro dia pois R. poderia estar mais receptivo, mas não foi possível devido aos prazos a cumprir. Sabemos ser fundamental preencher o requisito imposto pela fase académica em que nos encontramos de realizar uma avaliação psicológica completa e percebemos que tal não

ocorre quando a avaliação da personalidade não consta da mesma, contudo para nós o bem-estar do cliente é prioritário.

Em suma, com a componente prática da avaliação psicológica, apercebemo-nos da responsabilidade e poder da mesma assim como da resultante necessidade de um trabalho cuidado agregando as várias fontes de informação a fim de obter resultados que acarretam decisões concludentes na vida dos pacientes.

Reuniões de Supervisão de Estágio

As Reuniões de Supervisão de Estágio ocorrem uma vez por semana, à segunda-feira de manhã tendo a duração, aproximada, de uma hora e meia participando o Dr. Jaime Grácio e as estagiárias por ele orientadas. Estas sessões têm o propósito de orientar o estágio, de modo geral, focando-se, essencialmente, na apresentação de casos, discussão dos mesmos e planeamento da intervenção representando, assim, uma ferramenta indispensável na concretização de um estágio bem-sucedido.

Reflexão Pessoal Relativa à Actividade

O estágio representa uma etapa crucial no percurso de um estudante retratando um período de transição para a aplicação na prática de todas as informações retidas ao longo dos anos. Naturalmente revela-se um acontecimento de vida que tem tanto de entusiasmante como de intimidante sendo experienciado com uma certa apreensão e ansiedade (Figueiredo, et al., 2007). Por estes motivos pensamos que o papel do orientador de estágio é absolutamente fundamental sendo, inclusive, por alguns autores mencionado como um factor determinante no sucesso da experiência de estágio (Alarcão & Tavares, 2003; Caires, 2001; Hawkey, 1997; Ryan et al., 1996; citados por Figueiredo et al., 2007). Ao orientador cabe, não somente, agir como facilitador durante o estágio, como também, reforçar o apoio emocional preservando o respeito mútuo, a confiança e suporte contribuindo, assim, para o progresso individual e profissional dos orientados (Alarcão & Tavares, 2003; Caires & Almeida, 2001; Soares, 1995; citados por

Figueiredo et al. 2007). A orientação de futuros psicólogos requer um misto de técnica e sensibilidade sendo o principal objectivo a transmissão de ensinamentos fazendo, simultaneamente, com que cada estagiário cresça como indivíduo e como profissional na relação que estabelece com cada um dos seus pacientes (Tavora, 2002).

Do ponto de vista pessoal, sentimos que o contacto com o nosso orientador, em especial durante as sessões de supervisão de estágio, representava para nós um porto seguro no qual eram solucionadas as questões mais práticas relativas às actividades e acompanhamentos psicológicos verificando-se, conjuntamente, um clima de compreensão e apoio relativamente às nossas inseguranças ou receios. Este facto revelou-se fundamental na medida em que gradualmente fomos tornando mais confiantes e autónomos na nossa intervenção representando uma evolução crucial no nosso longo processo de evolução pessoal e profissional.

Acompanhamento Psicológico

Durante o período de estágio académico realizámos o acompanhamento psicológico de sete utentes da CPSJ, constituindo um total de 72 sessões, sendo que todos os pacientes estavam internados na Unidade 2 (ver Quadro 2).

O acompanhamento psicológico é efectivado mediante o pedido do psiquiatra que acompanha determinado caso clínico sendo estes distribuídos pelos três psicólogos residentes que, por sua vez, repartem pelos respectivos estagiários.

Na CPSJ, tendo em conta o contacto que tivemos com o nosso orientador Dr. Jaime Grácio, é privilegiada uma postura eclética sustentada pelo modelo cognitivo-comportamental. Ao longo dos acompanhamentos por nós efectuados recebemos estas influências que contribuíram para o nosso enriquecimento como académicos e futuros profissionais. Contudo, tentámos manter-nos fiéis à Abordagem Centrada na Pessoa gerindo, simultaneamente, as necessidades da clínica e as novas aprendizagens. Identificamo-nos com a Abordagem Centrada na Pessoa, com a sua eficácia e, uma vez que a nossa formação vai nesse sentido, sentimos que devemos cumprir com aquilo que são as nossas aptidões e conhecimentos de modo a evitar o prejuízo de

intervir num estado de não congruência que acarretaria sentimentos de insegurança maleficientes ao *outcome* da intervenção.

Os objectivos da intervenção bem como o plano da mesma são definidos consoante a particularidade do caso baseando-se numa relação de ajuda tendo como propósito auxiliar numa adaptação mais satisfatória do indivíduo no contexto em que se encontra, otimizar os seus recursos pessoais respeitando e seguindo o seu próprio ritmo. De modo geral, as principais finalidades passam por promover o bem-estar psicológico, a autonomia pessoal, desenvolvimento de *insight* e estratégias de *coping*.

Segue-se a apresentação de dois casos de acompanhamento psicológico. O primeiro é referente ao caso clínico de M. cujo acompanhamento foi realizado entre 30 de Abril de 2012 e o dia 17 de Julho do mesmo ano resultando num total de 22 sessões. O segundo caso clínico diz respeito a D. tendo sido o acompanhamento psicológico realizado entre o dia 19 de Junho e o dia 24 de Julho constituindo 6 sessões no total cuja duração aproximada é de uma hora cada. A escolha de ambos os casos prende-se com a relevância dos mesmos no processo de aprendizagem e pelo seu impacto no âmbito pessoal. Ambos representaram desafios distintos e fizeram a diferença no nosso percurso como estagiários.

A apresentação de cada caso segue determinados parâmetros por nós estipulados. Para cada um começamos com a identificação do paciente, o seu pedido, dados da anamnese/história clínica (onde se incluem a história da doença actual, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, outros aspectos importantes), a avaliação, a síntese da intervenção, análise/discussão clínica e reflexão.

Quadro 2 – Síntese de acompanhamentos psicológicos

Encaminhado por:/Motivo do Encaminhamento		Sexo/Idade	Nº de horas/sessões	Possível Diagnóstico
Caso M.I	Psiquiatra/ Não Definido	F/54	14h/14	Perturbação da Personalidade
Caso M.F	Psiquiatra/ Não Definido	F/66	25h/25	Depressão/ Demência
Caso M.P	Psiquiatra/ Não Definido	M/49	2h/2	Depressão
Caso A.G	Psiquiatra /Não Definido	F/62	2h/2	Depressão

Caso M	Psiquiatra/ Não Definido	F/48	24h/22	Depressão
Caso O.	Psiquiatra/ Não Definido	F/48	1h/1	Não Definido
Caso D.	Psiquiatra/ Não Definido	M/ 48	7h/7	Depressão

Conceptualização de Caso Clínico – M.

Identificação do Paciente

M. é uma mulher de 48 anos, portuguesa que recorreu à clínica por sua própria iniciativa e por precaução na consequência da toma de medicamentos prescritos por um psiquiatra externo à clínica que associa a impulsos suicidas. Foi referenciada para o acompanhamento psicológico pelo psiquiatra da CPSJ, o Dr. Pedro Varandas, uma semana depois do início do internamento sendo que o seu diagnóstico indicava depressão possivelmente endógena.

Pedido

A cliente solicita ajuda relativamente ao seu estado de saúde que engloba um historial de depressão.

Anamnese / História Clínica

Quadro 3 – Dados Anamnésicos do Caso Clínico de M.

Estado Civil
M. está divorciada há um ano e alguns meses embora se tenha separado há 10 anos.
Profissão
Administrativa numa faculdade em Lisboa.
Instrução
Licenciou-se na área da educação com 44 anos.
Residência
Reside na área da grande de Lisboa com a única filha de 25 anos.
Religião
Durante a sua infância e adolescência seguia a religião Jeová que entretanto abandonou.

Dados Recolhidos pela Observação

Calma, discurso eloquente e tranquilo. Vocalmente expressiva, bom contacto ocular, incrivelmente colaborante e motivada. Potencial cognitivo elevado, capacidade de auto-reflexão/introspecção, excelente organização espaço-temporal. Reactividade emocional, discurso e pensamento lógicos. Aparência física cuidada.

Medicação

Seroquel (100mg); Xanax (2mg); Cymbalda; Victan. No final do internamento a medicação alterou excluindo o Seroquel e sendo administradas apenas 0.5mg de Xanax.

1. História da Doença Actual

Os sintomas depressivos que descreve como ausência de vontade de agir, pensamentos ruminantes relativos a sentir-se inútil, desmotivação perante a vida, ausência de vontade de viver e isolamento em casa surgem aos 24 anos, dois anos após o nascimento da sua filha uma vez que lhe foi diagnosticada retinose. A retinose é uma doença típica em pais consanguíneos sendo esta a situação uma vez que M. e o ex-marido são primos. Em oposição aos sintomas depressivos encontramos um funcionamento não depressivo que envolve um trabalho excessivo, desmedido, tanto nas tarefas domésticas como na profissão ou nos estudos. Estes momentos são caracterizados por um trabalho constante e negligência do sono. Ambos os estados intercalam-se entre si sendo que cada um tem uma duração aproximada de meses. Este desequilíbrio é consciente, M. reconhece que é um modo pouco saudável de viver mas não consegue modificar.

Ao longo dos anos a cliente teve 7 hospitalizações, quatro das quais foram no Hospital Miguel Bombarda, duas na Clínica da Associação dos Trabalhadores do Comércio e uma na CPSJ há 9 anos atrás. Com a excepção da presente hospitalização e de outra no Hospital Miguel Bombarda para repouso, todas foram em consequência de tentativas de suicídio através da administração excessiva de fármacos. As tentativas de suicídio sucederam-se a diversos acontecimentos como o falecimento da mãe (quando M. tinha 26 anos), o diagnóstico da filha e o final do casamento (aos 38 anos) que constituiu um longo processo até ao divórcio que apenas se concretizou legalmente quando a cliente tinha 44 anos. Salienta-se igualmente outros factores como o isolamento, (uma vez que houve um período em M. e o marido viveram longe da sua

família), a ausência de momentos de descanso e de distração (devido ao facto de dar assistência diária à filha) e de não ter nenhum escape, ou *hobbie*.

No momento presente em que se iniciam os acompanhamentos, a utente queixa-se de desorientação dado que se perde facilmente quando sai à rua, de esquecimento, dificuldade em ler, ouvir música e ver televisão devido à dificuldade em concentrar-se. Sente apatia, vontade de estar sozinha, de dormir, isolando-se frequentemente.

2. *Antecedentes Familiares*

A mãe de M. faleceu há 22 anos (tendo a cliente 26 anos) com cancro no estômago que posteriormente se alastrou por outros órgãos. O irmão, músico, com 49 anos tem um historial de toxicodependência de drogas pesadas tendo sido internado há 20 anos nas TAIPAS. Entretanto saiu, há 7 anos que faz metadona, consome álcool e medicamentos de forma excessiva.

M. teve uma irmã mais velha que faleceu com 5 anos de idade queimada sendo que as circunstâncias deste acidente não nos foram reveladas pela paciente. O seu pai, um homem muito trabalhador, empresário agora reformado, tem 70 anos e há quatro foi submetido a uma operação devido a uma endocefalia e a partir daí têm havido evidências de demência que incluem falhas de memória e, por vezes, atitudes violentas direccionadas para a filha (ver Anexo D).

3. *Antecedentes Pessoais*

Ao crescer enquanto criança sente que não foi desejada pela mãe, que “uma criança naquela altura não era bom” (sic) devido ao falecimento da irmã e ao anterior nascimento do irmão. Os pais tinham uma boa relação entre si, funcionavam bem como família mas existia uma preferência da mãe pelo irmão sendo M. muito mais próxima do pai apesar de este ocupar muito do seu tempo a trabalhar enquanto a cliente era jovem, não estando com ele tão frequentemente quando desejaria. Ambos sempre foram muito próximos, ela admira-o, sempre desejou “ser sempre igual a ele” (M105) (sic) afirmando que, apesar de tudo, a sua infância foi feliz.

Aos 16 anos inicia o namoro com o homem que viria a ser o seu marido e de quem

entretanto se divorciou. Profissionalmente ocupa um cargo elevado na Polícia de Segurança Pública casando com M. quando esta tinha 20 anos. O diagnóstico da filha de ambos foi marcante do ponto de vista emocional e prático na medida em que exigiu muitos cuidados especiais permanentes. Salienta-se o sentimento de culpa “destrutiva” (M3) (sic) durante muitos anos uma vez que a doença ocorreu em consequência da consanguinidade dos pais. A relação com o marido foi, ao longo dos anos, conturbada dado que este adoptava uma atitude dominante, “castradora” (M132) (sic), impedindo-a de fazer o que queria como ter um *hobbie*, tirar a carta de condução ou sair com amigas. Afirmando que deixou de o amar, por volta dos 38 anos M. decide separar-se mas optaram por manter a estrutura familiar de forma a dar a melhor assistência possível à filha. Neste momento cada um vive a sua vida autonomamente partilhando apenas o espaço da casa e as tarefas referentes à educação da filha. Entretanto M. descobre que o marido está envolvido com outra mulher que trabalhava como prostituta numa casa de prostituição envolvendo-se em gastos económicos elevados faltando, por vezes, dinheiro em casa. O marido é por ela confrontado com a situação, discutem, ele agride-a e ela apresenta uma queixa-crime iniciando-se assim um divórcio litigioso. Esta situação ocorreu quando M. tinha 44 anos representando a partir daí um longo e desgastante processo durante o qual a cliente decidiu licenciar-se na área da educação obtendo excelentes classificações. Mais tarde, após descobrir um nódulo na mama (que posteriormente se revelou benigno) a sua perspectiva da vida altera e decide terminar com a guerra que consistia o processo de divórcio ao abrir mão de diversos bens a que tinha direito permitindo que o marido ficasse com tudo obtendo M. uma parte por ele estipulada. Consequentemente M. compra uma casa para viver com a filha, que decide ficar com a mãe. Actualmente afirma que, apesar de na altura abdicar dos bens ter sido uma decisão que fez sentido, não se sente bem com o desfecho do divórcio pois podia ter lutado mais tendo ficado prejudicada economicamente. A nova casa representa assim uma fonte de *stress* para a cliente uma vez que, apesar de estar satisfeita com a decoração, revolta-se constantemente com a fachada do prédio que afirma não estar cuidada.

No momento em que é iniciado o acompanhamento psicológico M. revela-se frustrada com

o facto de o irmão viver com o pai porque a organização e rigor que caracterizava o seu pai já não está presente dado que não é tratado adequadamente pelo filho. Salientam-se também as dívidas que foram contraídas pelo pai na remodelação de uma casa da família que M. não entende revoltando-se ao sentir que existe uma perda de controlo. A situação referida foi determinante para este internamento originando o seu distanciamento com o pai e irmão não mantendo durante algum tempo contacto com ambos dado que se sentia nervosa ao pensar em fazê-lo pois percepcionava-os como fontes de *stress*.

4. Aspectos Importantes

A cliente apresenta um nível elevado de exigência consigo mesma almejando a perfeição em diversas áreas da sua vida desde o trabalho, estudos, relações interpessoais, à limpeza da casa. Este desejo de perfeição atinge o extremo levando-a em determinados momentos a trabalhar e limpar compulsivamente negligenciando o sono e a alimentação. Existe nela o princípio de que tudo tem que ser bem feito. Este facto remete-nos para os postulados da sua religião enquanto criança e adolescente preconizando que as pessoas devem ser sempre o melhor que conseguem. Esta questão do desempenho é algo extremamente importante para M..

Apesar de todos os internamentos aos quais foi submetida, a cliente não teve acompanhamento psicoterapêutico de forma continuada. Afirma que depois de uma ou duas consultas com os psicólogos das instituições onde esteve acabava por desistir justificando que não gostava nem se sentia bem.

Os seus tempos livres são, normalmente, ocupados a pintar quadros, a ler e ouvir música clássica.

Testes Aplicados

1. Beck Depression Inventory (BDI)

Uma vez que a cliente foi referenciada com um diagnóstico de depressão, o mesmo foi notado nas primeiras consultas pelo que, com o intuito de averiguar a severidade dos sintomas depressivos, decidimos aplicar o BDI (ver Anexo E). O resultado indica-nos um nível moderado

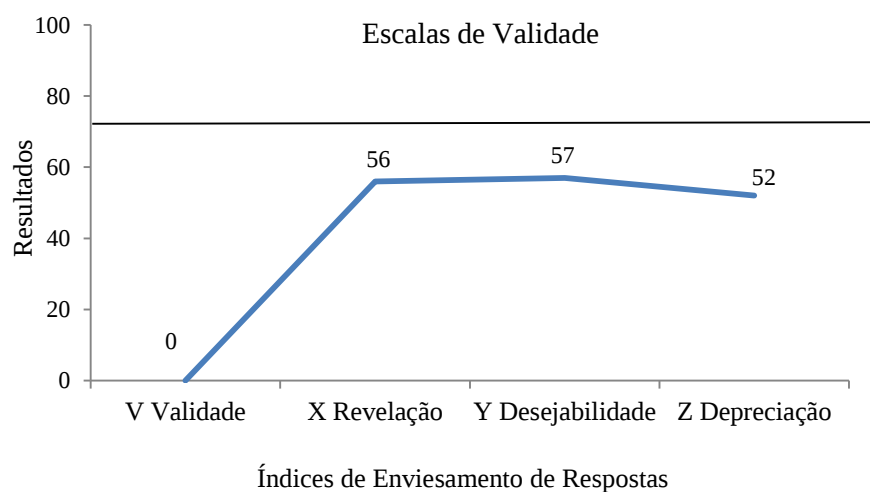
de depressão uma vez que o valor quantitativo obtido foi de 17. As questões com maior pontuação, ou seja, 2 ou 3 valores, são referentes à auto-estima (questão 7), choro (questão 10), perda de energia (questão 15), irritabilidade (questão 17) e perda de interesse no sexo (questão 21).

2. *Millon Clinical Multiaxial Inventory – II (MCMI-II)*

Com o intuito de entender o funcionamento de M., enquadrar os dados relativos às primeiras consultas e clarificar as hipóteses de diagnóstico optámos por aplicar o MCMI-II (ver Anexo E).

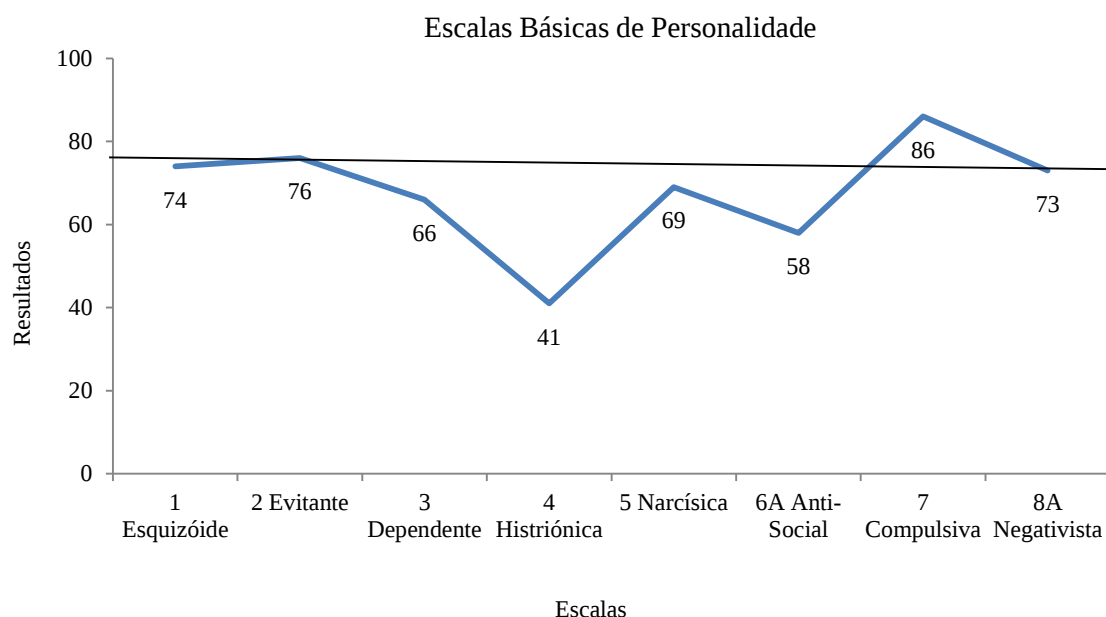
Tal como é visível na Figura 1, a cliente apresenta um perfil de MCMI-II válido sendo que as restantes escalas não apresentam resultados clinicamente significativos. As escalas de revelação e de desejabilidade apresentam valores mais elevados de 56 e 57 respectivamente.

Figura 1 – Resultados dos Índices de Enviesamento de Respostas do MCMI-II



Nas oito escalas de perturbações básicas da personalidade (Figura 2), M. apresenta uma elevação moderada correspondente a 86 pontos na escala compulsiva o que sugere a existência de traços como a disciplina retratando pessoas que optam pelo planeamento, perfeccionismo e organização, trabalhando arduamente de forma a evitar cometer erros. Observa-se igualmente uma elevação suave na escala evitante com 76 pontos. Esta escala avalia a sensibilidade e o medo social sendo que estes resultados sugerem traços de isolamento geradores de ansiedade (Choca, Shanley & Denburg, 1992).

Figura 2 – Resultados das Escalas de Perturbação Básica da Personalidade do MCMI-II

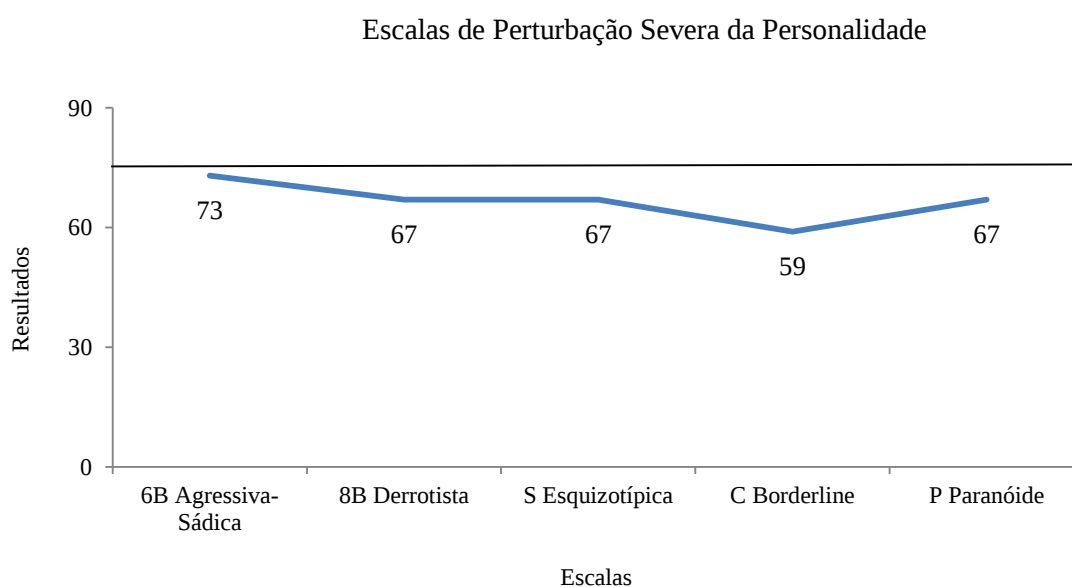


Choca, et. al (1992) definiram um perfil aproximado ao de M. sendo este o perfil 720: Compulsivo-Evitante. De acordo com os autores, as pessoas que obtêm elevados resultados nestas escalas apresentam uma tendência para a disciplina e evitação, precavendo qualquer erro. Este traço pode ter origem num mecanismo através do qual modos de pensar foram adoptados com base no perfeccionismo e justiça de forma a que a própria pessoa se convença que não é imperfeita, incapaz ou sem valor. Pode igualmente ter surgido como resposta à punição sempre que erros foram cometidos e à ausência de incentivo para correr riscos. Independentemente da origem, estes indivíduos costumam ser metódicos e planeiam o futuro. Acreditam na disciplina e praticam o autodomínio especialmente no que diz respeito às suas emoções as quais se mantém sempre sob controlo. Estes pacientes gostariam de se relacionar com outros e serem objecto de afectos e apreciação. Porém as pessoas em geral representam um problema na medida em que se podem tornar imprevisíveis e emotivas o que tornam estes indivíduos desconfortáveis. Por este motivo podem optar por evitar relações ou a relacionarem-se de modo distante. Estas pessoas tendem a ser apropriadas, formais, conscientes, bem preparadas,

eficientes, confiáveis, persistentes e, por vezes podem ser percebidas como perfeccionistas, rígidas, indecisas e picuinhas.

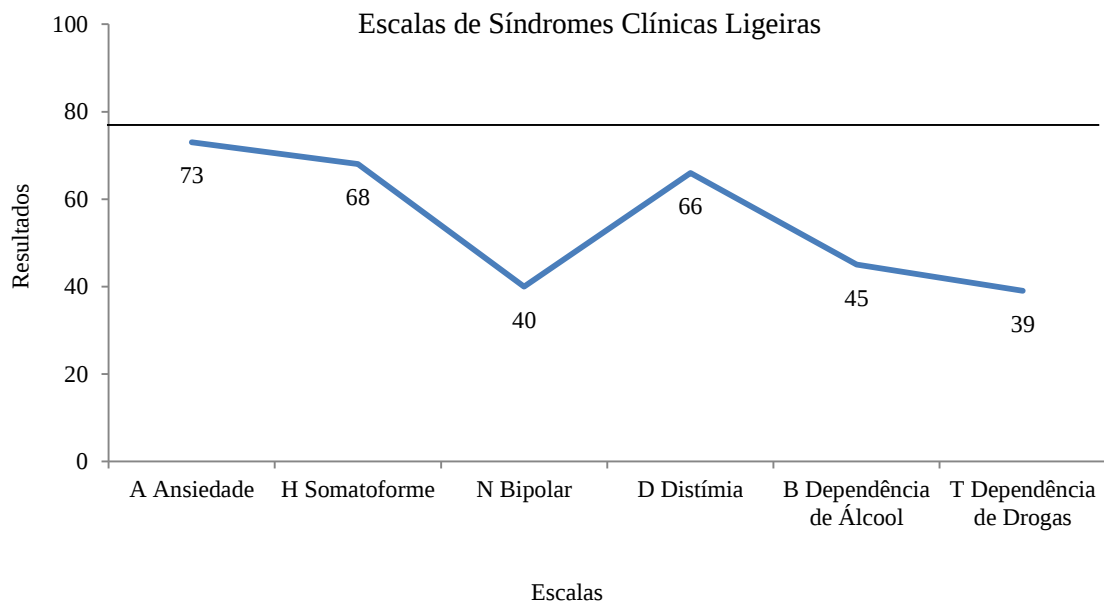
Relativamente às escalas de perturbação severa da personalidade indicadas na Figura 3, a que apresenta um resultado mais elevado de 73 é a agressiva-sádica, todavia esta elevação, apesar de se destacar das restantes escalas, não é clinicamente significativa.

Figura 3 – Resultados das Escalas de Perturbações Severas da Personalidade do MCMI-II



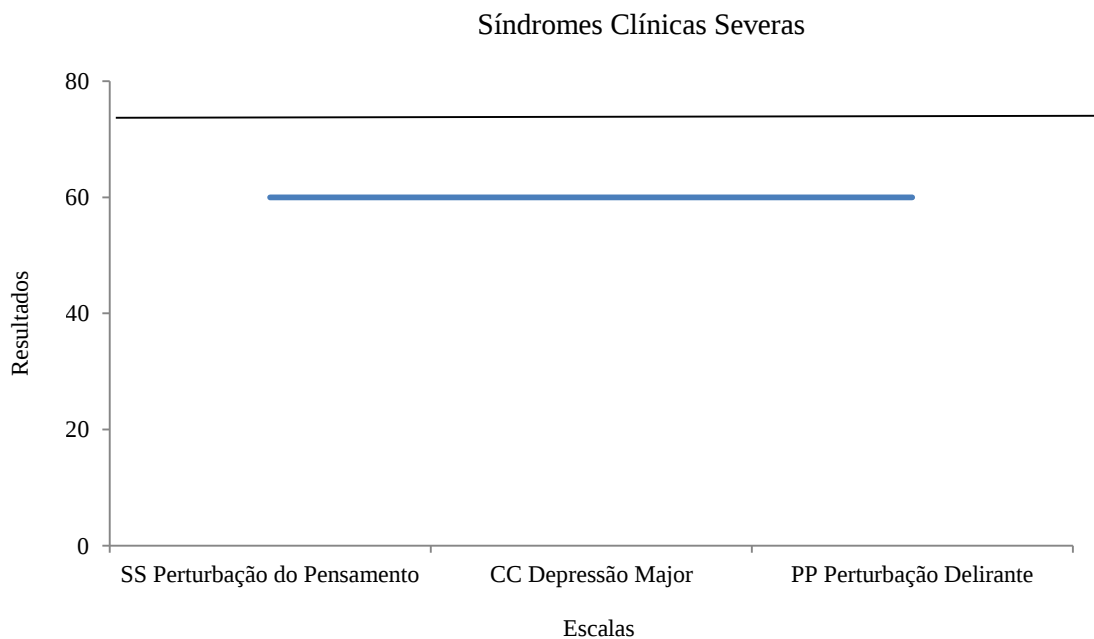
No que diz respeito às síndromes clínicas ligeiras (Figura 4) os resultados mais elevados apontam para a escala ansiedade e somatoforme com 73 e 68 valores, respectivamente. Contudo nenhum dos valores é elevado o suficiente para ser clinicamente relevante.

Figura 4 – Resultados das Escalas de Síndromes Clínicas Ligeiras do MCMI-II



Por fim, na categoria de síndromes clínicas severas, M. as três escalas apresentam o mesmo resultado de 60 não sendo este clinicamente significativo.

Figura 5 – Resultados das Escalas de Síndromes Clínicas Severas do MCMI-II



Objectivos da Intervenção

Posto isto, apresentamos agora os objectivos iniciais do acompanhamento psicológico e as posteriores mudanças. Pelo contexto em que nos encontramos, tendo em conta as limitações de tempo e a pressão para obtenção de resultados positivos, os nossos objectivos não puderam ser muito ambiciosos como se de um acompanhamento de longa duração se tratasse. Estamos, assim, perante um acompanhamento pontual de curta duração cujo propósito passa pela intervenção no momento de crise. Assim, tendo em conta a nossa interpretação do caso e ao preservar o ritmo da cliente adoptando uma postura não-directiva, pretendemos a criação de *insight* relativamente às discrepâncias do seu desempenho e aos padrões de exigência que tem para consigo. Pensamos ser igualmente importante a aquisição de estratégias de *coping* adequadas e modos adaptativos de satisfação de necessidades.

Síntese da Intervenção

Com o propósito de descrever de modo sintético mas claro o processo de acompanhamento psicológico bem como a nossa intervenção optámos por apresentar os pontos essenciais referentes a cada sessão (ver Anexo F).

Num primeiro momento M. descreveu todo o seu historial médico desde o momento considerado por si como o início, relatando os internamentos de modo organizado e coerente. Deu especial ênfase ao diagnóstico da filha, como foi chocante e “arrasador” (M3) (sic) do ponto de vista da culpa “destrutiva” (M3) (sic) que surgiu. Segue contando o percurso de vida da filha e como esta, ao contrário de todas as probabilidades, se tornou numa jovem trabalhadora e independente. Reflecte sobre o seu diagnóstico afirmando que num momento pensou-se ser bipolaridade chegando a tomar medicação para este efeito que não surtiu resultados. Afirma que a discrepância entre o funcionamento excessivo e a depressão é justificada pelos seus traços de personalidade. Quando melhora de um estado depressivo, trabalha desalmadamente numa tentativa de ganhar o tempo perdido. Esta cliente apresenta-se muito descritiva, pormenorizada dando diversos exemplos de como era difícil educar uma filha com retinose. Contudo a sentida culpa foi dissipando à medida que começava a entender que a filha poderia alcançar todos os

seus objectivos. Relativamente ao seu estado neste momento, M. afirma que não tem vontade de estar com ninguém, não se identificando com as actividades ou com as pessoas da clínica. Sente vontade de estar em silêncio, em isolamento e a dormir constantemente. Não tem vontade de ver televisão ou ler, sente-se vazia. Preocupa-se com a possibilidade de vir a definhar e perder as capacidades (1ª consulta). Neste momento iniciam-se as dificuldades em ir a casa no fim-de-semana ficando de cama o tempo todo afirmando que é stressante estar em contacto com muitos dos problemas que a trouxeram à clínica como as questões familiares. Nesta vertente fala do seu pai e irmão, das dívidas por eles contraídas e da relação entre ambos. Esta situação fá-la sentir-se impotente e a pessoa mais sozinha no mundo. Afirma que sente que há muito para resolver “cá dentro” (M19) (sic) pelo facto de ter desejado a certa altura concluir o divórcio pacificamente ou seja, privilegiando o bem-estar de todos. Sente que dedicou uma vida à educação da filha e não ficou favorecida economicamente. Menciona o seu pai dizendo que era a sua preferida, que a sua relação com a mãe era muito boa mas que M. foi um fardo para a família dado que não era uma filha planeada. Existe uma profunda admiração pelo pai desejando ser como ele, idolatrando-o em oposição à mãe descrita como agressiva (2ª consulta). Menciona o seu ex-marido descrevendo-o como dominante, castrador, não querendo que M. trabalhasse ou tirasse a carta de condução, amuando durante meses sem lhe falar e ignorando-a quando alguma discussão existia. Volta a mencionar que sente ter questões dentro dela por resolver, que passou a vida toda numa “gaiola” (sic) e que agora pode mas não consegue sair. Reconhece que a religião Jeová, apesar de ter abandonado, representa muito na sua vida dado que há princípios ainda presentes como a perfeição que busca nela e nos outros. Refere que se isola pois fica farta do ser humano e da sua imperfeição. Descreve-se como “obcecada com a limpeza” limpando e aspirando a cozinha duas vezes por dia. Este cuidado é potenciado pela ausência de visão da filha exigindo que tudo esteja no seu lugar (3ª consulta). Surge, entretanto, a maior preocupação com o facto de se perder frequentemente quando sai da clínica associando esta situação à demência do pai e da avó pensando que pode vir a ocorrer o mesmo consigo no futuro. Sente igualmente dificuldade de concentração impedindo-a de ouvir musica, ler,

sintomas estes que afirma terem surgido após ter tirado a licenciatura. Posteriormente a esta licenciatura considerou obter o grau de mestre afirmando que é o que deveria ter feito porque se o fizesse “não tinha aberto um vazio a isto que está a acontecer” (M40) (sic). Refere que quando se ocupa com coisas que a gratificam pessoal e profissionalmente relativiza tudo o resto. Reconhece que trabalha incontrolavelmente até à exaustão sem qualquer equilíbrio. Até os seus *hobbies* são produtivos implicando a construção de algo. Há melhoras em relação ao fim-de-semana uma vez que já não fica todo o dia na cama melhorando também o contacto com as pessoas na clínica não se isolando tanto (4ª consulta). M. faz referência às tentativas de suicídio e como vieram em consequência de vários factores tais como a medicação forte, a solidão que sentia enquanto casada, a doença da filha, o falecimento da mãe e o término do casamento. Contudo não especifica esta situação. Afirma que se sente melhor na clínica do que em casa embora reconheça que em ambos os locais é bem tratada (5ª consulta). M. sente-se frustrada pelo fim-de-semana ter corrido pior e por não conseguindo sair. Teve contacto telefónico com o irmão e com o pai onde se salienta o seu desejo de cuidar melhor do pai sentindo-se negligente enquanto filha. Nesta vertente surge o sentimento de culpa, e com ele associado o desejo da perfeição (“gostava de ser boa em tudo mas não consigo”, sic) (M97). M. entende que este perfeccionismo é, também, advindo do pai uma vez que reconhece nele esta característica sendo por este motivo que se sente tão magoada por ele neste momento não viver na organização e limpeza que sempre fizeram parte da sua vida (6ª consulta). Observa-se uma sensação crescente de um maior bem-estar na clínica do que em casa dado que na primeira sente-se segura e sem responsabilidades. O facto de não ter que realizar qualquer tarefa na clínica fá-la sentir tranquila reconhecendo que esta situação se deve à exigência consigo mesma afirmando que “os trabalhos de casa levam-me à exaustão” (sic) (M114). Apesar de ter este *insight* não consegue controlar. Quando não consegue ter o desempenho que normalmente tem (como nas situações de depressão) sente-se “inútil” (M119), “um vegetal” (M119) percebendo que não dá a si mesma o direito de descansar, de simplesmente nada fazer (7ª consulta). Continua a existir inércia e apatia durante o fim-de-semana. Afirma que precisava de ter vontade de sair à rua e de fazer o

que habitualmente fazia. Por se ter dedicado à licenciatura, há aproximadamente 3 anos que não faz as coisas que gosta e reconhece que deveria ter repartido o descanso em miniférias ou fins-de-semana. M. menciona que a ética do trabalho e da perfeição surgiram após o casamento em que tentava manter a casa impecável, fazer muito e bem (8ª consulta). Na 9ª consulta optámos por aplicar a Técnica de Focagem de Wolfe com o intuito de entrar em contacto com as emoções da cliente numa vertente menos racional, mais emotiva e espontânea. A aplicação desta técnica pressupõe uma ligeira introdução que constitui um período de calma e de respiração diafragmática. É dito ao cliente para permitir que os pensamentos surjam, sejam eles quais forem. É-lhe pedido para que se foque nas sensações corporais, na localização física da sua ansiedade relatando os pensamentos e sentimentos que surjam (Wolfe, 2005). A emoção obtida foi, previsivelmente, a culpa uma vez que M. sente que está a traumatizar a filha por passar quase toda a sua juventude doente. Sente que é culpada pela sua baixa auto-estima afirmando que lhe transmitira isso. Narra uma situação em que acusou a filha de não ter aspirado o quarto e ao reflectir sobre a mesma declara que “há coisas mais importantes na vida sem ser limpar o pó” (M166) (sic). Diz sentir-se “mesquinha” (M171) valorizando “coisas que não importam nada” (M172) (sic). Afirmo também que antes encontrava razões para não estar bem e agora não entende porque não consegue fazer determinadas coisas como sair de casa. Na semana seguinte M. afirma que o fim-de-semana continua a correr mal pois dorme todo o dia, não toma banho, não mantém contacto com ninguém e quando chega a hora de voltar para a clínica sente palpitações, aceleração da respiração, tremores e sudação pela antecipação de sair de casa. Sente-se medrosa do mundo lá fora (10ª consulta). Na próxima consulta a cliente diz sentir-se muito bem relativamente a todos os outros dias. Há uma tomada de responsabilização começando a agir no sentido da sua recuperação. Evitou pedir o medicamento de SOS durante a noite, decidiu andar a pé pela manhã e ir ao café com os colegas. Recebe um telefonema de apoio da parte do irmão e emociona-se afirmando que se sente sozinha embora nunca o tenha admitido para si mesma até então. Esta sensação advém do facto de a família ter ficado desfeita após o falecimento da mãe, da falta de rumo do irmão e do seu divórcio. Surge também uma

nova perspectiva em relação ao pai e a toda a situação das dívidas e das obras da sua casa. M. entende que percebeu mal e que as remodelações da casa eram afinal feitas com boa intenção, pretendendo deixar algum património para os filhos. Esta consciencialização espontânea revelou-se crucial no seguimento do processo terapêutico (11ª consulta). M. encontra-se nesta altura preocupada e frustrada com a discrepância entre o seu bem-estar na clínica e em casa. Na clínica nota uma melhoria do seu humor, sente-se mais activa, colaborante, dorme menos e passeia, enquanto em casa o padrão de inércia prevalece. Reflecte sobre isto e afirma que não se sente integrada na sua casa, que não pertence lá, que tudo a deixa enjoada e a faz sentir repulsa. Preocupa-a similarmente o facto de representar uma sobrecarga para filha uma vez que não a ajuda nas tarefas domésticas. Culpabiliza-se por não fazer o que pensa que lhe compete em casa enquanto, a respeito da clínica, menciona que “cuidam de mim aqui (...) puseram-me o jantar à frente e eu só tenho que dizer obrigado” (M235) (sic). Emociona-se muito ao falar sobre o seu pai que fez anos não tendo telefonado para o felicitar. O pai, que posteriormente telefona-lhe desculpando-a, juntamente com a situação relativa à filha fá-la sentir que não cumpre as suas obrigações como mãe e filha que é. Perante tudo isto nós devolvemos a seguinte reflexão: “deve ser complicado viver com o peso do dever, do devia e não faço” (T239) sendo que M. afirma: “devia fazer muito e não faço nada” (M240) (sic) (12ª consulta). Após uma consulta emotiva com o seu psiquiatra a cliente questiona-se enraivecida relativamente à razão pela qual não conseguiu ir dar um “beijo” de parabéns (M243) ao pai afirmando que “gostava muito de deixar de ser parva” (M243) (sic) e começar a aproveitar as coisas boas da vida desapegando-se do sofrimento. Reconhece que é uma escolha sua não querer ser demasiado feliz indagando-se: o que vem aí de bom? “O meu pai vai acabar por morrer”, ou seja, não antevê nada de positivo, “não tenho motivo para lutar por uma felicidade, mais vale ficar muito quietinha e gozar os dias de paz” (sic) (13ª consulta). O próximo fim-de-semana correu melhor, esteve mais activa apesar de não ter conseguido sair de casa. M. relata uma situação em que estava a aspirar e subitamente sentiu-se cansada decidindo interromper a actividade. Reflectindo sobre esta experiência afirma que tem que aprender a facilitar a sua própria vida porque a exigência consigo mesma acaba por

prejudicá-la: “tal como decidi parar o aspirador podia ter decidido sair e não o fiz por isso sei que há outras batalhas a vencer” (M250). M. afirma que “a vida não é aqui, é lá fora para viver, que não adianta traumatizar-me com a vida do meu pai, do meu irmão, da I. porque eles vão seguindo e que é a lei da natureza (...)” (M253) (sic). No que diz respeito às questões relativas ao pai afirma que a sua própria reacção foi excessiva, “nem consigo perceber porque é que há um mês e tal atrás isso me perturbou tanto” (sic) (M256). Reconhece também a necessidade de cuidar de si (“por mais que possa fazer muito pelos outros tenho que também fazer por mim (...)”, sic) (M256). Relativamente ao seu desempenho e perfeição acentuados reflecte mencionando que existe uma influência genética da parte do pai, que perdeu mais de um terço da sua vida a realizar trabalhos domésticos e que tem que modelar isso mencionando que “se estiver um cabelo no chão está, é normal, temos cabelos” (sic) (14ª consulta). A antecipação da alta começa a fazer-se sentir e M. não se sente preparada para voltar para casa. Sente as dificuldades de não conseguir sair à rua nem cozinhar não entendendo a razão. No fim-de-semana discutiu com a filha relatando que tem que lhe lembrar que ainda está doente. Coloca a hipótese a si mesma de que se calhar está a fazer inconscientemente algo contra ela: “Parece que inconscientemente eu me reservo o direito de durante alguns meses por ano desligar-me desse papel (*de mãe*) para sobreviver, é um papel que me leva à exaustão” (M275) (sic). Afirma que o que mais queria era ser reformada para ficar dia e noite em casa. Coloca a hipótese de existir uma incapacidade mental que a impede de aproveitar a vida como deveria. Faz um balanço emocionado do acompanhamento psicológico mencionando que nunca se sentiu tão compreendida, reconhecendo competência, ausência de julgamento e total compreensão (15ª consulta). M. percebe que cabe a si fazer o trabalho necessário para sair da clínica havendo um factor de responsabilização que vem, contudo, associado com a culpa afirmando que “a toda a hora, passo a vida a culpabilizar-me (...)” (M277), “abala-me o julgamento sobre mim própria” (M278) (sic). Associa esta culpa e o julgamento sobre si à religião Jeová que preconiza que os seres humanos devem caminhar para a perfeição entendendo que estes princípios vigoram em si. A sua ligação com a clínica é intensificou-se ao longo da sua estadia referindo que se sente no

melhor lugar do mundo “porque quando vou para casa sinto-me (...) desprotegida” (M282), “lá em casa sei que me vai cair novamente a vida (...)” (M286) (sic) (16ª consulta). O fim-de-semana corre novamente mal não tendo conseguido sair, cozinhar, fazer outras tarefas domésticas nem tomar banho. A cliente menciona que quando era casada costumava sair em família tendo deixado para trás amigos de escola. Todavia, mais tarde já em processo de divórcio saía muito com amigos pelo que não vê justificação para tal impossibilidade agora. Esta meta que tenta ingloriamente cumprir há três fins-de-semana fazem-na ter uma crise de choro no fim-de-semana (17ª consulta). Na próxima consulta, M. afirma não sentir melhoras, facto que atribui a si mesma e não ao internamento uma vez que entende que a sua estadia na clínica já fez por ela o que podia. Contudo não compreende a grande discrepância entre o seu dia-a-dia na CPSJ e em casa. A única causa que encontra é o facto de não gostar da sua casa sendo que face à mesma adoptou uma postura tranquila (“o tempo há-de se encarregar de me mostrar o caminho”, sic) (M294) (18ª consulta). Quando em casa tenta sair à rua, cozinhar ou tomar banho surgem sintomas como palpitações, tremores e sudação. Comparando com a entrada M. vê-se mais nervosa e deprimida. Sente que a pressão do seu psiquiatra e da filha para que saia não é produtora (“sinto-me esmagada”, sic) (M297). Sente-se inútil, com menos direito do que as outras pessoas em estar na clínica por não conseguir fazer o que se propõe questionando-se: “mas será que é possível que eu inconscientemente faça isso para ficar cá mais tempo? Mas eu já nem quero continuar aqui” (sic) (M299). Menciona novamente a tatuagem da fénix que tem nas costas como símbolo da libertação, da mudança que após o divórcio poderia concretizar o que desejasse e perante essas lembranças questiona-se: “e o que fiz foi isto?” (sic). Neste momento optámos por mencionar que é como se existisse uma M. ideal, sendo a pessoa que gostaria de ser fazendo o que tinha planeado, e uma outra M. que seria a real que não conseguiu fazer o que se propôs e que se sente inútil. Existe ainda outra M. sendo aquela que os outros imaginam que deve ser, no sentido de estar bem aparentemente sendo por todos aconselhada a sair da clínica. A cliente reconhece a discrepância entre as três e fica reflexiva em relação ao que foi dito. Posteriormente remetemo-nos aos hospitais psiquiátricos pelos quais

passou e reflectimos sobre o facto de M. comparar estes locais a férias onde se sente segura e onde “recarrego baterias” (sic). A cliente afirma que num dos internamentos no Hospital Miguel Bombarda pediu para ficar lá apenas para descansar ao que devolvemos a seguinte reflexão: “É como se houvesse uma desadequação da gestão do cansaço e da maneira como esse descanso é feito”. M. reconhece veracidade nesta afirmação, concorda e elabora afirmando que sabe que deve ter férias e fins-de-semana. Contudo, ficámos na dúvida até que ponto é que se apossou de facto destas noções. Neste seguimento fazemos a seguinte intervenção: “sei que pode parecer um pouco interpretativo mas é como se as características que aponta em si como M. ideal me lembrassem do seu pai e do que admira nele”. A cliente reage com estranheza inicialmente numa atitude reflexiva identificando-se contudo com o que foi dito (19ª consulta). Na próxima consulta fala-nos do seu lado romântico recordando com entusiasmo e alegria a época em que com 16 anos começou a namorar com aquele que viria a ser o seu marido declarando que “tive sorte em encontrar um homem que me amava profundamente e eu a ele, foi assim um conto de fadas nos primeiros anos” (sic). Menciona também outra relação amorosa que teve no momento em que se separou do seu marido tendo terminado no ano passado. Este relacionamento foi muito relevante afirmando que o seu término representou um luto que a trouxe à clínica. Esta foi uma relação da qual M. esperava um relacionamento sério e sofreu ao entender que não era correspondida do mesmo modo (“Eu reagi mal, a pessoa achou que eu sabia bem no que me estava a meter quando na verdade não sabia, eu era apenas uma miúda de 16 anos que tinha casado e que entretanto lhe passaram 15 anos por cima, já tinha tido uma filha mas na minha cabeça não me passava ser a aventura de ninguém ou a segunda pessoa de ninguém”, sic). Volta a mencionar o seu funcionamento e produtividade excessivos afirmando que há coisas que não deveria fazer da maneira que faz, deveria ter um “*ship* na cabeça” (sic) que lhe dissesse “vai de férias, vai descansar” (sic) (20ª consulta). No fim-de-semana seguinte continua sem conseguir sair envolvendo-se numa discussão com a filha. O desespero de não conseguir sair a não ser de casa para a clínica e vice-versa começa a fazer-se sentir. Tenta encontrar justificações para esta situação colocando a hipótese que pode ter que ver com o isolamento como

característica presente nas suas depressões, bem como com o facto de se ter perdido e com a pressão a que se sente submetida. Contudo reconhece que as batalhas que faltam vencer dependem de si relatando que “não estou cá a fazer nada a não ser não lutar, o que é confortável” (M304) (sic). Surgem pensamentos de suicídio no fim-de-semana juntamente com a sensação de inutilidade pelo facto de não ter conseguido cumprir as metas sentindo-se ridicularizada e com “vontade de desaparecer” (M306) (sic) (21ª consulta). Na última consulta, M. estava visivelmente mais alegre, bem-disposta e positiva mencionando que lamentava o término das sessões: “é com muita pena minha, vai ficar na minha lembrança para o resto da vida porque foi uma das pessoas que me devolveu (...) a alegria” (M311), “foi a melhor psicóloga que conheci na minha vida e devo dizer que sempre recusei as psicólogas, ia lá uma ou duas vezes e com a Dra. não” (sic) (M312). Faz um balanço pessoal reflectindo sobre o que aprendeu ao longo deste processo afirmando a relevância de “desabafar” (sic) (M313) com os profissionais que a podem auxiliar, “havia muita coisa para mexer e ainda bem. Pela primeira vez não me senti mal por remexer nas coisas mais profundas e íntimas (...)” (sic) (M314). A cliente menciona que gostou muito do acompanhamento, que foi útil, referindo que nunca se sentiu julgada mas sempre respeitada tanto profissional como humanamente “de uma forma inteligente e correcta” (M316) (sic). Fez críticas construtivas sobre a sua percepção dos acompanhamentos até à data: “a maneira como está frente ao cliente é uma forma muito elegante, muito *soft*, não entra em conflito, não é preciso” (M316) (sic). Indica a sua evolução pessoal relatando que apesar de não se sentir “a 100%” (M319) (sic), uma vez que ainda não conseguir ultrapassar as questões de sair de casa e fazer as lides domésticas, não fará disso uma prioridade (“Se não conseguir aspirar hoje não aspiro, vou continuar a dar a mim mesma a folga de carácter que preciso na minha rigidez”, sic) (M319). Reconhece que é importante encontrar momentos de descanso e elabora sobre isto ao afirmar que “é importante viver a vida em pleno, equilibrar o trabalho com o lazer. Porque isto de trabalhar desalmadamente até à exaustão e depois vir para clínicas não pode ser” (sic) (M321) (22ª consulta).

Análise Clínica

Segundo o nosso ponto de vista entendemos que a cliente apresenta um modo de funcionamento desequilibrado entre os momentos em que é produtiva, ou seja, em que desempenha, e os momentos de repouso e diversão. Esta discrepância acentuada alimenta os diversos internamentos que existiram uma vez que as instituições psiquiátricas são, pela utente percebidas, como locais de descanso, de férias. É visível a crença de *quando não desempenho não presto* bem como a ausência de controlo sobre os padrões de exigência elevados consigo mesma e com os outros sendo isto coerente com os resultados obtidos através do MCMI-II. Podemos associar estes factos à perpetuação do pai como modelo de desempenho mas é meramente uma hipótese interpretativa. Entendemos, igualmente, que o desempenho, em específico a sua dedicação à licenciatura e o desejo de obter o grau de mestre, são estratégias de *coping*. O que nos leva a questionar, até que ponto o luto dos acontecimentos trágicos da sua vida foram concretizados? (“Acho que não tinha feito o luto de tudo, andava tão embrenhada que não tinha tempo para chorar as coisas que me aconteciam (...)”, sic) (M259). A cliente apresenta uma tendência para a catastrofização visível na inicial perspectiva relativamente à situação do pai e posterior mudança da mesma. Esta propensão é associada aos indivíduos com traços de compulsividade e de controlo presentes no resultado adquirido através MCMI-II.

Relativamente ao diagnóstico clínico de M., tivemos em consideração os dados recolhidos durante a observação, entrevista clínica bem como os resultados obtidos através do BDI e MCMI-II. Posto isto, colocamos a hipótese que a sintomatologia pode estar associada a um quadro de Perturbação Depressiva *Major*, Recorrente cujo episódio actual é moderado tendo em conta o número de sintomas e a gravidade dos mesmos. Todavia sabemos que esta hipótese de diagnóstico não é suportada pelos resultados do MCMI-II nomeadamente a nível das síndromes clínicas severas (Figura 5). Apesar desta discrepância temos em consideração todos os outros dados mencionados bem como os relatos da cliente e o seu historial o que nos leva a colocar esta hipótese de diagnóstico. Entendemos que se trata de uma depressão reactiva por ser consequência, no seu início, do diagnóstico da filha, tendo melhorado sem nunca ter existido

completa ausência de sintomas subsistindo um agravamento dos mesmos em consequência de variados acontecimentos como o clima conflituoso do seu casamento, hospitalização do pai, falecimento da mãe, entre outros.

Tendo acesso à história clínica de M. podemos sintetizar os seus sintomas como choro intensivo, ausência de energia bem como consequente inacção nas actividades do dia-a-dia, vontade de morrer, dificuldade em concentrar-se, sentimentos de culpa e de inutilidade. De acordo com o DSM-IV-TR os sintomas depressivos observados também na cliente são caracterizados por humor depressivo persistente, fadiga ou perda de energia, diminuição do interesse e prazer nas actividades habituais, pensamentos recorrentes acerca da morte, diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva (APA, 2000).

Pelo facto de M. apresentar comportamentos de grande produtividade e desempenho seguidos da diminuição da mesma, numa primeira observação poder-se-ia ponderar a existência de Bipolaridade do Tipo II onde se verificam episódios hipomaníacos. Todavia, com um olhar mais atento e através do auxílio do MCMI-II, é viável concluir que não se cumprem os critérios de diagnóstico suficientes não existindo registos da ocorrência de um humor persistentemente elevado nitidamente distinto do humor não depressivo habitual (APA, 2000).

Parece-nos, assim, que as principais manifestações sintomáticas enquadram-se num quadro depressivo cuja origem reside em factores situacionais. É sabido que a depressão envolve disfunções interpessoais e cognitivas que são vistas, segundo algumas perspectivas, como desempenhando um papel crucial na etiologia e manutenção da patologia. Relativamente às disfunções interpessoais, a depressão foi associada à rejeição interpessoal, apoio inadequado em tempo de crise e conflitos maritais (Roberts, et al., 1996) Estes âmbitos verificam-se no caso da cliente especificamente no que diz respeito à ausência de apoio por parte do ex-marido ao longo de todo o relacionamento, porque embora contribuisse para as tarefas familiares a sua atitude era permanentemente “castradora” e “dominante” (M132) (sic) existindo constantes conflitos. Também, o retorno dos sintomas depressivos após uma fase de melhoria está relacionado com o

crítico familiar enquanto a recuperação é predita por níveis baixos de conflitos familiares e um funcionamento geral positivo da família (Roberts, et al., 1996). No caso de M., asseveramos a existência de conflitos familiares, ausência de harmonia familiar, sendo factores que podem ter contribuído para a perpetuação dos sintomas depressivos durante anos.

Todavia e, alargando o nosso quadro conceptual, podemos colocar a hipótese de este panorama sintomático depressivo estar associado a uma provável vinculação insegura da cliente relativamente à mãe uma vez que a última supracitada era descrita por M. como alguém que a “maltratava não fisicamente mas de outras formas” (sic), não se sentindo uma filha desejada e existindo uma clara preferência pelo irmão em detrimento da utente. Através de uma revisão de literatura é observável que crianças cujas experiências precoces de vinculação não foram concretizadas com sucesso, a probabilidade de ocorrerem padrões de vinculação inseguros e expectativas negativas acerca de si mesmos e dos outros é grande. Deste modo, em indivíduos cujas experiências de infância incluem maus-tratos (independentemente dos seus subtipos) e negligência, há uma predominância de vinculações inseguras e desorganizadas (Cicchetti et al., 1995, citado por Benavente, 2010). A vinculação, por sua vez, está associada com a depressão. Ou seja, parece existir uma forte relação entre a vinculação do adulto e os sintomas depressivos (Roberts, et al., 1996; Wei et al., 2006; Garrison, et al., 2012; Herber, et al., 2010; Bowlby, 1988, citado por Simpson, et al. 2003). A teoria sugere que as relações cuja vinculação é problemática tornam-se representadas mentalmente como um negativo *internal working model* acerca de si mesmo e dos outros. A activação destas estruturas cognitivas contribuem para variadas formas de *distress* psicológico como a depressão (Roberts, et al., 1996). Ou seja, uma vinculação insegura cria uma vulnerabilidade emocional ao *distress* dado que as estratégias de regulação emocionais não-adaptativas utilizadas originam uma repetição de experiências negativas do próprio indivíduo (Garrison, et al., 2012).

Diversos investigadores identificaram possíveis mediadores da relação entre a vinculação insegura e a depressão entre os quais se salienta o perfeccionismo não-adaptativo (Wei, et al., 2003, citado por Wei et al., 2006). O perfeccionismo é visto como um constructo

multidimensional ramificando-se em perfeccionismo adaptativo e o não-adaptativo (Flett & Hewitt, 2002, citados por Wei et al., 2006). O segundo pressupõe a existência de elevados objectivos irrealistas, preocupação com erros bem como a percepção da discrepância entre a *performance* e os objectivos pessoais (Enns & Cox, 2002, citados por Wei et al., 2006; Hamachek, 1978, citado por Rice & Mirzadeh, 2000). Este perfeccionismo é algo que pensamos estar presente no funcionamento de M. sendo visível em diversos momentos pela mesma citados ao longo do acompanhamento entre os quais salientamos o facto de querer sempre fazer “muito e bem” (M156), pretendendo ser “boa filha” (M98), “boa mãe” (M98), boa profissional e “boa dona de casa” (M98); mencionando que “eu tenho que fazer tudo ainda que haja algo mais importante para fazer” (M116) (sic); “ (...) eu era capaz de trabalhar seguido toda a noite e no outro dia ir trabalhar, por exemplo passar a ferro até as 3/4h e depois (...) já não valia a pena ir dormir, fazia uma limpeza qualquer na cozinha e ia de directa trabalhar” (M116) (sic); “agora estou melhor, já não faço bem directas mas faço as coisas assim meio exausta, nem que faça de arrasto mas faço” (M116) (sic). Este perfeccionismo aparece na literatura associado a uma vinculação insegura (Mirzadeh, 2000, citado por Wei, et al., 2006) e à depressão (Chang, 2002; Chang & Sanna, 2001; Cheng, 2001; Hewitt & Flett, 1991, citados por Wei, et al., 2006; Rice & Mirzadeh, 2000). É assim possível que os adultos com níveis elevados de vinculação ansiosa e/ou evitante desenvolvam um perfeccionismo não-adaptativo que, por sua vez, conduza à depressão (Wei et al., 2006; Rice & Mirzadeh, 2000). Este perfeccionismo desempenha um papel mediador na relação entre a vinculação e o humor depressivo (Wei et al., 2004, citado por Wei, et al., 2006). Adicionalmente, alguns estudos afirmam que o *coping* ineficaz é mediador entre o perfeccionismo não-adaptativo e a depressão (Dunkley, et al., 2000, citado por Wei, et al., 2006). Os indivíduos muito perfeccionistas e autocríticos, lutam para atingir os *standards* parentais identificando-se com as atitudes dos mesmos e seguindo-as de modo a que nunca fiquem suficientemente satisfeitos (Blatt, 1995, citado por Rice & Mirzadeh,

2000). Transferindo estas premissas para o caso de M., encontramos uma adoração do pai e a, conseqüente valorização da ética profissional e pessoal do mesmo. Aqui estão incluídos os parâmetros da perfeição a nível do trabalho, da aparência física, da organização e limpeza domésticas (“o meu pai (...) tinha a casa impecavelmente limpa, a comida na mesa, era de um rigor como se fosse a minha mãe” (M103) (sic); “ (...) as coisas estavam escrupulosamente arrumadas nos seus lugares porque cada coisa tem o seu lugar para estar e eu aplico isso na minha vida também (...) ” (M106) (sic); o pai ia visitá-la sempre “bem vestido como um presidente”, sic).

Ao longo do processo de acompanhamento a cliente manteve uma postura colaborante, motivada (“estava sempre ansiosa para vir (...) ”, sic) (M312) e participativa, tendo sido criada uma relação terapêutica muito positiva e essencial para o *outcome* terapêutico (Freire, 2000). A mudança por nós observada constituiu um processo gradual ao longo das sessões com a qual ficámos satisfeitos. Verificou-se uma consciencialização relativa à reorganização das suas prioridades retirando algum valor às tarefas domésticas (“aquelas coisas triviais que não consegui fazer, não tenho a veleidade de achar que vou chegar a casa e fazer mas também não vou fazer disso uma prioridade. Se não conseguir aspirar hoje não aspiro, vou continuar a dar a mim mesma a folga de carácter que preciso na minha rigidez para que eu própria seja mais feliz e aos outros também”, sic) (M319), entendendo, também, a importância de contrabalançar o trabalho com repouso (“Aproveitar melhor a vida, equilibrar o trabalho com o lazer”, sic) (M321). As suas estratégias de *coping* verificam-se ser mais adaptativas e equilibradas ao afirmar que “ (...) isto de trabalhar desalmadamente até à exaustão e depois vir para clínicas (...) não pode ser” (M321) (sic); “essas coisas vão ter que passar a ser equilibradas por mim fazendo novos caminhos, intervalar um fim-de-semana, sair, desligar da vida de família e de trabalho e poder divertir-me mais, sair, conhecer, viajar (...) ” (M321) (sic); “está na hora de fazer isso” (M321) (sic); “há coisas mais importantes na vida sem ser limpar o pó” (M166) (sic).

Salientamos, igualmente, o processo através do qual verificamos uma gradual aceitação por parte da cliente dos seus próprios sentimentos, alguns dos quais especialmente difíceis de

admitir relativos ao cansaço de anos a educar a filha uma vez que “ (...) fui toda a vida os olhos da minha filha” (M23) (sic). M. mencionou o cansaço que sentia em sair com a filha, em guiá-la, protegendo-a contra possíveis obstáculos, descrevendo-lhe tudo quanto via ao detalhe, sendo este um processo exaustivo. A admissão destes sentimentos e pensamentos fizeram parte do caminho de se tornar pessoa dado que, enquanto são expressados juntamente com a atitude congruente e uma consideração positiva incondicional da terapeuta, a cliente começa a aceitar-se mais, tomando uma atitude semelhante em relação a si, entrando num estado de congruência consigo mesma, sendo quem realmente é e adoptando uma atitude mais aberta que potencia o seu crescimento como organismo humano (Rogers, 2001).

Apesar de todas estas alterações, até à data da alta mantiveram-se alguns processos que não sofreram evolução como a incapacidade de M. em sair de casa e cozinhar. Contudo, salientamos outros desafios superados nomeadamente o isolamento, ausência de vontade de realizar as actividades da clínica, apatia, tristeza, catastrofização e culpa.

Reflexão Pessoal

Este caso revelou-se marcante no nosso processo de estágio por diversos fundamentos, que abordaremos seguidamente, entre os quais salientamos o excelente *feedback* dado pela cliente representando a eficácia da aplicação dos pressupostos de Carl Rogers.

Existem seis conhecidas condições essenciais ao processo terapeutico sendo a sexta relativa à necessidade que o cliente perceba de algum modo a presença da quarta e quinta condições, ou seja, a consideração positiva incondicional e compreensão empática, respectivamente. É esta última condição que, pensamos ter tido o privilégio de assegurar estando o reflexo da mesma implícito na apreciação que M. realizou aquando da última consulta: “ (...) a Dra. nunca me fez julgamentos e sempre houve muito respeito e aceitei muito bem tudo aquilo que me disse porque me disse de uma maneira eticamente e profissionalmente e humanamente (...) ” (M316) (sic); “Acho que se podem dizer coisas e ir buscar temas do passado como fez em algumas alturas sem precisar que me sinta confrontada ou julgada”, sic (M316).

No plano das dificuldades por nós sentidas, salientamos a complexidade do caso existindo uma sofisticação árdua de decifrar conceptualmente. Verificou-se, assim, ser um desafio positivo, a análise clínica do caso onde procurámos integrar os diversos dados do modo mais coerente, lógico e fundamentado possível.

Outro desafio prende-se com a terceira condição fundamental: a compreensão empática. Segundo Rogers (2001) a mesma designa a sensibilidade do terapeuta aos sentimentos do cliente, ao modo com este os vivência, apreendendo-os de acordo com o quadro fenomenológico do mesmo e comunicando-os posteriormente. Esta atitude refere-se à entrada no mundo do outro mantendo, contudo, o olhar nítido. A dificuldade prende-se quando de, algum modo, as experiências do cliente ressoam com as nossas, sendo necessária uma gestão adequada, deixando esses enviesamentos de lado sem colocar em risco a congruência do terapeuta. Trata-se, assim, de uma tomada de consciência, de uma aprendizagem interna e prática. Ultrapassando estes limites pessoais caminhamos em direcção à nossa formação como facilitadores do processo de tornar-se pessoa de outros. É uma aprendizagem teórica, pessoal e experiencial.

Em suma, esta experiência proporcionou-nos uma enorme gratificação representando um marco no nosso processo de aprendizagem. Relevamos o impacto deste caso não apenas no âmbito do trabalho clínico como na esfera pessoal. Numa fase em que ainda nos sentimos cobertos pela sombra da in experiência, a vivência na prática dos conteúdos teóricos que, por tantos anos, constaram dos nossos estudos revela-se incrivelmente sensibilizante.

Conceptualização do Caso Clínico – D.

Identificação do Paciente

D., um homem de 48 anos cuja nacionalidade é portuguesa, chega à clínica por encaminhamento do seu psiquiatra Dr. António Sampaio sendo referenciado para as consultas

de psicologia pela psiquiatra da CPSJ que o acompanha, Dra. Manuela Pinho duas semanas após ter sido admitido na clínica.

Pedido

O cliente procura ajuda relativamente ao facto de se sentir “confuso” estando esta sensação associada com o seu grande desconforto perto de determinadas pessoas independentemente do seu sexo ou aparência, referindo que é um fenómeno aleatório sem razão aparente. Esta situação é por ele denominada como psicoses.

Anamnese/ História Clínica

Quadro 4 - Dados Anamnésicos do Caso Clínico de D.

Estado Civil
Solteiro
Profissão
Polícia de Segurança Pública reformado em 2011. Trabalhou como tropa seis anos antes da sua profissão mais recente
Instrução
Terceiro ano da licenciatura em direito tendo desistido por sentir dificuldades em aprender
Residência
Vive sozinho na zona da Grande Lisboa
Religião
Catolicismo
Dados Recolhidos pela Observação
Excesso de peso, aparência ligeiramente descuidada. Contacto ocular infrequente, aparente desconforto e nervosismo. Discurso e pensamento letificados e ocasionalmente confusos. Campo lexical reduzido sendo difícil expressar-se. Dificuldade na introspecção e auto-reflexão. Dicção pouco clara.
Medicação
Centralina; Fluoxetina; Lorsedal; Abilify; Zyprexa e Risperidona (já no final do internamento)

1. História da Doença Actual

D. descreve o seu estado actual como confuso, devendo-se o mesmo ao grande desconforto que sente quando está perto de determinadas pessoas sendo estas descritas como aleatórias. Este sintoma surgiu quando o cliente tinha 37 anos, quatro ou cinco meses após o falecimento do seu pai em 2002. Foi depois da sua irmã o ter levado a uma consulta de psiquiatria, pois sentia-se “abalado” (D3), “triste” (D3) e na qual lhe foi receitado uns “comprimidos” (D3), que ocorreu o primeiro episódio de desconforto aquando de uma situação durante o seu trabalho enquanto polícia. Neste episódio D. estava sentado no banco traseiro do carro juntamente com outro colega as pernas de ambos estavam encostadas, o cliente começou a tremer surgindo desde então a sensação de não estar à vontade com esse colega pela possibilidade pensarem que D. poderia ser homossexual. Este desconforto é descrito pelo cliente do seguinte modo: “ (...) meteu-se aquilo na minha cabeça que cada vez que via o rapaz ficava vermelho, bloqueava mas não sentia nada pelo rapaz para além disto, não era bonito... Não sei o que se passou” (D4) (sic). Ou seja, D. ficava ruborizado, pouco à vontade junto do colega tendo estado, inclusive, envolvido num confronto físico com companheiros de trabalho “ (...) porque pensei que estavam a gozar comigo por eu ficar assim” (D5) (sic).

Futuramente sucedeu uma situação semelhante na qual D. sentiu-se de novo desconfortável por sentir que estava a olhar demasiado para um senhor: “meteu-se aquilo na minha cabeça, depois já era com várias pessoas e não só com o meu colega de esquadra. Sem explicação, não tem lógica nenhuma” (D6) (sic). Esta situação tem-se repetido com outras pessoas aleatoriamente, “ (...) não tem a ver com beleza física, não tem a ver com nada, simplesmente digo aquela pessoa não estou a vontade com ela, em todo lado eu arranjo alguém para não estar à vontade” (D6) (sic), estando sempre presente o medo que outros pensem que é homossexual (“ (...) não sou homossexual, se fosse acho que me matava, mas não sou”, sic) (D15).

Consequentemente, o seu subcomissário teve conhecimento da situação e levou-o ao médico da Polícia de Segurança Pública (PSP) que o encaminhou para o psiquiatra. Ficou 15 dias de baixa e iniciou acompanhamento com um psiquiatra onde foi medicamentado com

Anafranil e Diazepam. Começou a sentir melhoras, “senti-me como nunca me tinha sentido na vida, sentia-me bem sem constrangimentos” (D5) (sic).

Passados quatro anos do falecimento do pai, quando D. tinha 41 anos, morre a mãe à sua frente durante uma visita no hospital que descreve como “traumatizante” (D14) (sic). A partir deste momento deixou de se sentir “à vontade” (D14) com o cunhado: “parece que (vou contar uma coisa mas não quero que pense que sou homossexual) me senti atraído por ele naquela altura” (D14) (sic), “tive esta pequena fase de atracção e tinha o pensamento sempre a martelar na cabeça” (D14) (sic). Os seus pensamentos incluíam “estar deitado com ele mas não fazer sexo, coisas estupidas mas não compreendo porque não nasci homossexual, não sou homossexual, se fosse acho que me matava (...)” (D15) (sic). Todavia esta sensação diminui com a inclusão do Zyprexa 2mg, duas vezes por dia, “passada uma semana ele foi visitar-me e já não me afectou nada” (D14) (sic).

Antes desta data ocorreu um episódio no qual o seu pai disse para D. e para um amigo que estava consigo na altura: “podem-se juntar os dois, nenhum tem namorada” (D2) (sic). Esta situação fê-lo sentir muito “embaraçado” (D2) entendendo que se relaciona com o desconforto que sente não conseguindo, no entanto, explicar ao certo porquê.

Este presente internamento é o primeiro vindo em consequência do retorno dos sintomas de desconforto direccionados, não em específico para o seu cunhado, mas para diversas pessoas.

D. refere que teve no passado “duas ou três vezes esgotamentos ou depressões, não sei bem. Sentia que estava farto da vida” (D5) (sic). Afirmar terem ocorrido alguns anos antes do falecimento dos pais tendo-se agravado com a morte do pai. Contudo tanto os sintomas como os momentos em que ocorreram não foram clarificados no discurso do cliente sendo, por isso, as nossas informações neste âmbito limitadas. Apesar disto, presentemente a sua sintomatologia inclui uma grande revolta contra si mesmo por não estar à vontade com determinadas pessoas, afirmando que “ (...) estou farto desta vida, não faço cá falta, farto-me de pedir a Deus para me levar e não me leva, para andar a sofrer não faço aqui nada. Vale mais morrer, que eu não tenho coragem para me matar mas se Deus me levasse era um favor que me fazia” (D22) (sic). Sente-

se um “empecilho” (D23) (sic) uma vez que, segundo o seu ponto de vista, ninguém precisa de si. Menciona, igualmente, que nunca teve nada de bom, percepcionando-se como abaixo da média relativamente às outras pessoas. Afirmar nunca ter estado tão mal como agora sentindo-se “cansado”, “prostrado” e “triste” (D56) (sic).

D. refere igualmente a sua falta de auto-estima que deseja recuperar: “ (...) eu queria ter pelo menos auto-estima” (D36) (sic); “não gosto de mim, da minha cara, do meu corpo, não gosto de mim. Psicologicamente acho que não sou má pessoa mas fisicamente não gosto de mim” (D37) (sic). Esta ausência de auto-estima prende-se, portanto, com a sua aparência física, em especial com o seu peso e perdura desde cedo. D. relata um episódio no qual aos 17 anos durante um mês deixou de se alimentar emagrecendo 12kg, passando de 70kg para 58kg. Posteriormente, quando foi para a tropa o seu peso era de 58kg e passados seis anos, ao ir para a PSP, o seu peso aumentou para 74kg tendo em conta que a sua altura é de 1,72m. Refere, no entanto, que há 6 anos atrás (aos 42 anos) começou a engordar, engordando mais de 50kg, sendo o seu peso actual 120kg. Menciona também o seu problema na região do peito pretendendo realizar uma intervenção cirúrgica de estética para redução mamária. Houve uma fase na sua vida, antes de trabalhar como tropa, em que fazia “culturismo em casa” (D52 e D68) (sic) consistindo em 1200 flexões e 200 elevações na barra diariamente. Contudo relata uma situação na qual ao rever fotografias antigas nota que não tinha a aparência que na altura diz ter visto ao espelho (“Eu vi uma fotografia antiga tirada de baixo para cima que não tinha mas olhava-me ao espelho e via”; “é como as fotos do meu passado. Eu acho-me feio mas às vezes vejo fotografias do meu passado e penso, afinal não era tão feio como eu pensava”, sic) (D70 e D71, respectivamente).

2. *Antecedentes Familiares*

O pai de D., cuja profissão era vendedor de fruta, faleceu na consequência de um acidente vascular cerebral sendo que o cliente sabia deste desfecho 5 dias antes do mesmo.

O falecimento da mãe deveu-se a uma paragem cardio-respiratório decorrente de uma intervenção cirúrgica consequente da fractura do colo do fémur. Todavia, também “ (...) ela

começou a ouvir vozes (...)” (D12) (sic) o que é sugestivo da existência de alucinações embora não tenhamos mais informações neste âmbito (ver Anexo G).

3. *Antecedentes Pessoais*

D. nunca namorou, nem teve qualquer contacto físico dentro do plano amoroso (“Eu nunca tive uma namorada, nunca beijei uma mulher, nada, foi algo que sempre ambicionei” sic) (D2), excepto uma única experiência com uma prostituta. O cliente relata algumas paixões platónicas: “Eu tive uma grande paixão por uma mulher, uma paixão platónica porque nunca tive coragem para dizer com medo de perder a amizade dela” (D17) (sic); “Depois tive outra paixoneta por outra rapariga, disse-lhe e ela disse que gostava de outro e esqueci-a” (D17) (sic); “Houve outra na terra dos meus pais mas foi mais passageira, a minha prima disse para falar com ela mas não fui por achar que estou gordo (...)” (D18) (sic). Gostaria de casar, ter filhos mas pensa, no entanto, que “ultrapassei esse limite” (D46) devido à idade (sic). Todavia o cliente refere que às vezes quando sente receptividade por parte da mulher perde o interesse.

D. foi, na sua infância e adolescência, gozado sendo chamado de gordo e chegando a envolver-se em confrontos físicos descrevendo-se nessa altura como tímido, introvertido não gostando hoje em dia de conviver com pessoas extrovertidas

A relação entre os pais do cliente é descrita como boa mas com “chatices normais” (sic) não especificadas. Não demonstravam carinho aos filhos, não admitindo que fossem tratados por tu ou você mas sim por senhor/a. O seu pai bateu-lhe duas vezes de modo violento acabando numa delas por sangrar. A mãe dava uma “pancadinha” todos os dias sendo que, ao fazer 12 anos “decidiram não bater mais” (sic). Sente, no entanto, que os pais tinham razão a maior parte das vezes que lhe bateram afirmando que se tiver filhos agirá como os seus pais. Apesar de pensar assim neste momento, enquanto jovem era revoltado contra a educação dada pelos seus pais.

4. *Aspectos Importantes*

D. apresenta-se pouco motivado no seu plano de tratamento não se empenhando no mesmo uma vez que se recusa a cumprir determinadas actividades. Quando está em casa no fim-de-semana opta por desregular a toma da medicação e ao longo das sessões de acompanhamento

fomos percebendo a extrema valorização da imediatividade dos efeitos dos fármacos em detrimento de qualquer outro modo de ajuda que envolva empenho e compromisso da sua parte.

As consultas de psicologia seriam duas vezes por semana, à segunda e terça-feira, contudo D. faltava consecutivamente à consulta de segunda-feira mesmo depois de informado relativamente às consequências desta opção.

Durante as horas em que dorme, o cliente utiliza uma máscara para respirar a fim de evitar a apneia de sono devido ao seu excesso de peso.

Testes Aplicados

Não realizámos a aplicação de nenhum teste de avaliação psicológica uma vez que se tratou de uma intervenção terapêutica imediata de poucas sessões tendo em vista a identificação de conflitos, adaptação ao contexto de internamento hospitalar e gestão dos sintomas psicopatológicos pelo que nos restringimos à história e exame do cliente sem administração de testes chegando a uma avaliação compreensiva cujo carácter é mais descritivo (Cunha, 2003).

Objectivos da Intervenção

Deste modo, apresentamos agora os objectivos iniciais do acompanhamento psicológico. Tal como no caso de M. anteriormente apresentado, também com D. tivemos que contar com as contingências do contexto clínico no qual nos encontramos já mencionadas. Contudo, neste caso o número de sessões seria incomparavelmente menor o que não nos permitiu estabelecer muitos objectivos nem ambicionar alterações notórias no *outcome* terapêutico. Assim, tendo como alicerce a nossa interpretação do caso, os objectivos propostos baseiam-se na promoção de uma melhor adaptação à institucionalização, aumento do comprometimento, envolvimento e responsabilização no plano terapêutico e desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas para gestão de sintomatologia.

Síntese da Intervenção

Na primeira consulta o cliente relata a sua queixa referindo-se à mesma como se sentir “um pouco confuso” (D1) (sic) sendo o grande problema a sensação de desconforto perto de determinadas pessoas sejam estas homens ou mulheres ao que chama de “psicoses” (“penso que são psicoses mas não tenho a certeza se são, pelo menos dão-me medicamentos para isso”, sic) (D2). A esta situação são associados por D. outras condições como o facto de nunca ter tido uma namorada, os horários por turnos no seu emprego e o episódio no qual o pai disse para si e para um amigo “podem-se juntar os dois, nenhum tem namorada” (D2) (sic). Temporalmente, a circunstância destes sintomas ocorre em consequência do falecimento do pai e posteriormente da mãe, todavia o cliente não consegue explicar tal associação. Esta situação é vivida por D. com bastante sofrimento e revolta contra si mesmo (1ª consulta).

Num segundo momento o cliente menciona a sua ausência de à vontade com uma determinada rapariga na clínica quando está com ela juntamente com outras pessoas num grupo por medo que pensem que D. está interessado nela pelo facto de ele olhar para a pessoa quando esta fala. Surge a deducional revolta que traz associada desejos de morte (“estou farto desta vida, não faço cá falta, farto-me de pedir a Deus para me levar e não me leva, para andar a sofrer não faço aqui nada. Vale mais morrer, que eu não tenho coragem para me matar mas se Deus me levasse era um favor que me fazia”, sic) (D22). Entende que está sozinho tendo apenas a irmã, o sobrinho e o cunhado mas não se sente por eles necessário (“Fiquei sozinho, a única família que eu tenho é a minha irmã, o meu sobrinho e o meu cunhado que é quase como irmão. E não precisam de mim e eu estou farto de viver”, sic) (D33). Desvaloriza a sua vida, o que alcançou afirmando que “nunca tive nada de bom” (D35), “tive pequenas coisas, o facto de ter sido polícia nem toda a gente consegue mas eu não valorizo isso, acho que qualquer pessoa normal consegue. Ter chegado ao 3º ano de direito, nem toda a gente consegue mas a maior parte consegue. Eu normalmente era sempre dos últimos a conseguir os poucos objectivos. Sinto-me abaixo da média” (D35) (sic). O cliente menciona também a sua falta de auto-estima ao afirmar que não gosta de si, “não gosto de mim, da minha cara, do meu corpo, não gosto de mim. Psicologicamente acho que não sou má pessoa mas fisicamente não gosto de mim” (D37)

(sic) sendo que esta sensação se relaciona com o seu excesso de peso (2ª consulta). D. relata que conheceu uma senhora na clínica com quem está à vontade excepto quando esta sorri não sendo capaz de esclarecer a situação. No passado ocorreram situações análogas quando entendia que alguém estava a gozar consigo mas neste caso reconhece que não pensava isso. Sente-se desmotivado afirmando que não gosta das actividades da clínica, que não se sente entusiasmado para nenhuma nem para fazer a sua higiene pessoal acabando por negligenciar este aspecto. Relata que em criança era gozado e insultado tendo existido confrontos físicos. Perante este relato fizemos a seguinte reflexão: “O D. era gozado na infância e quando refere estar desconfortável com determinadas pessoas, também refere esse medo de ser gozado. A questão de ser gozado parece estar sempre presente na sua mente”. D. concorda afirmando que se preocupa com o que os outros pensam e sente-se avaliado. Assevera que actualmente não é boa companhia, que não tem temas para falar refugiando-se em casa ou no carro a ouvir música. Se estiverem mais de duas pessoas juntas já não se sente à vontade arranjando desculpas para se isolar. Fala dos seus pais e de como não revelavam carinho aos filhos, tendo que os tratar por senhor/a. Os mesmos bateram-lhe por diversas ocasiões decidindo cessar este comportamento quando D. tinha 12 anos por sentirem que já era “um homenzinho” (sic). O cliente menciona igualmente que, após o falecimento da sua mãe, só conseguiu chorar anos depois (3ª consulta). Diz ser actualmente uma pessoa medrosa, característica que não identifica como fazendo parte de si no passado ao mencionar que outrora enfrentava as situações e impunha respeito na sua profissão: “eu tenho medo de tudo, das pessoas, de tudo” (D49) (sic), revelando que anteriormente “batia-lhes e tinham-me respeito” (D50) (sic). Apesar de, nestes momentos, sentir-se confiante afirma, contudo, nunca ter sentido auto-estima (“(...) auto-estima nunca tive, nunca gostei fisicamente de mim mas psicologicamente acho que não sou má pessoa”, sic) (D51). Este facto associa-se ao excesso de peso mas também a determinadas gorduras corporais que mantem mesmo emagrecendo tendo, por esta razão, praticado muito exercício físico no passado: “(...) depois comecei a fazer culturismo em casa com bilhas de gás, flexões, chegava a fazer 1200 flexões por dia, 200 e tal barras. Deu-me pra ‘quilo porque achei que o meu corpo

não estava bem” (sic) (D52). Todavia, deixou de fazer desporto após o falecimento do seu pai (4ª consulta). D. menciona que, uma vez que lhe foi receitado o Risperidona sente-se melhor, com menos medos, fobias e psicoses existindo, no entanto, ansiedade ao chegar à clínica após o fim-de-semana. O cliente refere alguns objectivos para quando sair que passam por tirar o curso de solicitadoria para trabalhar com a sua irmã e perder peso. Reconhece que pensa que está a ser gozado mesmo quando a conversa é inocente: “ (...) tenho estas desconfianças de toda a gente, medos, penso que estão a gozar comigo, mesmo a conversa mais estapafúrdia sem nexos penso que estão a gozar comigo” (D63) (sic). Menciona que ao ver as fotografias antigas constata que não era tão gordo nem feio como na altura entendia que era ao ver-se ao espelho (“Eu vi uma fotografia antiga tirada de baixo para cima que não tinha mas olhava-me ao espelho e via”, “Eu acho-me feio mas às vezes vejo fotografias do meu passado e penso, afinal não era tão feio como eu pensava”, sic) (D70) (5ª consulta).

Na última consulta (6ª consulta) D. menciona que no fim-de-semana viu o seu sobrinho de 16 anos em bóxeres, sentiu-se pouco à vontade e entendeu que essa sensação era errada reprovando-se: “ (...) eu olhei e já o vi nu e comecei a pensar que é errado, é errado, não devo olhar, são estas coisas assim estúpidas, eu devia olhar naturalmente” (D74) (sic), “começo a auto reprovar-me, a pensar não devo olhar” (D74) (sic). Existe “reprovação por não estar à vontade, por olhar e não estar à vontade” (D74) (sic). O cliente prossegue falando um pouco sobre a sua família, em específico sobre os seus tios maternos e paternos afirmando que a relação com ambos é conflituosa. Os primeiros não aceitaram a mãe de D. em casa quando esta se encontrava doente e com os segundos o cliente encontra-se “magoado” por nunca o visitarem (sic) (ver Anexo H).

Análise Clínica

Tendo em conta a informação recolhida e, apesar do curto acompanhamento não nos permitir uma análise profunda do funcionamento do paciente, conjecturamos que este apresenta uma postura de desresponsabilização do seu próprio tratamento assumindo que o mesmo se

fundamenta essencialmente na toma de fármacos desqualificando quaisquer outros métodos constituintes do plano de tratamento (“O que acho mais benéfico são os medicamentos que auxiliam as psicoses”, sic) (D78). Este facto é sugestivo de um *locus* de controlo externo que se define pela atribuição a outras pessoas ou ao meio ambiente do controlo sobre o que ocorre nas suas vidas (Carvalho, 2001). Relevamos, igualmente, o seu pensamento que, por vezes, pode ser entendido como infantilizado em especial no que diz respeito às relações amorosas (“Às vezes parecia que ela estava interessada em mim outras vezes não, tive medo de lhe dizer e ela namorava com um rapaz que estava na Holanda mas ela dizia que não gostava dele e eu pensei estás a dizer isso porque gostas um bocadinho de mim mas nunca tive coragem”; “Eu tenho a impressão que se ela se divorciasse hoje eu ia ter com ela, já há muito que não a vejo mas sempre que a vejo fico a tremer”, sic) (D17). Tanto a infantilização como o *locus* de controlo externo apresentam-se, segundo Campos (1993, citado por Carvalho, 2011), associados, juntamente com outras características psicológicas, à obesidade na idade adulta. Entre tais características e, de acordo com o mesmo autor, salientamos também a não-aceitação do esquema corporal, medo de não ser aceite ou amado, indiciadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da agressividade, desamparo, insegurança e intransigência. Estes aspectos estão, tendo em conta o nosso parecer, presentes neste caso clínico reflectindo-se ordenadamente nas seguintes citações: “ (...) a minha prima disse para falar com ela mas não fui por achar que estou gordo” (D18) (sic); “Não gosto de mim, da minha cara, do meu corpo, não gosto de mim” (D37) (sic) – não-aceitação do esquema corporal; “Eu gostava de ser apreciado pelas mulheres na praia (...)” (D69) (sic) - medo de não ser aceite ou amado; “Sinto-me abaixo da média” (D35) (sic); “Eu tenho medo de tudo, das pessoas, de tudo” (D49) (sic) - indiciadores de dificuldades de adaptação social; “Eu tenho medo de tudo, das pessoas, de tudo” (D49) (sic) – bloqueio da agressividade; “Fiquei sozinho” (D33), “E não precisam de mim (...)” (D33) – desamparo; “Quando ia à loja dos pais dela quase que derrubava a loja toda, ficava inibido” (D17) (sic), “Eu tenho medo de tudo, das pessoas, de tudo” (D49) (sic) – insegurança; “ (...)”

acho que não deviam estar aqui drogados conjuntamente comigo e outras pessoas, inclusive desapareceu um fio de ouro a um rapaz e todos desconfiam dele” (D59) (sic) – intransigência.

Relativamente ao diagnóstico de D., colocamos a hipótese de se tratar de uma Perturbação Depressiva *Major* cujo episódio actual é Grave com Características Psicóticas Incongruentes com o Humor. Fazemos, ainda, menção à possível vulnerabilidade hereditária do cliente à psicose uma vez que este referiu sintomas psicóticos da sua mãe, nomeadamente o facto de “ (...) ouvir vozes (...) ”, sic) (D12).

Tendo acesso à história clínica de D. podemos sintetizar os seus sintomas como delírios relativos ao facto de outros pensarem que é homossexual ou que está interessado amorosa e romanticamente em alguém não ficando à vontade perto dessas pessoas; humor depressivo; pensamentos e desejo de morte sem plano específico; cansaço; insónia terminal; aumento de peso recentemente; sentimentos de menosprezo relativamente a si mesmo e ausência de autoconfiança. De acordo com o DSM-IV-TR os sintomas depressivos observados também no cliente são caracterizados por humor depressivo, aumento de peso significativo, insónia, fadiga ou perda de energia e pensamentos recorrentes acerca da morte (APA, 2000).

Conjecturamos ainda que D. padeceu no passado de Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo quando aos 16/17 anos adoptou um regime alimentar extremamente restritivo e um plano de exercício físico rigoroso através dos quais perdeu no, espaço de tempo de um mês, 12kg (“ (...) pesava 70kg com 15 anos e aos 16/17 anos fazer aquela dieta passei a pesar 58kg” (D64) (sic), “ (...), chegava a fazer 1200 flexões por dia, 200 e tal barras” sic) (D52). De acordo com o DSM-IV-TR os sintomas da Anorexia Nervosa do Tipo Restritivo englobam a recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade⁶, medo intenso de ganhar peso ou engordar, perturbação na apreciação do peso e forma corporal ou negação da gravidade do grande emagrecimento actual (“Eu vi uma fotografia antiga tirada de baixo para cima que não tinha mas olhava-me ao espelho e via”; “Eu acho-me feio mas às vezes vejo fotografias do

⁶ No caso de D. não temos informações suficientes para saber a proporção do seu peso relativamente à idade nem para calcular o seu Índice de Massa Corporal (IMC). Consideramos, todavia, esta possibilidade de diagnóstico tendo em conta a significância de peso perdido relativamente espaço de tempo e ao método através do qual ocorreu.

meu passado e penso, afinal não era tão feio como eu pensava”, sic) (D70 e D71, respectivamente) (American Psychiatric Association, 2000). Embora esta patologia não se verifique na actualidade pensamos ser útil mencioná-la na medida em que contribui para uma compreensão aprofundada da história clínica do paciente.

Presumimos, adicionalmente, que D. tem uma orientação sexual dirigida ao sexo masculino como a homossexualidade ou bissexualidade na medida em que se sentiu atraído, em determinada altura, por um homem, em particular, o seu cunhado (“ (...) senti-me atraído por ele naquela altura”, sic) (D14), sendo que também grande parte dos seus episódios de desconforto ocorrem na presença de homens e passam pelo medo que terceiros pensem que o cliente é homossexual. Esta possibilidade associa-se, segundo o nosso ponto de vista, a uma provável atitude homofóbica por parte do cliente a qual deduzimos ao ter mencionado que “não sou homossexual, se fosse acho que me matava, mas não sou” (D6) (sic). Esta conjuntura faz-nos questionar até que ponto existe uma discrepância entre *aquilo que sou* e o que *desejo ser*, ou seja, em que medida se pode verificar a disparidade entre o *self* real e o *self* ideal. Tal diferença pode também ser visível em D. na questão presente relativa à insatisfação com o seu aspecto físico e ao seu desejo incessante de alterar a sua imagem corporal não apenas emagrecendo como também recorrendo à cirurgia estética. Esta hipotética dissemelhança encontra-se relacionada com a depressão (Higgins, 1987, citado por Watson, et al., 2010), com o desajustamento (Rogers & Dymond, 1954, citados por Katz & Zigler, 1967) e com a baixa auto-estima, na medida em que a incongruência entre *self* real-ideal funciona como uma expressão da insuficiência percebida ou anseio pela excelência ou perfeição (Rogers & Dymond, 1954, citados por Hebeisen, 1976). A questão da auto-estima apresenta-se primordial para o cliente referindo repetidamente a ausência da mesma (“ (...) auto-estima nunca tive”, sic) (D51) embora saibamos que o conceito de auto-estima por D. empregue não significará exactamente o mesmo pela literatura definido. Todavia existem semelhanças na medida em que ambos pressupõem um descontentamento e desprazer com o *self* ambicionando algo distinto.

Além da discrepância entre *self* ideal e real, são também identificados outras dimensões

relacionadas com a auto-estima entre as quais salientamos a auto-avaliação que pressupõe o julgamento individual do modo como o indivíduo se compara com outros (Brookover & Erickson, 1975; Cooley, 1922; Mead, 1934; Rosenberg, 1965; citados por Hebeisen, 1976). No caso de D. observamos a sua comparação com outros ao afirmar que “tive pequenas coisas, o facto de ter sido polícia nem toda a gente consegue mas eu não valorizo isso, acho que qualquer pessoa normal consegue. Ter chegado ao 3º ano de direito, nem toda a gente consegue mas a maior parte consegue. Eu normalmente era sempre dos últimos a conseguir os poucos objectivos. Sinto-me abaixo da média” (D35) (sic).

Ainda no âmbito da auto-estima, apesar de não termos avaliado quantitativamente este construto no paciente, presumimos, através dos dados recolhidos ao longo do acompanhamento, que este apresenta baixa auto-estima estando isto relacionado com a sintomatologia psicótica. Ou seja, de acordo com Valiente, et al. (2011) existe evidência de que a baixa auto-estima verifica-se em pacientes psicóticos, o que pode ser simultaneamente uma consequência da doença como um factor que contribui para a sua manutenção (Freeman, et al., 1998, citado por Valiente, et al., 2011) ou ainda um agente predisponente. Adicionalmente, a baixa auto-estima apresenta-se, segundo Orth et al. (2011) como um factor de vulnerabilidade à depressão antecedendo-a (Orth, Robins & Roberts, 2008, citados por Orth, et al., 2011) e desempenhando um papel fundamental na sua etiologia (Evraire & Dozois, 2011; Hammen, 2005; Joiner, 2000; Morley & Moran, 2011; O’Brien, Bartoletti & Leitzel, 2006; Roberts, 2006, citados por Sowislo & Orth, 2012).

Relativamente às mudanças verificadas ao longo do acompanhamento, podemos asseverar que D. tornou-se gradualmente mais à vontade e espontâneo na partilha de informações sobre si, porém nem sempre se mostrou motivado ou envolvido no processo terapêutico. Notámos, contudo, que partindo de um quadro sintomatológico depressivo, o cliente foi aumentando a sua esperança no futuro, definindo objectivos pessoais, nomeadamente ingressar no curso de Solicitadoria a fim de trabalhar juntamente com a irmã. Observámos igualmente a diminuição da manifestação de pensamentos e sintomas depressivos assim

como o desconforto na presença de determinadas pessoas (“Já não tenho tantos medos, fobias, não tenho tanta psicose. As psicoses, aquelas que estavam a gozar comigo, já não penso tanto nisso”, sic) (D59). Estes resultados apresentam-se como um somatório de todo o plano de tratamento de D. onde não apenas se inclui a Psicologia como a medicação e as actividades nas quais o cliente participava.

No decorrer do processo terapeutico não tivemos o pretensiosismo de aumentar a congruência entre *self* ideal e real dadas as circunstâncias, em especial o limite de tempo, não obstante, expectamos que possamos ter contribuído para o seu processo de auto-aceitação e compreensão no sentido de se tornar quem é (ver Anexo H).

Reflexão Pessoal

Este é, à partida, um caso clínico que não seria incluído na realização de um relatório essencialmente pelo número reduzido de sessões. Todavia, decidimos analisá-lo precisamente pelas dificuldades, desafios e aprendizagem que suscitou.

Numa primeira instância salientamos as poucas sessões de acompanhamento previstas o que, apesar de não depender de nós, condiciona o nosso trabalho limitando em grande escala o efeito terapeutico e, simultaneamente, impondo pressão na obtenção de resultados em pouco tempo. Perante esta conjuntura preservámos as atitudes fundamentais pertencentes à Terapia Centrada no Cliente respeitando o ritmo do paciente. Mantivemo-nos também realistas quanto ao *outcome* terapeutico percebendo que as alterações não seriam significativas reconhecendo, igualmente, a dificuldade em conseguir aprofundar determinadas temáticas como gostaríamos a fim de entender melhor o funcionamento e história clínica de D..

Outro desafio sentido prende-se com as perspectivas do cliente relativamente a determinados temas que se revelam extremamente díspares das nossas (“ (...) se fosse (*homossexual*) acho que me matava” (D6 e D15) (sic); “Aqui poupo mais dinheiro do que lá fora. A diária é 3,75 euros, mais caro fica um frango no pingo doce que é 3,75 euros, aqui vem já com banho tomado, cama feita. É o emagrecer e o poupar” (D75) (sic); “Para haver uma

relação o que conta é o aspecto exterior (...) ” (D64) (sic); “ (...) as raparigas normalmente as bonitas andam com as bonitas e as feias andam com as feias” (D64) (sic); “ (...) acho que não deviam estar aqui drogados conjuntamente comigo (...) ” (D59) (sic). Esta questão é habitual no trabalho de um Psicólogo e compete ao mesmo lidar com estas vicissitudes sem que interfiram no seu desempenho como profissional. Mas, uma vez, que nos encontramos numa fase embrionária do nosso percurso profissional a aprendizagem é constante. Apesar do ponto de vista do cliente perante determinados assuntos ressoar em nós significativamente, procurámos solucionar esta situação mantendo em vista o cumprimento das condições essenciais nomeadamente a empatia. É humano e natural cada individuo ter uma opinião específica relativa aos mais diversificados assuntos contudo, no *setting* terapeutico é fundamental que exista compreensão sem julgamento (Rogers, 2001). E, uma vez, que este tipo de compreensão não é instintivo, natural nem automático, torna-se especialmente difícil contorná-lo em determinados casos como o descrito. Contudo, pensamos que uma vez que tenhamos a consciência desta nossa reacção, torna-se mais fácil trabalhá-la interiormente de modo a ultrapassá-la mantendo, no entanto, a congruência interna. Foi esta a estratégia por nós utilizada através da qual sentimos alterações positivas representando assim uma excelente oportunidade de aprendizagem através da qual adquirimos estratégias internas para possíveis situações análogas no futuro.

Salientamos adicionalmente o facto de o cliente apresentar um campo lexical reduzido requerendo uma adaptação da nossa parte não apenas para o entender como para que o cliente nos compreenda da melhor maneira possível. Para isto é indispensável uma reflexão relativa à escolha de palavras a utilizar adaptando, assim, o nosso vocabulário ao interlocutor.

Por fim, é importante mencionar o facto de determinadas informações relativas à história clínica do cliente terem sido descritas de modo pouco claro uma vez que o mesmo não se recordava de datas ou não conseguia explicar objectiva e claramente determinados sintomas (“No passado já tinha tido dois ou três vezes esgotamentos ou depressões, não sei bem”; “Não sei explicar, estava triste”, sic) (D5 e D6, respectivamente). Ocorre, assim, um consequente balizamento da compreensão clínica do caso que compreende uma dificuldade por nós sentida a

qual tentámos gerir minimizando, tanto quanto possível, o seu impacto na intervenção. A análise clínica do caso ficará invariavelmente incompleta devido à ausência de nitidez de determinadas informações cruciais. Contudo, e tendo em conta as circunstâncias, procurámos realizar uma análise completa enquadrando dados actuais e relativos ao passado tendo em vista uma compreensão optimizada deste caso clínico.

Conclusão Geral

*Para ser grande, sê inteiro: nada
 teu exagera ou exclui.
 Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
 no mínimo que fazes.
 Assim em cada lago a lua toda
 brilha, porque alta vive.*

Ricardo Reis

O estágio desenvolvido foi pautado por objectivos que circundam não apenas o espectro profissional e prático como também pessoal. Pretendemos adquirir e fortalecer competências na gestão de casos clínicos cuja patologia é grave, absorver conhecimentos juntamente com outros profissionais, comunicar com elementos constituintes de uma equipa multidisciplinar e descobrir a nossa identidade bem como o estilo pessoal enquanto futuros Psicólogos.

A par destes desígnios encontrava-se uma expectativa naturalmente elevada devido à antecipação do que seria a experiência de estágio dado que simbolizava algo totalmente novo no nosso percurso académico e profissional. Adicionalmente, o local de estágio representa uma Instituição cujas patologias predominantes são graves permitindo-nos contactar com uma população até então apenas descrita nos livros, viabilizando uma experiência única e enriquecedora. Além disso, devido aos profissionais distintos e estagiários com quem colaborámos, procurámos saber mais e realizar uma revisão de literatura sobre o trabalho do psicólogo relativamente às diversas abordagens teóricas que suportam a prática de cada profissional e às diferentes intervenções consoante o contexto. Esta pesquisa bibliográfica revelou-se crucial na compreensão do funcionamento da clínica facilitando a nossa adaptação e intervenção. Nesta vertente, compreendemos que o plano de tratamento de cada utente varie consoante o quadro sintomatológico e o nível de intensidade dos sintomas existindo um leque variado de apoio (por parte de médicos, psicólogos, enfermeiros, entre outros) e de actividades

terapêuticas (descritas na terceira parte deste relatório). Embora tenhamos observado que a CPSJ brinda os seus pacientes com um conjunto diversificado de actividades terapêuticas e lúdicas que envolvam o exercício físico e a criatividade, não podemos deixar de sugerir que, de acordo com o nosso ponto de vista, seria útil existir uma actividade na qual pautassem os princípios presentes na Terapia Centrada no Cliente entre os quais salientamos a não-directividade pois trata-se de uma atitude raramente encontrada entre os clínicos. Por este motivo sugerimos, na terceira parte deste trabalho, uma opção de reformulação do Grupo Psicoeducativo e de Desenvolvimento Pessoal conservando o seu propósito e adicionando-lhe os princípios postulados por Carl Rogers.

De modo geral, a nossa intervenção nas actividades de grupo da Instituição revelou-se uma experiência significativa e gratificante através da qual desenvolvemos competências cruciais particularmente as comunicacionais e de gestão grupal, alargando o nosso horizonte conceptual relativo à diversidade psicopatológica específica em cada caso ao contactar com os utentes. Este contacto optimiza-se quando se trata de acompanhamentos psicológicos uma vez que a proximidade com a pessoa efectua-se a um nível inigualavelmente mais profundo. Esta foi a experiência que mais nos marcou pois o trabalho com os pacientes em sessão terapêutica era algo que ambicionávamos há muito tempo contrastando com o nervosismo e ansiedade inicialmente sentidos. Neste âmbito constatámos que, independentemente do diagnóstico, cada pessoa é única na sua individualidade apresentando especificidades que devem ser consideradas. Isto é, embora os critérios de diagnóstico de determinada psicopatologia sejam transversais aos sujeitos diagnosticados com a mesma, cada um deve ser entendido como indivíduo sendo respeitados os seus traços singulares. Carl Rogers vai mais longe postulando que o diagnóstico é algo desnecessário (Rogers, 1951) embora num contexto institucional tenhamos inevitavelmente que o considerar sem, contudo, nos focarmos inteiramente no mesmo uma vez que este representa simplesmente uma informação acessional.

No início dos acompanhamentos o receio e preocupação em aplicar os conhecimentos aprendidos do modo mais íntegro possível gerava uma excessiva racionalização em sessão. Esta

dificuldade foi sentida numa fase inicial do estágio dado que viemos posteriormente a consciencializarmo-nos que o melhor desempenho ocorre quando se está *em/na relação* e não a pensar *sobre a relação*. Esta constatação abriu um espaço para a concentração estando o foco no momento, no cliente e no que este transmite.

Além deste desafio particular, outros foram sentidos no plano geral relativamente à CPSJ. Frequentemente os utentes têm alta hospitalar sem que o psicólogo seja notificado, ou por vezes é informado com pouco tempo de antecedência impedindo que o processo terapêutico seja concluído correctamente prejudicando não apenas o nosso trabalho como o próprio paciente. Seria pertinente existir uma comunicação assertiva com o psicólogo a fim de este conseguir fazer o seu trabalho adequadamente. Todavia reconhecemos situações em que foi possível comunicar com o psiquiatra responsável por determinado caso de modo a que o momento de alta fosse combinado conjuntamente e previsto com a antecedência adequada possibilitando o término apropriado do seguimento terapêutico.

É importante ressaltar que as dificuldades, por nós encaradas como oportunidades de aprendizagem, não seriam suplantadas sem a colaboração do nosso orientador de estágio Dr. Jaime Grácio. O seu espírito humano, compreensivo e amigável, aliado ao profissionalismo e anos de experiência, facilitou o processo de integração na Instituição contribuindo para o nosso crescimento e aquisição de conhecimentos. De modo análogo, salientamos o orientador deste relatório, Dr. José Paz, bem como os restantes docentes das aulas de Seminário de Estágio da Universidade Autónoma de Lisboa pelo apoio e orientações prestadas que se revelaram basilares na concretização do estágio e do presente relatório. O amparo de orientadores e respectiva supervisão mostra-se crucial por diversos motivos já mencionados entre os quais destacamos o facto de potenciar o profissionalismo do estagiário garantido que o trabalho deste tem a qualidade necessária (Bernard & Goodyear, 2004, citado por Rings, et al., 2009).

Em jeito de síntese, as expectativas relativas a este estágio foram largamente superadas proporcionando um desenvolvimento pessoal, enquanto académicos e futuros profissionais inigualável. Verificamos igualmente uma aquisição significativa de conhecimentos relativos à

prática e à concepção teórica da Psicologia em diversos âmbitos. Tendo em conta a diversidade de casos e respectiva sintomatologia pensamos ser fundamental o investimento na nossa formação enquanto psicólogos não unicamente na etapa em que nos encontramos mas ao longo de todo o percurso profissional tendo em vista a actualização de conhecimentos. De modo geral, entendemos que demos passos importantes no ainda embrionário mas complexo percurso que constitui a criação da nossa identidade individual como profissionais. Neste sentido, identificamo-nos fortemente com a Terapia Centrada no Cliente embora saibamos que, devido ao estágio onde nos encontramos, um longo caminho está pela frente aliado à necessidade de aprofundamento teórico, experiência prática e desenvolvimento de outras competências sendo preciosamente essencial a supervisão e intervenção ao longo de toda a vida profissional. De acordo com a nossa percepção, o psicólogo deve ser eternamente um estudante ávido por saber mais, fazer melhor e manter-se actualizado.

Referências Bibliográficas

- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Anchin, J. C. (2003). Integratively Oriented Brief Psychotherapy: Historical Perspective and Contemporary Approaches. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13, 3, 219-240.
- Agara, A. J. & Onibi, O. E. (2007). Effects of group psychoeducation (GPE) on compliance with scheduled clinic appointments in a neuro-psychiatric hospital in southwest nigeria: a randomized control trial (RCT). *Annals Academy of Medicine*, 36, 272-276.
- Aguglia, E., Fabrici, E. P., Bertossi, F. & Bassi, M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the italian community psychiatric network. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 7, 1-12.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., rev.). Washington: American Psychiatric Association.
- Atwal, A. & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 359-365.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia – A Step-by-Step Guide*. New York: The Guilford Press.
- Benavente, R. C. S. (2010). *Factores de mudança nas representações da vinculação em famílias de alto risco*. Monografia de Doutorado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Benazzi, F. (2006). Various forms of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8, 2, 151-161.
- Bossema, E. R., Haar, C. A. J., Westerhuis, W., Beenackers, B. P. F., Blom, B. C. E. M., Appels, M. C. M. & Oeveren, C. J. (2011). Psychoeducation for Patients With a Psychotic Disorder: Effects on Knowledge and Coping. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 13, 4, 1-10.

Bown, T. A. & Barlow, D. H. (2009). A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment. *Psychological Assessment – American Psychological Association*, 21, 3, 256-271.

Brewster, L. (2008). The Reading Remedy: Bibliotherapy in Practice. *Aplis*, 21, 4, 172-177.

Carvalho, A. M. P. (2001). Maturidade Emocional, Locus de Controle e Ansiedade em Pré-Adolescentes Obesos. *Paidéia*, 11, 20, 39-47.

Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projecto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20, 4, 1088-1095.

Castro, R. M. F., Duque, C. C., Espinosa, M. P. S. & Roza, Z. L. C. (2009). Anormalidades cromossômicas y esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 38, 3, 534-554.

Chadzynska, M. & Charzynska, K. (2011). The participation of patients with schizophrenia in psychoeducation – the analyses from the patient’s perspective. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 67-72.

Choca, J. P., Shanley, L. A. & Denburg, E. V. (1992). *Interpretative Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Washington: American Psychological Association.

Clínica Psiquiátrica de S. José (2011). *Memória Anual de 2011*. Documento não publicado.

Coaley, K. (2011). *An Introduction to Psychological Assessment and Psychometrics*. London: Sage Publications.

Collins, G. B. & Culbertson, T. L. (2003). *Mental Illness and Psychiatric Treatment. A Guide for Pastoral Counselors*. New York: The Haworth Pastoral Press.

Colom, F. (2011). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 338-340.

- Corey, G. (2008). *Theory and Practice of Group Counseling* (7th ed.) Belmont: Brooks/Cole.
- Craddock, N. & Forty, L. (2006). Genetics of affective (mood) disorders. *European Journal of Human Genetics*, 14, 660-668.
- Cramond, W. A. (1968). Organic Psychosis. *Britan Medical Journal*, 4, 497-500.
- Cunha, J. A. (2003). *Psicodiagnóstico – V* (5^a ed., rev., amp.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., Tenhula, W. N., Calmes, C., P asillas, R. M., Peer, J. & Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 1, 48-70.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Diário da República*, 78, 17931-17936.
- Douglas, C. J. (2008). Teaching Supportive Psychotherapy to Psychiatric Residents. *Am J Psychiatry*, 165, 4, 445-452.
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P. & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *Bio Med Central Medicine*, 7, 79, 1-9.
- Ekedahl, M. & Wengstrom, Y. (2008). Coping processes in a multidisciplinary healthcare team – a comparison of nurses in cancer care and hospital chaplains. *European Journal of Cancer Care*, 17, 42-48.
- Fanner, D. & Urquhartt, C. (2008). Bibliotherapy for mental health service users Part 1: a systematic review. *Health Information and Libraries Journal*, 25, 237-252.
- Fehr, S. S. (2003). *Introduction to Group Therapy* (2nd ed.). Binghamton: The Haworth Press.

Feldmann, R., Hornung, W. P., Prein, B., Buchkremer, G. & Arolt, V. (2002). Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 115-119.

Figueiredo, A. C. M. R., Fernandes, S. M. G. C., Martins, C. C. E. & Ramalho, V. L. M. (2007). Supervisão: estilos, satisfação e sintomas depressivos em estagiários de psicologia. *Psico-USF*, 12, 2, 239-248.

Flavia, M., Stampatori, C., Zanotti, D., Parrinello, G. & Capra, R. (2010). Efficacy and specificity of intensive cognitive rehabilitation of attention and executive functions in multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 288, 101-105.

Fosha, D. (2004). Brief Integrative Therapy Comes of Age: A Commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 1, 66-92.

Freire, E. S. (2000). A Terapia é a Relação e o Cliente é o Terapeuta. *Psico-USF*, 5, 2, 83-98.

Gale, D. D. (2008). Lost in Translation: Bibliotherapy and Evidence-based Medicine. *Journal of Medical Humanities*, 29, 33-34.

Garrison, A. M., Kahn, J.H, Sauer, E. M. & Florczak, M. A. (2012). Disentangling the Effects of Depression Symptoms and Adult Attachment on Emotional Disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 2, 230-239.

Garven, R. (2011). Creating Dialogic Contexts for Multidisciplinary Clinical Reviews: The Reflecting Team Process. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32, 4, 283-299.

Gleeson, J. E. M., Killackey, E. & Krstev, H. (2008). *Psychotherapies for the psychoses: theoretical, cultural and clinical integration*. London: Routledge.

Gleitman, H., Fridlund, A. J. & Reisberg, D. (2007). *Psicologia* (7ª ed.) (D. R. Silva, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). Prevalência e Diagnóstico da Depressão em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 13-27.

Goldfried, M. R. (2004). Integrating Integratively Oriented Brief Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 1, 93-105.

Grynspez, O., Perbal, S., Pelissolo, A., Fossati, P., Jouvent, R., Dubal, S. & Diaz, F. (2010). Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study. *Psychological Medicine*, 10, 1-11.

Han, D., Chen, S., Hwang, K. & Wei, H. (2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: *Biological attribution versus destigmatization*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 662-668.

Hansenne, M. (2003). *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles: Boeck Université.

HASOMED (2008). RehaCom – Basic Manual. Germany: HASOMED GmbH.

Hartman, M., Bolton, E. & Fehnel, S. E. (2001). Accounting for age differences on the Wisconsin Card Sorting Test: decreased working memory, not inflexibility. *Psychology and Aging*, 16,3, 385-399.

Harvey, P. D. & Davidson, M. (2002). Schizophrenia: course over the lifetime. In Kenneth, L. D, Charney, D., Coyle, J. T & Nemeroff, C. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* (pp. 641-655). New York: American College of Neuropsychopharmacology.

Harvey, K. E., Galletly, C. A., Field, C. & Proeve, M. (2009). The effects of verbalization on cognitive performance in schizophrenia: A pilot study using tasks from Delis Kaplan Executive Function System. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19, 5, 733-741.

Hebeisen, A. A. N. (1976). A Multidimensional Construct of Self-Esteem. *Journal of Educational Psychology*, 68, 5, 559-565.

Herber, G. L., McCormack, V. & Callahan, J.L. (2010). An Investigation of the Object Relations Theory of Depression. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 2, 219-234.

Irmãs Hospitaleiras (s.d). *Clínica Psiquiátrica de São José*. Consultado em 29-04-2012. No site “<http://www.irmashospitaleiras.pt/cpsj/>”.

Jarvis, M. (2000). *Theoretical Approaches in Psychology*. London: Routledge.

Jefferies, R. B. (2005). *Responding to a serious mental health problem: person-centered dialogues*. United Kingdom: Radcliff.

Liu, E. T., Chen, W., Li, Y., Wang, C. H., Mok, T. J. & Huang, H. S. (2009). Exploring the Efficacy of Cognitive Bibliotherapy and a Potential Mechanism of Change in the Treatment of Depressive Symptoms Among the Chinese: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy & Research*, 33, 449-461.

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies. Is It True That “Everyone Has Won and All Must Have Prizes”? *Arch Gen Psychiatry*, 32, 995- 1008.

Lysaker, P. H., Buck, K. D., Carcione, A., Proacci, M., Salvatore, G., Nicolò, G. & Dimaggio, G. (2011). Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: A conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 84, 58-69.

Katz, P. & Zigler, E. (1967). Self-Image Disparity: A Developmental Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 2, 186-195.

Kendell, R. E. (2002). The distinction between disorder and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 110-115.

Kendler, K. S., Gardner, C. O. & Prescott, C. A. (2002). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1133-1145.

Kiloh, L. G. (1968). Depressive Illness. *Britan Medical Journal*, 4, 813-815.

Kush, F. R. (2009). Brief Psychodynamic and Cognitive Therapy Regarding Acute Treatment. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 2, 158-172.

Lemos, P. M. & Júnior, F. S. (2009). Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciência e saúde colectiva*, 14, 1, 233-242.

Lincoln, T. M., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96, 232-245.

Lopes, J. L. (2001). A psiquiatria na época de Freud: a evolução do conceito de psicose em psiquiatria. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 23, 1, 28-33.

Mallinckrodt, B., Porter, M. J. & Kivlighan, D. M. (2005). Client Attachment to Therapist, Depth of In-Session Exploration, and Object Relations In Brief Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 1, 85-100.

Marlowe, M. & Sugarman, P. (1997). ABC of mental health: disorders of personality. *British Medical Journal*, 315, 176-179.

McKenna, G., Hevey, D. & Martin, E. (2010). Patients' and Providers' Perspectives on Bibliotherapy in Primary Care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 497-509.

Menezes, S. L. & Souza, M. C. B. M. (2011). Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial. *Revista Escolar de Enfermagem*, 45, 4, 996-1001.

Milkman, H. & Wanberg, K. (2007). *Cognitive-Behavioral Treatment. A Review and Discussion for Corrections Professionals*. Washington: U.S Department of Justice National Institute of Corrections.

Miler, M. C. (2004). What is supportive psychotherapy? *Harvard Mental Health Letter*, 20, 2, 1-3.

Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 11, 1408-1419.

Morana, H. C. P., Stone, M. H. & Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 2, 74-79.

Moreira, V. (1999). Grupo de encontro com mulheres vítimas de violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, 4, 1, 61-77.

Mustonen, K., Tiihonen, J., Tiihonen, E., Ryyanen, O., Miettinen, R. & Raty, H. (2011). Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 163-176.

Moreira, V. (2007). *De Carl Rogers a Merleau-Ponty*. Brasil: Virginia Moreira.

Nunes, M. L. T., Silva, R. B. F., Deakin, E. K., Dian, S. V. & Campezzatto, P. M. (2006). Avaliação Psicológica e a Indicação de Psicoterapia Psicanalítica para Crianças. In Werlan, B. S. G. & Oliveira, M. S. *Temas em Psicologia Clínica* (pp. 29-35). Brasil: Casa do Psicólogo.

Nunes, M. O. (1998). Psicoterapia de Tempo Limitado no Contexto da Terapia Centrada no Cliente. *A Pessoa Como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 1, 30-40.

Olin, J. T. & Keatinge, C. (1998). *Rapid Psychological Assessment*. Canada: John & Sons.

Orth, U., Robins, R. W. & Widaman, K. F. (2011). Life-Span Development of Self-Esteem and Its Effects on Important Life Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 1-18.

Patterson, C. H. & Watkins, C. E. (1982). Some essentials of a client-centered approach to assessment. *Measurement & Evaluation in Guidance*, 15, 1, 103-106.

Pinsker, H. (1994). The Role of Theory in Teaching Supportive Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 4, 530-542.

Plante, T. G. (2005). *Contemporary Clinical Psychology* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.

Prasko, J., Vrbova, K., Latalova, K. & Mainerova, B. (2011). Psychoeducation for psychotic patients. *Biomedical Paper*, 155, 4, 385-395.

Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária (2010). *CIR – Cuidados Integrados e Recuperação*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Ribeiro, J. P. & Leal, I. P. (1996). Psicologia Clínica da Saúde. *Análise Psicológica*, 4, 14, 589-599.

Rice, K. G. & Mirzadeh, S. A. (2000). Perfectionism, Attachment, and Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 2, 238-250.

Rings, J. A., Genuchi, M. C, Hall, M. D., Angelo, M. A. & Cornish, J. A. E. (2009). Is There Consensus Among Predoctoral Internship Training Directors Regarding Clinical Supervision Competencies? A Descriptive Analysis. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 3, 140-147.

Roberts, J. E., Gotlib, I. H. & Kassel, J.D. (1996). Adult Attachment Security and Symptoms of Depression: The Mediating Roles of Dysfunctional Attitudes and Low Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 2, 310-320.

Rogers, C. (1951). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: EDIUAL.

Rogers, C. (2001). *Tornar-se pessoa*. (5ª ed.). (M. J. Ferreira e A. Lamparelli, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Samuel, D. B. & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clinical Psychological Review*, 28, 8, 1326-1342.

Silva, M. M. (2008). A Saúde Mental e a Fabricação da Normalidade: Uma Crítica aos Excessos do Ideal Normalizador a Partir das Obras de Foucault e Canguilhem. *Interação em Psicologia*, 12, 1, 141-150.

Silverman, H. (1965). Varieties of “Supportive” Psychotherapy. *Theory, Research & Practice*, 2, 1, 31-34.

Simpson, J.A., Rholes, W. S., Campbell, L., Wilson, C. L., & Tran, S. (2003). Adult Attachment, the Transition to Parenthood, and Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 6, 1172-1187.

Sjoqvist, S. (2007). On the History of Supportive Therapy. *Nordic Psychology*, 59, 2, 181-188.

Smith, A., Taverner, R., Greensmith, H. & Parsons, D. (2012). Staff Relationships in Multidisciplinary Teams. *Mental Health Practice*, 15, 8, 14-19.

Sonesson, O., Tjus, T. & Arvidsson, H. (2010). Reliability of a functioning scale (GAF) among psychiatric ward staff. *Nordic Psychology*, 62, 1, 53-64.

Sowislo, J. F. & Orth, U. (2012). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 25, 1-28.

Spahn, V., Kulke, H., Kunz, M., Otto, A., Schupp, W. & Lautenbacher, S. (2010). Is the Neuropsychological Treatment of Memory Specific or Unspecific? *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 21, 4, 239-245.

Stahl, S. M. (2000). *Essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications* (2nded). United Kingdom: Cambridge University Press.

Tait, G. R. (2011). Depression: addressing our blind spots. *Canadian Medical Association Journal*, 183, 826-827.

Tavora, M. T. (2002). Um Modelo de Supervisão Clínica na Formação do Estudante de Psicologia: A Experiência da UFC. *Psicologia em Estudo*, 7, 1, 121-130.

Valiente, C., Cantero, D., Vázquez, C., Sanchez, A., Provencio, M. & Espinosa, R. (2011). Implicit and Explicit Self-Esteem Discrepancies in Paranoia and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 3, 691-699.

Vyas, V. & Agius, M. (2011). Depression management. *British Journal of General Practice*, 61, 584, 222-223.

Wancata, J. & Friedrich, F. (2011). Depression: A Diagnosis Aptly Used? *Psychiatria Danubina*, 23, 4, 406-411.

Watson, N., Bryan, B. C. & Thrash, T. N. (2010). Self-Discrepancy: Comparisons of the Psychometric Properties of Three Instruments. *Psychological Assessment*, 22, 4, 878-892.

Wei, M., Heppner, P. P., Russel, D. W. & Shannon, K. Y. (2006). Maladaptive Perfectionism and Ineffective Coping as Mediator Between Attachment and Future Depression: A Prospective Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 1, 67-79.

Wolfe, B. E. (2005) Understanding and treating anxiety disorders: an integrative approach to healing the wounded self. Washington, DC: American Psychological Association.

Wright, A. J. (2011). *Conducting Psychological Assessment: A Guide for Practitioners*. New Jersey: John Wiley & Sons.