



weCOPE

**PROGRAMA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
DE INTERVENÇÃO
EM GRUPO NA PSICOSE**

FICHA TÉCNICA

TÍTULO:

weCOPE: Programa Cognitivo-comportamental de Intervenção em Grupo na Psicose

AUTORES:

Raquel Almeida, MSc
António Marques, PhD
Cristina Queirós, PhD

COM A COLABORAÇÃO DE:

Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicossocial (ANARP)

LOCAL:

Porto

DATA DE EDIÇÃO:

Dezembro de 2014

DESIGN GRÁFICO:

XPTO Design

ILUSTRAÇÕES:

Ana Macedo

VERSÃO ORIGINAL:

Almeida, R., Marques, A. & Queirós, C. (2014). *weCOPE: Programa Cognitivo-comportamental de Intervenção em Grupo na Psicose*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial FPCEUP/ESTSIPP.

PUBLICADO POR:

Laboratório de Reabilitação Psicossocial
LABORATÓRIO DE
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Universidade do Porto/Instituto Politécnico do Porto
Rua Alfredo Allen, s/n,
4200-135 Porto, PORTUGAL
<http://www.labrp.com>

ISBN:

978-989-97744-5-2

ÍNDICE

Introdução	4
Princípios da TCCp de Baixa Intensidade	6
Prática Baseada na Evidência	7
Revisão Sistemática	7
Um Exemplo de Formulação de Caso	11
Programa weCOPE	12
Sessão 1	14
Sessão 2	16
Sessão 3	18
Sessão 4	19
Sessão 5	20
Sessão 6	21
Sessão 7	22
Sessão 8	23
Sessão 9	24
Sessão 10	25
Sessão 11	26
Sessão 12	27
Material Auxiliar para o Cliente	28
Outras Fichas	67
Referências	73

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas são hoje a maior causa de incapacidade e uma das principais causas de mortalidade (Xavier et al, 2013). Na Europa, os problemas de saúde mental representam cerca de 26,6% da globalidade dos problemas de saúde (Xavier et al, 2013) e em Portugal, a taxa de prevalência de perturbações psiquiátricas é de 22,9%, sendo o segundo país europeu com maior taxa, logo a seguir à Irlanda (Wang et al, 2011).

Nos últimos anos, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi introduzida no tratamento de Psicoses, quer através de intervenções que são especificamente cognitivo-comportamentais ou como parte integrante de outras intervenções mais ecléticas.

Embora as perturbações psicóticas sejam menos comuns do que as perturbações não psicóticas, como depressão e ansiedade, estas parecem estar relacionadas com um maior grau de incapacidade, do que qualquer outra doença mental e os custos sociais e económicos que lhe estão associados são mais elevados (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004). Alguns dos sintomas característicos deste tipo de quadro nosológico, como é o caso das alucinações e dos delírios, contribuem frequentemente para altos níveis de angústia e são um impedimento frequente para

o funcionamento normal e integração de pessoas com Esquizofrenia, o tipo de Psicose mais prevalente¹. Além disso, muitas pessoas com este diagnóstico têm sintomas psicóticos persistentes apesar de tomarem medicação (López, Muñoz, Borrego, & Bonome, 2012; Mueser, Deavers, Penn, & Cassisi, 2013).

Nos últimos anos, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi introduzida no tratamento de Psicoses, quer através de intervenções que são especificamente cognitivo-comportamentais ou como parte integrante de outras intervenções mais ecléticas. Apesar da Terapia Cognitivo-Comportamental para a Psicose (TCCp) ter sido relatada pela primeira vez num estudo de caso em 1952, por Beck, só na década de 1990 é que começaram a realizar-se estudos controlados neste âmbito. O interesse atual nesta abordagem surgiu devido a vários fatores (López, Muñoz, Borrego, & Bonome, 2012):

- Evidência do sucesso da TCC noutras patologias, como perturbações do humor e de ansiedade.
- Interesse no campo da Psicologia Cognitiva sobre os fenómenos psicóticos, tendo em consideração que muitas pessoas com Psicose desenvolvem as suas próprias estratégias para reduzir a frequência e a gravidade dos seus sintomas.
- Evidência crescente da influência de fatores sócio-ambientais durante a Psicose e no desenvolvimento de modelos de vulnerabilidade-stress para explicar essas relações.
- Grande número de pessoas com experiência de Psicose sob tratamento com neurolépticos continuar a experienciar dificuldades relacionadas com os sintomas positivos.
- Reconhecimento crescente de que as abordagens na área da Psiquiatria devem ser integradas, englobando farmacologia e reabilitação.

A TCC evoluiu a partir das teorias cognitiva e comportamental e desenvolveu um foco maior nos modelos cognitivos que incorporam a reavaliação dos erros de pensamento e estratégias de mudança de esquemas mentais (Tai & Turkington, 2009). Durante muitos anos, pensava-se que os sintomas positivos associados às Psicoses estavam fora dos domínios do funcionamento psicológico normal. Assim, a transição para a incorporação de uma abordagem com um teor mais cognitivo veio posteriormente em comparação com a TCC para perturbações não-psicóticas.

¹ As Psicoses são perturbações mentais que afetam a capacidade da pessoa de discernir entre o que é e o que não é real. Os seus sintomas mais característicos são delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do discurso e isolamento social. A esquizofrenia é considerada o tipo de Psicose mais grave porque os seus sintomas são mais intensos e persistentes, podendo levar à deterioração de funções cognitivas e sociais e acarretar maior perda de funcionalidade.

Os modelos cognitivos descrevem as alucinações e os delírios como experiências anómalas mal-interpretadas (de forma extrema ou ameaçadora) que até são comuns para a maioria da população (Johns, Nazroo, Bebbington, & Kuipers, 2002). Estes modelos especificam o papel das crenças equivocadas e assumem a tendência do processamento de informação de evidências confirmatórias e comportamentos de segurança (ou seja, a prevenção de situações específicas) na experiência dos sintomas positivos (Tai & Turkington, 2009). A TCCp ajuda as pessoas com Psicose a tomar os seus pensamentos e interpretações como hipóteses e não factos e ensina-as a procurar evidências a favor e contra as suas crenças quando estas provocam mal-estar (Sarin, Wallin, & Widerlöv, 2011).

Nos últimos anos foram desenvolvidos internacionalmente vários programas de TCCp, inicialmente desenhados, como uma intervenção genérica para sujeitos resistentes à medicação. Contudo, atendendo ao facto das Psicoses serem multifactoriais, existir uma grande co-morbilidade com outras problemáticas e tendo em consideração também as especificidades associadas aos diferentes sub-tipos e fases de evolução da doença, têm vindo a ser desenvolvidos protocolos específicos de intervenção, neste âmbito. Existem intervenções específicas para vozes (Gottlieb, Romeo, Penn, Mueser, & Chiko, 2013) e vozes de comando (Trower et al., 2004), sintomas negativos (Klingberg et al., 2011), co-morbilidade de perturbação de stress pós traumático (Mueser et al., 2004), em risco de desenvolver uma Psicose (Addington et al., 2011), insónia (Myers, Startup, & Freeman, 2011), co-morbilidade de ansiedade e depressão (Waller et al., 2013), entre outros.

As intervenções apresentam algumas diferenças específicas para o grupo alvo, mas são coerentes nas competências básicas para trabalhar com este modelo e com esta perturbação, incluindo sempre sessões de psicoeducação, reestruturação cognitiva, relaxamento e monitorização de pensamentos/ comportamentos.

Apesar de existir muita investigação no campo da TCCp e de vários programas terem sido desenvolvidos internacionalmente, não encontramos em Portugal nenhum manual de intervenção com estas características dirigido especialmente a pessoas com Psicose. Além disso, os programas existentes parecem não ser suficientemente adequados e ajustados às necessidades e expectativas atuais das pessoas com Psicose, da sociedade atual e dos desafios do quotidiano.

Este manual de intervenção resultou, assim, do conhecimento produzido por diferentes clínicos e investigadores através da implementação ao longo do tempo de vários programas de intervenção em contextos distintos, mas sustentado igualmente no "Cognitive Behavioural Therapy for Psychotic Symptoms: A Therapist's Manual" (Smith, Nathan, Juniper, Kingsep, & Lim, 2003). Neste sentido, formulamos o nosso programa baseando-nos nas técnicas, estratégias e atitudes a adotar, valorizando uma intervenção especializada e partilhada com o cliente. Da análise dos nossos dados selecionamos, então, os conteúdos mais frequentemente utilizados e adaptámo-los à realidade portuguesa.

Através dos resultados obtidos na revisão sistemática por nós realizada sobre a eficácia da TCCp de Baixa Intensidade, percebemos que esta nova abordagem é bastante promissora, potenciando o acesso desta terapia a um maior número de pessoas.

Assim, este manual foi construído com o propósito de se apresentar como uma ferramenta facilitadora da intervenção com recurso à Terapia Cognitivo-Comportamental em formato grupal em pessoas com experiência de Psicose. Tem a finalidade de criar um espaço aberto ao desenvolvimento de competências, que fomente a introdução de mudanças significativas no funcionamento psicossocial das pessoas com Psicose, proporcionando maior ajustamento à sua condição e maior bem-estar e qualidade de vida.

O manual encontra-se dividido em três partes: a primeira ilustra a prática baseada na evidência e aborda os princípios da TCCp de Baixa Intensidade, a segunda detalha as sessões planificadas para a intervenção definida e a terceira parte pretende fornecer material de suporte às partes anteriores.

Este manual foi desenhado para ser utilizado por profissionais que têm algum conhecimento sobre a Psicose e os princípios de TCC aplicados a esta patologia. A TCCp é uma área recente de investigação e a terapia está ainda a ser refinada, pelo que é importante haver um investimento dos terapeutas para se manterem atualizados neste campo de conhecimento.

PRINCÍPIOS DA TCCP DE BAIXA INTENSIDADE

PONTOS IMPORTANTES:

1. Compreender a TCC e o processo de TCC de baixa intensidade;
2. Identificar considerações importantes no tratamento e as problemáticas mais apropriadas para esta intervenção;
3. Aprender a avaliar o utente e intervir segundo o perfil do mesmo.

O QUE É A TCC?

A TCC combina as terapias cognitiva e comportamental e a sua premissa básica advoga que as emoções são difíceis de mudar diretamente, pelo que o enfoque é nos pensamentos e nos comportamentos. Isto consegue-se a partir de uma consciencialização dos pensamentos e das emoções, da identificação das situações em que isso acontece e na melhoria dos sentimentos alterando pensamentos e comportamentos disfuncionais.

Este processo baseia-se numa colaboração entre pessoa com o problema de saúde mental e o terapeuta. A aquisição de competência, a existência de um foco concreto e a marcação de trabalho de casa são alguns dos aspetos que diferenciam a TCC das “*talking therapies*” (envolve discussão com o cliente de problemas e eventos da sua vida, com o objetivo de obterem mais conhecimento e diminuir a angústia). A sessão deve ser usada para se treinarem competências para resolver o problema em questão, e não para discutir ou oferecer orientações.

OBJETIVOS DESTE TRATAMENTO NO CASO DA PSICOSE:

- Aumentar o entendimento e o *insight* sobre as experiências psicóticas;
- Melhorar as estratégias de coping para lidar com os sintomas psicóticos residuais;
- Reduzir a angústia associada com as alucinações auditivas;
- Reduzir o grau de convicção e preocupação com as crenças delirantes;
- Manter os ganhos e prevenir recaídas.

BECK (1997) SALIENTOU DEZ PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA PRÁTICA DA TCC:

Princípio 1: a intervenção é baseada numa formulação e evolução constante da pessoa em termos cognitivos;

Princípio 2: a intervenção requer uma forte aliança terapêutica;

Princípio 3: a intervenção enfatiza a colaboração e a participação ativa;

Princípio 4: a intervenção é orientada por metas e focada num ou em vários problemas.

Princípio 5: a intervenção enfatiza, pelo menos inicialmente, o presente;

Princípio 6: a intervenção é educativa, visando ensinar a pessoa a lidar com as situações, prevenindo recaídas;

Princípio 7: a intervenção é limitada temporalmente;

Princípio 8: as sessões da intervenção são estruturadas;

Princípio 9: a intervenção ensina a pessoa a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais;

Princípio 10: a intervenção recorre a uma variedade de técnicas para mudar pensamentos, sentimentos e comportamentos.

PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Com o objetivo de se implementar em Portugal um Programa de Terapia Cognitivo-Comportamental para a Psicose, ajustado à cultura portuguesa, elaborou-se este manual a partir da revisão sistemática da literatura da especialidade.

REVISÃO SISTEMÁTICA

Para elaborar a revisão sistemática das publicações acerca da TCCp, recolheram-se todos os trabalhos indexados entre 2002 e 2013 nas bases de dados *ISI Web of Science*, *Medline*, *EBSCO Psychology and Behavioural Sciences e PsychInfo*, utilizando as palavras-chave (“cognitive behav* therapy” OR CBT) AND (psychosis OR “psychotic disorder” OR Schizophrenia) AND (“low intensity” OR short OR brief OR group OR computadorised OR self-help OR web OR phone), determinadas com especialistas na área e análise preliminar da literatura, neste âmbito.

A pesquisa elaborada permitiu inicialmente a identificação de 554 artigos que se reduziram a 18 artigos, depois de revistos pelos autores e revisor externo, no que reporta à aplicação dos critérios de inclusão para a sua integração no estudo – artigos integrais em inglês centrados em estudos (randomizados ou não) acerca da intervenção da TCC em pessoas com psicose.

Os artigos selecionados para integrar o estudo foram analisados qualitativamente, tendo em consideração as seguintes categorias de análise: dados sociodemográficos e população preferencial para este tipo de intervenção, tipos de intervenção, objetivos, programas / intervenções terapêuticas, perfil do terapeuta, resultados. De seguida apresentam-se os resultados obtidos:

TABELA 1. CONCLUSÕES DA REVISÃO SISTEMÁTICA

Categorias	Resultados
Diagnóstico	Os diagnósticos mais comuns para aplicação da abordagem são, por ordem de frequência: <ul style="list-style-type: none">• Esquizofrenia.• Perturbação Esquizoafectiva.• Perturbação Delirante.• Perturbação Esquizofreniforme.
Outros Dados Sociodemográficos	Relativamente às amostras utilizadas, a maior parte dos clientes encontrava-se desempregado, solteiro e a viver sozinho ou com a sua família.
Melhor População para este Tipo de Intervenção	A TCCp de Baixa Intensidade pode ser utilizada em diferentes contextos de reabilitação: em hospital, em regime de ambulatório ou em centros comunitários/fóruns. A abordagem grupal é eficaz particularmente quando é focada no coping com os sintomas psicóticos, diminuição do isolamento e melhoria do relacionamento com os outros. Grupos fechados homogéneos (sintomas similares) e compostos por 6 a 8 utentes obtêm resultados de intervenção mais significativos. Melhor insight (por unanimidade) e maior flexibilidade cognitiva são também preditores de melhores outcomes. A existência de mais sintomas negativos, menor grau de escolaridade e mais anos de duração de doença (com ou sem tratamento) estão associados a resultados menos promissores (todavia, existem autores que discordam desta perspectiva, afirmando que não há qualquer relação direta entre estes dois aspetos).

<p>Tipos</p>	<p>O termo “baixa intensidade” começou a ser usado recentemente e refere-se à diminuição do tempo do especialista ou ao uso da intervenção de modo rentável. Podem-se listar os seguintes tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia Cognitivo-Comportamental em formato de grupo; • Terapia Cognitivo-Comportamental de curta duração (poucas sessões); • Terapia Cognitivo-Comportamental por telefone (chamadas e mensagens); • Terapia Cognitivo-Comportamental com recurso à web/ computador.
<p>Objetivos</p>	<p>A Terapia Cognitivo-Comportamental para a Psicose está focada em: (1) reduzir a angústia causada pelos sintomas positivos ao modificar delírios e crenças sobre alucinações; (2) promover competências de coping para lidar com os sintomas; (3) reduzir distúrbios emocionais como ansiedade e depressão modificando os esquemas disfuncionais; (4) dar psicoeducação (abordar modelos de Psicose); (5) reduzir estigma e sensação de alienação. De um modo geral, o propósito global desta terapia é intervir nos sintomas que interferem com os projetos de vida das pessoas, ajudando-as a normalizar as experiências psicóticas, dando sentido/significado às mesmas de modo a melhorar o funcionamento psicossocial. É fulcral envolver a pessoa como agente ativo da sua recuperação, suportando a mudança e o recovery.</p>
<p>Duração do Programa</p>	<p>A apesar de existirem diferenças de programa para programa (7 sessões, semanalmente; 8 sessões, semanalmente; 16 sessões, semanalmente; 6 sessões, semanalmente; 16 sessões, 2 vezes por semana; 12 sessões, semanalmente; 13 sessões, semanalmente) a opção tomada mais frequentemente são as 8 sessões, com periodicidade semanal. Ainda assim, muitos estudos englobam sessões posteriores de follow-up ou até mesmo sessões para cuidadores.</p>
<p>Periodicidade</p>	<p>A grande maioria dos programas assume uma periodicidade semanal; a exceção é a periodicidade bi-semanal.</p>
<p>Programa</p>	<p>Independentemente do formato da intervenção, os módulos constituintes dos programas são consistentes: psicoeducação sobre a doença (incluindo modelos da Psicose), exploração dos delírios e das vozes, ensino de estratégias de coping para lidar com os sintomas, reestruturação cognitiva, prevenção de recaídas, estabelecimento de objetivos, combate à ansiedade e depressão.</p>
<p>Técnicas e Estratégias</p>	<p>As técnicas e estratégias utilizadas são aquelas referentes à TCC, por exemplo, monitorização dos sintomas, exame de evidências, ativação comportamental, exposição graduada, role-play, resolução de problemas, técnicas mindfulness, relaxamento, (re)formulação, entre outras.</p>

<p>Resultados Obtidos</p>	<p>Não obstante existirem estudos que apontam para a não existência de melhorias significativas a alguns níveis, noutros há resultados bastante positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhoria no funcionamento social global. • Melhoria na capacidade de lidar melhor com os sintomas (aumento das estratégias de coping). • Aumento da autoestima. • Maior conhecimento sobre a doença. • Redução da sintomatologia positiva, negativa e geral em termos de quantidade e frequência. • Menor convicção nos delírios e menor angústia devido aos mesmos. • Menor nº de recaídas e hospitalizações. • Melhor adesão ao tratamento. • Redução do nível de depressão e ansiedade. • Melhorias na apatia e redução da avolição. • Redução das crenças negativas sobre vozes.
<p>Vantagens</p>	<p>Devido à falta de terapeutas treinados, à duração do tratamento e consequentemente aos custos e recursos associados com a intervenção individual, apresenta-se como alternativa a disponibilização da TCCp em grupo ou de curta duração. É uma intervenção menos dependente de terapeutas especialistas na terapia e mais facilmente enquadrada nas rotinas e funcionamento dos serviços de Saúde Mental. No que diz respeito ao facto de se desenrolar a intervenção em formato de grupo, há vários benefícios: discussão entre pares relativamente às suas crenças gerando explicações e pensamentos alternativos, partilha de diferentes estratégias de coping, redução do isolamento e melhoria do suporte emocional, entre outras.</p>
<p>Contra-Indicações</p>	<p>Quando a terapia é em grupo, vários fatores relacionados com as interações sociais terapeutas-utilizadores e utilizadores-utilizadores podem interagir e afetar os resultados.</p>
<p>Perfil do Terapeuta</p>	<p>Ao contrário da intervenção psicológica, na TCCp de baixa intensidade qualquer profissional de reabilitação (enfermeiro, terapeuta ocupacional...) pode prestar o tratamento desde que tenha formação e supervisão regular. Os terapeutas devem ser ativos, abertos e encorajadores.</p>

Esta revisão permitiu, assim, conceptualizar as intervenções de baixa intensidade aplicadas à psicose. As intervenções de TCCp de baixa intensidade são estruturadas e limitadas no tempo, podendo ser utilizadas em diferentes contextos de reabilitação, como hospitais e centros comunitários (Brabban et al., 2009). De acordo com o National Collaborating Centre for Mental Health (2011), as intervenções de baixa intensidade diferem não só devido ao tempo de contato com o profissional de saúde mental, mas também devido ao formato, conteúdo e complexidade da terapia. Dentro desta categoria podem integrar-se: intervenções em grupo, intervenções com recurso ao computador/ internet, intervenções com recurso ao telemóvel (através do envio de SMS, chamadas ou aplicações), utilização de manuais de auto-ajuda, ou sessões individuais mais breves temporalmente (Bennett-Levy, Richards, & Farrand, 2010). Esta pode ser disponibilizada quer por psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, quer por qualquer outro profissional da área de reabilitação psicossocial, desde que com formação e supervisão regular por parte de um especialista.

Apesar de não haver ainda um corpo muito robusto de evidência neste campo, os estudos incluídos na revisão realizada demonstraram melhorias no funcionamento social global (Chung, Yoon, Park, Yang & Oh, 2013; Farhall et al., 2009; Penn et al., 2009; Wykes et al., 2005), melhorias a lidar com os sintomas (Pinkham et al., 2004), aumento de auto-estima (Hall & Tarrier, 2004), redução da sintomatologia positiva, negativa e geral em termos de quantidade e frequência (Gaynor et al., 2011; Goldberg et al., 2007; Gottlieb et al., 2013), diminuição da convicção nas crenças e delírios e menor impacto destes (Landa et al., 2006; Pinkham et al., 2004), diminuição do número de recaídas e hospitalizações (Bechdolf et al., 2004; Turkington et al., 2006), redução dos níveis de depressão e ansiedade (Waller et al., 2013), diminuição da apatia e avolição (Turkington et al., 2006) e melhoria da qualidade de vida subjetiva (Bechdolf, 2010). Todavia, os sintomas positivos são o aspecto mais mencionado nos estudos desta intervenção mostrando resultados muito promissores.

Um estudo realizado numa unidade de internamento demonstrou que as competências de TCCp aprendidas são muito úteis e as pessoas com Psicose continuam a usá-las mesmo após um mês de terem tido alta. As pessoas com Psicose experienciam uma melhoria significativa no funcionamento global, o que está relacionado, em certa medida, com o seu nível de participação na terapia (Lynch et al., 2011). Um outro estudo recente, de Chung e colaboradores (2013), indicou que a TCCp em grupo pode ser muito útil no início recente da Psicose ou num primeiro surto (Gaynor et al., 2011). Mesmo para pessoas que não querem tomar a medicação, a TCCp de baixa intensidade parece ajudar (Hutton et al., 2012). A abordagem de grupo é particularmente efetiva quando focada nas competências para lidar com os sintomas psicóticos, diminuição de isolamento e melhoria de interação social. Uma revisão sistemática de Wykes e colegas (2008) descobriu que não existem diferenças significativas no tamanho de efeito entre TCCp em formato individual ou em grupo. A terapia em grupo permite poupar recursos e responder às necessidades de mais pessoas ao mesmo tempo, promovendo uma maior socialização – e sabemos o quão positivo isto pode ser, numa população por norma socialmente isolada e excluída. Além disso, os grupos permitem a partilha de experiências, o que até pode ajudar na reestruturação de crenças irracionais. Todavia, tem como desvantagem a falta de flexibilidade para responder a algumas diferenças particulares de cada pessoa. Assim, as intervenções de TCCp em grupo serão tão mais efetivas, quanto maior a homogeneidade do grupo (Wykes et al., 2005). Grupos fechados, compostos por seis a oito pessoas com Psicose, onde os sintomas são similares, têm melhores resultados (Yalom, 1983 cit in Landa, Silverstein, Schwartz & Savitz, 2006). Landa e colegas (2006) reforçam que a noção de grupo cria um espaço seguro para as pessoas falarem sobre os seus sintomas psicóticos sem serem julgadas, discutirem evidência contra e a favor das suas crenças com os pares e melhorarem as suas estratégias de coping. Este tipo de formato é particularmente favorável para pessoas com delírios persecutórios e que têm uma percepção distorcida de como são julgados pelos outros. Um estudo apontou que a TCCp em grupo pode ter benefícios potenciais, incluindo diminuir os sentimentos negativos e aumentar a esperança no futuro (Barrowclough et al., 2006).

Não obstante, nem todas as pessoas com Psicose conseguirão envolver-se na TCCp e nem todos irão beneficiar deste tipo de terapia. Alguns estudos ilustram fatores que comprometem a adesão à TCCp, como por exemplo a falta de *insight* (Álvarez-Jimenez et al., 2009; Barrowclough et al., 2010; Wittorf et al., 2009), a existência de co-morbilidades ou consumo de substâncias (Tai & Turkington, 2009). As pessoas com Psicose com menos escolaridade e mais sintomas negativos experienciam dificuldades maiores em completar com sucesso uma intervenção de TCCp (Fanning et al., 2012; Perivoliotis et al., 2010). Quanto maior a flexibilidade cognitiva, melhores os resultados obtidos na intervenção (Brabban, Tai, & Turkington, 2009).

Desta forma, propõe-se uma abordagem em grupo focada somente nos sintomas que interferem com a persecução do objetivo de reabilitação. Este deve ser definido no início da intervenção (cobrindo tipicamente áreas como auto-cuidado, socialização, ou desempenho ocupacional) em colaboração com o terapeuta, cliente e, se possível, as suas pessoas significativas.

UM EXEMPLO DE FORMULAÇÃO DE CASO

Belmira é uma senhora solteira de 34 anos. Na sua infância sentiu-se negligenciada por parte do seu pai que era muito frio e demasiado rígido(a). Isto levou-a a acreditar que não valia nada e que não se devia abrir emocionalmente com ninguém para não se magoar (b). Depois de ter passado por um rompimento traumático de uma relação amorosa duradoura aos 23 anos (c), começou cada vez mais a acreditar que não era importante. Estas crenças levaram a que se afastasse cada vez mais das outras pessoas e eventos sociais (e), o que a levou a sentimentos de depressão (e). Belmira começou a beber (d) porque a ajudava a relaxar nas situações sociais e fazia-a esquecer da sua solidão. Contudo, isto aumentou os seus níveis de depressão e ansiedade e uma maior necessidade do álcool para lidar com isso. Esta situação foi piorando com o tempo. Belmira consegue identificar que o álcool levou a exacerbar a sua condição e que os seus pensamentos negativos são cada vez piores (f).

Este é um exemplo de informação que se pode reter de um caso clínico. É importante perceber as experiências passadas (a) e a situação que poderá ter despoletado o problema (c), as crenças da pessoa (b), os fatores de manutenção do problema (d), as consequências (e), e a existência ou não de insight (f) para ajudar a pessoa a lidar melhor com a sua situação.

De modo a conseguir recolher mais informações sobre a pessoa e a completar a formulação individual, poderá utilizar algumas destas questões (adaptado de Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions):

Pensamentos

1. *O que lhe está a passar pela cabeça?*
2. *Qual é a pior parte desta situação?*
3. *O que é que esta situação/experiência/sintoma significa para si?*

Sentimentos

1. *Como se sente nesta situação?*
2. *Como é que isto o afeta emocionalmente?*
3. *Parece um pouco ... (triste, por exemplo), quando diz ...?*
4. *Quando começa a pensar nisso como se sente?*

Comportamentos

1. *O que faz/fez quando...?*
2. *O que faria de modo diferente se se sentisse melhor?*
3. *O que costuma fazer neste tipo de situações?*
4. *O que é que não faz agora que o deixa tão deprimido/ansioso?*

Reações Físicas

1. *Como é que isto o afeta fisicamente?*
2. *Que sintomas o incomodam mais?*
3. *Que acontece com o seu corpo quando está ansioso/ouve vozes/...?*
4. *Como está a sua saúde física?*

Fatores Ambientais

1. *O que mais está a acontecer na sua vida que pode estar a afetar o modo como se tem sentido?*
2. *Tem alguém com quem falar sobre o problema?*
3. *Tem tido problemas no trabalho? Como correm as coisas em casa?*

De seguida apresenta-se a forma como se perspectiva este programa de intervenção, denominado weCOPE, resultante do conhecimento produzido por diferentes profissionais e investigadores e da reflexão dos autores deste manual sobre este processo.

WECOPE: PROGRAMA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE INTERVENÇÃO EM GRUPO NA PSICOSE

Em termos gerais, este programa estrutura-se em torno de sessões psicoeducativas participativas, realizadas em pequenos grupos de 6 a 8 pessoas. Estes grupos deverão funcionar em regime fechado, de forma a facilitar o desenvolvimento e coesão do grupo e a aquisição progressiva de competências. De modo a alcançar melhores resultados, o grupo deve ser o mais homogéneo possível em termos de sintomatologia e experiências vividas.

No total, o programa contém doze sessões presenciais, estruturadas em áreas de competências, nas quais se abordam diversas temáticas como os modelos da Psicose, estratégias para lidar com ansiedade e depressão, como trabalhar os pensamentos automáticos negativos, as vozes e os delírios, formas de aumentar a autoestima e prevenção de recaídas.

Há quatro estratégias fundamentais que devem orientar a prática no âmbito desta intervenção: psicoeducação sobre o modelo TCC (1); identificação dos padrões de pensamento desadequados (2); reestruturação cognitiva (3); e desenvolvimento de estratégias para prevenção de recaídas (4). Uma sessão standard inclui a definição do plano de sessão (questionar como o cliente está desde a semana passada e definição dos conteúdos a abordar na sessão), teoria e prática (exploração do tema da sessão através de exposição de informação, discussão, realização de role-play, ...) e finalização (síntese em grupo da sessão e marcação do trabalho de casa² para consolidar a competência).

Para uma rigorosa operacionalização do programa selecionaram-se diferentes instrumentos que permitirão aos terapeutas aferir a evolução dos clientes no grupo, utilizando uma metodologia de pré e pós-teste (início e fim do programa) constituída por vários instrumentos de avaliação, nomeadamente, *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987), *Belief about Voices Questionnaire Revised* (Chadwick, Lees, & Birchwood, 2000), *Beck Depression Inventory II* (Beck, Brown, & Steer, 1996), *Recovery Assessment Scale (RAS)* (Corrigan et al., 2004), *Personal and Social Performance Scale (PSP)* (Morosini et al., 2000) e *Beck Anxiety Inventory* (Beck & Steer, 1990).

Descreve-se seguidamente o planeamento das 12 sessões que compõem o programa weCOPE.

Sessão 1	Avaliação Geral (pré) e Introdução à Terapia
Sessão 2	Envolvimento na Terapia
Sessão 3	Psicoeducação sobre a Doença – Modelos da Psicose
Sessão 4	Combate à Ansiedade
Sessão 5	Combate aos Sintomas Depressivos
Sessão 6	Pensamentos Automáticos Negativos
Sessão 7	Exploração das Vozes
Sessão 8	Exploração dos Delírios

². O trabalho de casa é essencial na TCC, contudo o terapeuta pode dar-lhe outra conotação se isso motivar mais o cliente, como por exemplo tarefas práticas, treino entre sessões, etc.

Sessão 9	Auto-estima
Sessão 10	Prevenção de Recaídas
Sessão 11	Resolução de Problemas e Estratégias de Coping
Sessão 12	Avaliação Geral (pós) e Término do Grupo




O material que se propõe, apesar de estruturado, deixa espaço para o próprio terapeuta flexibilizar as sessões e adaptar os seus conteúdos mediante o grupo que tem e cada pessoa que pertence ao mesmo.

Todas as sessões têm a seguinte estrutura genérica:

- Exercício de aquecimento (5min)
- Revisão dos tópicos da semana anterior e análise do trabalho de casa (15min)
- Discussão do novo tópico (25min)
- Intervalo (15min)
- Exercícios estruturados sobre o tema (20min)
- Revisão da sessão (5min)
- Definição de trabalho de casa (5min)

Todas as sessões devem terminar com a síntese da sessão, motivando o cliente para fazer o trabalho de casa e comparecer na próxima sessão.

Ex. Então, hoje falamos sobre ... Pergunto o que acharam relativamente a ... Houve algum assunto que foi falado rápido demais? Há alguma dúvida que queiram tirar?

 <p>OBJETIVOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Desenvolver a relação terapêutica e coesão de grupo. 2 Avaliar através de vários instrumentos as competências e os sintomas de cada elemento. 3 Facilitar a motivação para a terapia usando a entrevista motivacional. 4 Aferir as expectativas de cada cliente face à terapia. 5 Analisar as consequências do processo de mudança.
 <p>MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de Mudança (Ficha nº 1) • Regras do Grupo (Ficha nº 2) • Questionário de Expectativas (Ficha nº 3)
 <p>GUIA DA SESSÃO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Deve-se iniciar a sessão realizando um exercício de quebra-gelo e apresentação entre as várias pessoas do grupo. Após este momento, deve ser explicado o objetivo deste grupo, quais as regras pelas quais este se vai reger (entregar a cada um a ficha “Regras do Grupo”) e aferir quais as expetativas das pessoas com Psicose (entregar a cada um a ficha “Questionário de Expectativas”). Em conjunto será realizado um brainstorming sobre o processo de mudança, devendo cada cliente preencher a ficha “Processo de Mudança” individualmente. 2 Devem ser aplicados os vários testes de avaliação, devendo o terapeuta explicitar esta necessidade, no sentido de avaliar a evolução de cada um e o impacto desta terapia nos sintomas e funcionalidade das pessoas com Psicose. <p>Medidas de Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS)</i> • <i>Belief about Voices Questionnaire Revised</i> • <i>Beck Depression Inventory II</i> • <i>Recovery Assessment Scale (RAS)</i> • <i>Personal and Social Performance Scale (PSP)</i> • <i>Beck Anxiety Inventory</i>



TRABALHO DE CASA

Na primeira sessão não haverá trabalho de casa, mas será importante referir que no futuro poderão ter alguns exercícios práticos ou escritos, explicando qual o objetivo dos mesmos. É provável que algum cliente não traga o trabalho de casa feito. Isto pode dever-se a não ter compreendido a tarefa, a tarefa ser muito difícil ou demorar muito tempo. De qualquer modo, é essencial voltar a lembrar a importância do trabalho de casa para o sucesso nesta intervenção e realizar um brainstorming com todo o grupo com ideias para da próxima vez todos trazerem o trabalho de casa feito. Ler a ficha “Definição do Trabalho de Casa Terapêutico”.



NOTAS PARA O TERAPEUTA




Um aspeto importante que deve ser desenvolvido desde logo é a comunicação harmoniosa entre todos os elementos. Para isso é importante discutirem-se algumas regras de funcionamento de grupo.

Relativamente à avaliação inicial, cabe ao terapeuta explicar o porquê deste processo de forma clara e transparente, diminuindo a possibilidade de ocorrerem até sinais de paranóia relacionados com este grupo. É também importante questionar os elementos do grupo relativamente ao seu conhecimento atual sobre o seu diagnóstico. Este discurso deve ser pautado por um interesse contínuo e curiosidade genuína pelas experiências vividas pelos clientes.

Ex. É possível que este tipo de grupo seja benéfico para si, para resolver alguns problemas que têm experienciado. Mas para trabalharmos juntos é importante eu compreender bem a sua situação e as dificuldades que tem tido ao longo deste tempo. O que é que isto lhe parece? (...) O que acha que lhe está a causar estes problemas? O que é que o seu médico lhe disse sobre isso?

Compreender as expectativas da terapia é importante para manter a motivação para a terapia e estabelecer uma relação colaborativa. Nesta primeira sessão deve ser explicado ao cliente a estrutura e formato das sessões, a importância do trabalho de casa, duração e periodicidade.

Ex. “Neste programa de grupo irá aprender competências para utilizar no seu dia-a-dia, e tal como aprender um instrumento musical requer treino, também é preciso praticar estas competências diariamente, durante e após término do programa para progredir. Assim...”

 OBJETIVOS	1	Introduzir ao grupo o modelo de TCC.
	2	Explicar ao grupo o que é a TCCp.
	3	Orientar o grupo na formulação pessoal do seu problema.
 MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo Cognitivo-Comportamental (Ficha nº 4) • Escolha dos Objetivos (Ficha nº 5) 	
 GUIA DA SESSÃO	1	Explicar o objetivo deste grupo terapêutico e que o terapeuta apenas irá orientar o processo de mudança, pelo que a participação deve ser ativa por parte das pessoas com Psicose (devem formular hipóteses sobre o seu problema, devem fazer o trabalho de casa, devem dar feedback sobre os exercícios, sugestões de estratégias de coping e, claro, falar sempre que se sentirem desconfortáveis com alguma situação, seja ela real ou fruto do seu pensamento).
	2	Explicar o modelo da TCC ao grupo usando como exemplo a ficha “Modelo Cognitivo-Comportamental” – Abordar cada tópico um a um (eventos precipitantes, experiências anteriores, crenças, ...) e posteriormente apresentar a formulação global, preparando o grupo para a fase seguinte que será a formulação individual de cada elemento.
	3	<p>Compreender o início e o desenvolvimento da doença ³ – o início pode ser evidente (ex. aconteceu quando me separei da minha namorada) ou mais genérico (ex. no final da adolescência), com o acumular de vários eventos stressantes. Também é importante perceber se houve flutuações ao longo do tempo.</p> <p>Para facilitar a discussão, pode ser usada a regra dos 7 – Problema atual (quais os sintomas?), Padrão de doença (como se desenvolveu ao longo do tempo?), Fatores de Predisposição (há história familiar de doença?), Fatores Precipitantes (há consumo de substâncias?), Fatores Perpetuadores (há comportamentos de evitamento ou de risco?), Fatores Protetores (há suporte social, há resiliência?), Prognóstico (expectativas do terapeuta e do cliente quanto à intervenção?). Estimular a participação de todos os elementos do grupo na discussão dos 7Ps.</p>

³ É importante solicitar a permissão aos elementos do grupo antes de abordar estes aspetos mais pessoais, reforçando a questão da confidencialidade.








GUIA DA SESSÃO





- 4 Identificar outras informações relevantes – história de tratamento, estratégias de coping, pontos positivos e negativos, entre outros.
- 5 Discutir com o grupo o que cada um deles pretende mudar na sua vida, como o vai fazer e aquilo que pode dificultar o alcançar disso. Realizar a ficha “Escolha dos Objetivos”.








TRABALHO DE CASA





Cada elemento deve definir o seu objetivo individual SMART (*Specific* - específico, *Measurable* - mensurável, *Attainable* - atingível, *Realistic* - realista, *Time Limited* - limitado no tempo) para apresentar ao grupo na sessão seguinte. Devem ser dados exemplos específicos de objetivos corretamente formulados (ler ficha “Definição de Objetivos”). A ficha de trabalho “A Minha Escada para o Sucesso: Passo a Passo” deve acompanhar os pessoas com Psicose durante todo o programa. Para além de escreverem o seu objetivo individual, devem, semana a semana, ir escrevendo os passos dados em direção ao seu objetivo. Cabe ao terapeuta ir reforçando esta questão.





 <p>OBJETIVOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Dar informação aos elementos do grupo sobre a Psicose e os sintomas psicóticos (adequado ao seu nível de insight e às suas atitudes sobre a doença). 2 Normalizar os sintomas psicóticos através do modelo vulnerabilidade-stress e suas atitudes sobre a doença. 3 Introduzir ao grupo o conceito de automonitorização. 4 Identificar, para cada pessoa, quais os sintomas que interferem com os seus objetivos.
 <p>MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo Vulnerabilidade-Stress (Ficha nº 6) • Modelo Vulnerabilidade-Stress – Tabela (Ficha nº 7) • O que é a Psicose (Ficha nº 8) • Diário dos meus Pensamentos (Ficha nº 9)
 <p>GUIA DA SESSÃO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Explicar ao grupo o modelo de vulnerabilidade-stress. 2 Dar informação ao grupo sobre a Psicose e os seus sintomas. 3 Ensinar o grupo a fazer automonitorização dos sintomas – enfatizar a importância da automonitorização, explicando como esta prática pode ajuda a controlar os sintomas. Dividir os eventos em situação, pensamento automático, sentimentos e comportamentos exige prática. Contudo, vai permitir uma maior consciencialização por parte de cada cliente, levando-o a perceber que, por exemplo, os seus pensamentos podem ser apenas interpretações da situação.
 <p>TRABALHO DE CASA</p>	<p>Preenchimento da ficha individual de auto-monitorização “Diário dos meus pensamentos”.</p>
 <p>NOTAS PARA O TERAPEUTA</p>	<p>Num momento inicial deve-se explicar, com exemplos práticos, como preencher a tabela de auto-monitorização. O terapeuta deve pedir que o participante o faça sempre que necessário e deve solicitar que o participante leve e traga em cada sessão a sua ficha individual de auto-monitorização.</p> <p><i>Ex. Este exercício é um importante primeiro passo para começar a ganhar controlo sobre os seus pensamentos e sentimentos. Na próxima semana irá preencher a tabela diariamente. Tente prestar atenção às situações do dia-a-dia em que se sente ansioso ou deprimido, uma vez que não irá reconhecer de imediato que está a ter um pensamento que não é bom para si. Aí, PARE e ESCREVA na sua ficha tudo o que está a acontecer consigo.</i></p>





 OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1 Analisar de que forma a ansiedade afeta a persecução dos objetivos de reabilitação de cada um. 2 Perceber o ciclo vicioso da ansiedade. 3 Identificar formas de combater e lidar com a ansiedade (exercícios de relaxamento e respiração, exposição graduada, coping cards).
 MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • O Ciclo Vicioso da Ansiedade (Ficha nº 10) • Respiração e Relaxamento (Ficha nº 5)
 GUIA DA SESSÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1 Discutir de que forma a ansiedade interfere com o dia-a-dia e com a persecução dos objetivos de vida. 2 Explicar ao grupo o que é a Exposição Graduada e exploração de um exemplo dado pelo grupo ou pelo terapeuta. A Exposição Graduada tem como objetivo enfrentar de forma progressiva uma situação particular evitada ou temida; as pessoas com Psicose devem desenvolver uma hierarquia de situações cada vez mais ansiogénica e experienciar cada situação, gradualmente, com o apoio do terapeuta. Os elementos do grupo são incentivados a trabalhar no sentido de abordar situações que são suscetíveis de serem gratificantes a longo prazo. 3 Identificar outras estratégias para lidar com a ansiedade, como técnicas de relaxamento e respiração ou a construção de <i>coping cards</i>.
 TRABALHO DE CASA	<p>Cada participante deve construir em casa o seu <i>coping card</i>, específico para uma situação ansiogénica. Devem ser apresentados exemplos (ver ficha “Exemplos de <i>Coping Cards</i>”).</p>





 <p>OBJETIVOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Analisar de que forma os sintomas depressivos afetam a persecução dos objetivos de reabilitação de cada um. 2 Identificar formas de combater e lidar com os sintomas depressivos. 3 Elaborar um horário semanal de atividade.
 <p>MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento em Atividades (Ficha nº 12) • Horário Semanal de Atividades (Ficha nº 13) • Lista de Atividades (Ficha nº 14)
 <p>GUIA DA SESSÃO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Explicar ao grupo como se mantêm os estados depressivos com exemplos práticos. 2 Explicar o que é a Ativação Comportamental. A Ativação Comportamental inclui um conjunto de procedimentos e técnicas que visam aumentar os níveis de atividade da pessoa e o acesso a atividades que promovam melhorias no humor e funcionamento. Pessoas com este tipo de problemas acabam por se isolar e perder a vontade de fazer coisas que outrora gostavam e lhes davam prazer. Reintroduzir estas atividades significativas ou envolver-se em novas tem vários benefícios: 1) contrariar o evitamento social; 2) aumentar os níveis de atividade física; 3) aumentar autoestima e autoconfiança; 4) aumentar sentimentos de utilidade e pertença. Realizar as fichas “Envolvimento em Atividades” e “Lista de Atividades”. 3 Cada elemento deve cumprir o calendário de atividades por si definido, colocando um visto nas atividades que realizou (ver ficha “Horário Semanal de Atividades”).
 <p>TRABALHO DE CASA</p>	<p>Cada participante deve construir em casa o seu <i>coping card</i> específico para uma situação ansiogénica. Devem ser apresentados exemplos (ver ficha “Exemplos de Coping Cards”).</p>
 <p>NOTAS PARA O TERAPEUTA</p>	<p>Ex. <i>“Gostaria de falar convosco sobre o vosso dia de ontem por exemplo. O que fizeram de manhã, de tarde e à noite? (...) E como se sentiram em casa momento? (...) Ok, diz que sente (...), se tivesse que enquadrar de 0 a 100 (referir a que correspondem os pontos finais da escala) como faria? O que o faria sentir melhor?”</i></p>





SESSÃO





 OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1 Identificar os pensamentos automáticos negativos. 2 Aprender a escolher pensamentos alternativos.
 MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Crenças e Pensamentos Automáticos Negativos (Ficha nº 15) • Listagem dos tipos de padrões de pensamento automático negativo (Ficha nº 16) • Passos para lidar com pensamentos desajustados (Ficha nº 17) • Quebrar com a regra (Ficha nº 18) • Modelo ABC (Ficha nº 19) • Modelo ABC – Exemplo (Ficha nº 20)
 GUIA DA SESSÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1 Leitura da ficha “Crenças e Pensamentos Automáticos Negativos” como introdução à sessão. 2 Exploração dos diferentes tipos de pensamentos automáticos negativos (catastrofização, tudo/nada, saltar para conclusões, etc.) e relacioná-los com os pensamentos registados nas tabelas e outros exemplos novos (leitura da ficha nº 16 e realização da ficha nº 17). 3 Análise do modelo ABC (leitura da ficha nº 19 e realização do exemplo, ficha nº 20), seguida de discussão em grupo. 4 Treinar como podem optar por explicações/pensamentos mais adaptados em alternativa aos pensamentos automáticos negativos, característicos de pessoas mais deprimidas e ansiosas.
 TRABALHO DE CASA	<p>Leitura da ficha de trabalho “Quebrar com a Regra” e realização dos exercícios propostos.</p>





 OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1 Identificar crenças sobre as vozes e explorar evidências contra/a favor. 2 Identificar estratégias para lidar com as vozes.
 MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender as vozes I (Ficha nº 21) • Lidar com o que as vozes dizem (Ficha nº 22) • Lista de estratégias de coping para as vozes (Ficha nº 23) • Compreender as vozes II (Ficha nº 24)
 GUIA DA SESSÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1 Deve ser explicado ao grupo que a TCC de Baixa Intensidade não vai fazer as vozes desaparecerem, mas vai ajudar a lidar com elas de forma mais adaptativa. Parece ser importante compreender as crenças da pessoa em relação às vozes, como processo para tentar que estas experiências tenham algum significado. O primeiro passo a dar é perceber em que situações as vozes aparecem (será quando está mais ansioso, mais deprimido, ...?) e quando ficam mais fortes (tom mais alto, maior frequência, menor controlo sobre elas). 2 Deve ser estimulada a partilha por parte de todos os elementos do grupo das suas experiências pessoais. Caso seja pertinente para o grupo em questão, pode passar o seguinte testemunho: http://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head. Posteriormente, o grupo deve realizar as fichas propostas.
 TRABALHO DE CASA	<p>Pôr em prática as estratégias de coping para as vozes e indicar as que resultaram. Preencher a ficha de trabalho “Compreender as vozes II”.</p>

 OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1 Reduzir a angústia provocada pelos sintomas positivos, mudando as crenças sobre os delírios. 2 Promover estratégias para desconstruir os delírios, explorando evidência a favor e contra os mesmos.
 MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Registo da Experiência – Teste de Evidências (Ficha nº 25)
 GUIA DA SESSÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1 Devemos começar por explicar ao grupo o processo de formação de delírios, dando exemplos e podendo o terapeuta recorrer novamente à ficha do Modelo ABC. 2 Fomentar a partilha entre o grupo dos seus delírios e explorar evidência contra e a favor do delírio recorrendo ao Questionamento Socrático. Não se deve confrontar o delírio de cada pessoa diretamente, dizendo-lhe que está errado ou que não está a fazer sentido nenhum. O diálogo deve ser orientado para que o cliente consiga tirar as suas conclusões sobre a situação. O terapeuta deve escolher uma situação entre os elementos do grupo que se adegue para a realização do preenchimento da ficha “Registo da Experiência – Teste de Evidências”. 3 Posteriormente deve-se orientar o grupo para ajudar cada pessoa a gerar explicações alternativas mais realistas.
 NOTAS PARA O TERAPEUTA	<p>É importante saber previamente quais as crenças delirantes que causam maior impacto na vida da pessoa e o nível de convicção na mesma. Por norma, desconstruir crenças requer algum tempo, sendo importante manter em consideração os modelos cognitivos da formação e manutenção dos delírios.</p>

 OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none">1 Compreender que cada pessoa tem pontos fortes e pontos fracos.2 Valorizar os aspetos positivos de cada um e da sua vida.3 Aumentar a auto-estima.
 MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE	<ul style="list-style-type: none">• Elogios (Ficha nº 26)• Mime-se (Ficha nº 27)• Pontos Fortes e Pontos Fracos (Ficha nº 28)• Calendário da Auto-estima (Ficha nº 29)
 GUIA DA SESSÃO	<ol style="list-style-type: none">1 Iniciar a sessão com uma dinâmica de grupo na qual cada elemento deverá escrever uma frase sobre uma coisa que não gosta em si e colocar o papel dentro de uma caixa. Posteriormente, cada elemento tira um papel à vez e transforma aquele aspeto negativo em algo positivo.2 Realização das fichas referidas, reforçando que todas as pessoas têm pontos fortes e fracos (podendo melhorar estes últimos) e que devem valorizar-se e gostar delas próprias independentemente disso.
 TRABALHO DE CASA	<p>Cada elemento deverá definir para cada dia do “Calendário da Auto-Estima” uma atividade que o faça sentir-se bem consigo próprio. Na interação com os outros deve também ter um discurso mais otimista.</p>

 OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1 Aprender a identificar sinais precoces de alerta para prevenir recaídas. 2 Aprender a utilizar técnicas específicas para uma gestão adequada dos sinais de alerta. 3 Elaborar um plano de prevenção de recaídas.
 MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais Precoces de Alerta (Ficha nº 30) • Sinais Precoces de Alerta – Tabela (Ficha nº 31) • Plano Individual de Crise (Ficha nº 32)
 GUIA DA SESSÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1 Começar por fomentar a partilha de experiências pessoais entre os elementos do grupo sobre o tema e explicar bem os seguintes conceitos: sinais de alerta, sintomas persistentes, efeitos secundários da medicação e alterações de humor, especificando as diferenças entre cada um. 2 Análise de possíveis triggers (ou desencadeadores), sinais precoces de alerta, pessoas que o podem ajudar, etc. 3 Elaboração de um plano de prevenção de recaídas, o “Plano Individual de Crise”, caso algum elemento não o tenha realizado com o seu técnico de referência. É importante dar ênfase na necessidade de um bom suporte social ao invés do isolamento.
 TRABALHO DE CASA	<p>O plano de prevenção de recaídas deverá ser levado para casa, para ser discutido com as figuras significativas de cada cliente.</p>

 OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1 Compreender o método de resolução de problemas. 2 Relembrar estratégias de coping.
 MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Como resolver problemas? (Ficha nº 33) • Resolução de Problemas (Ficha nº 34) • Metáfora do Jardim (Ficha nº 35)
 GUIA DA SESSÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1 É importante começar por referir que o programa está a chegar ao fim e que continua a haver objetivos por atingir e irão também certamente surgir situações adversas para resolver. Assim, deve-se apresentar ao grupo o método de resolução de problemas, para poderem usar autonomamente quando necessário. 2 Após se exemplificar como se deve aplicar este método, deve ser feita uma síntese de tudo o que foi abordado no programa e, em particular, quais as competências de coping aprendidas.
 TRABALHO DE CASA	<p>Neste trabalho de casa irá ser explorado um lado mais criativo. Usando a metáfora de um jardim, cada elemento deverá realizar a ficha de trabalho proposta “Metáfora do Jardim”.</p>

 OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1 Revisão dos conceitos mais importantes apreendidos durante o programa. 2 Esclarecimento de dúvidas. 3 Avaliação informal e formal do programa.
 MATERIAL AUXILIAR PARA O CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário de Satisfação (Ficha nº 36) • Catálogo dos Sentimentos (Ficha nº 37)
 GUIA DA SESSÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1 Com recurso a um quadro branco ou uma cartolina, deve ser feito um mapa concetual com a colaboração de todos os elementos do grupo sobre os temas abordados ao longo do programa. As dúvidas que possam existir devem ser esclarecidas. 2 Devem ser aplicados novamente os vários testes de avaliação, referindo que posteriormente saberão os resultados dos dois momentos, bem como a evolução. 3 Preenchimento de um questionário de satisfação e feedback informal do grupo sobre o programa. Partilha com o grupo sobre quais os sentimentos que tinha no início e após completar o programa, podendo usar palavras da ficha “Catálogo de Sentimentos”. <ul style="list-style-type: none"> Medidas de Avaliação • <i>Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS)</i> • <i>Belief about Voices Questionnaire Revised</i> • <i>Beck Depression Inventory II</i> • <i>Recovery Assessment Scale (RAS)</i> • <i>Personal and Social Performance Scale (PSP)</i> • <i>Beck Anxiety Inventory</i>
 NOTAS PARA O TERAPEUTA	<p>Nesta última sessão pode ser realizado um pequeno lanche convívio, sendo cada elemento responsável por uma tarefa (trazer sumo, fazer bolo, escolher a música, ...).</p> <p>Uma ideia interessante que pode ser implementada pelo terapeuta é entregar a cada elemento, no final do programa de intervenção, uma carta de término do programa. Nessa carta deverá estar descrito o percurso individual de cada um no grupo, reforçando as suas concretizações.</p> <p><i>“Ex. Caro Diogo, esteve presente nas 12 sessões do grupo de terapia e agora chegamos ao fim. Estou a escrever de modo a resumir o seu percurso ao longo deste tempo. Explorou com os colegas algumas experiências (...) e o modo como essas o afetaram (...). Procurou várias formas para lidar com alguns problemas (...) e percebi que o seu modo de perspetivar algumas situações mudou um pouco (...). Reparei também que começa a ter mais iniciativa para conversar com os colegas e que já se desloca sozinho no autocarro. (...) Diogo, quero aproveitar esta oportunidade para lhe desejar votos de muito sucesso e espero que use as suas competências para alcançar aquilo que quer para o seu futuro.”</i></p>



**MATERIAL
AUXILIAR PARA
O CLIENTE**

Listar as consequências negativas do problema

Listar os aspetos positivos do problema

Listar os benefícios que espera ao mudar

Listar o que poderá “perder” com a mudança

Venha a horas!

Não faça os outros esperar.



Venha sempre!

É importante não faltar a nenhuma sessão.



Dê suporte aos seus colegas do grupo.

Não seja crítico, dê feedback construtivo, seja cuidadoso.



Tempo de antena para todos.

Deixe os seus colegas falar também.



Faça o trabalho de casa!

É importante praticar o que aprende.



Confidencialidade.

Não fale de coisas pessoais abordadas no grupo fora dele.



Telemóvel sempre desligado

Não interromper a sessão.



Se se sentir desconfortável diga.

É importante transmitir os seus sentimentos.



LEIA, POR FAVOR, CADA AFIRMAÇÃO E ASSINALE COM UM CÍRCULO O NÚMERO QUE MELHOR SE ADAPTA À SUA OPINIÃO.

1. Que benefícios pessoais espera obter em mudar?

1 nenhuns	2	3	4	5 Todos
-----------	---	---	---	---------

2. Se mudar, qual o nível de prejuízo que espera?

1 Nenhum	2	3	4	5 Todo
----------	---	---	---	--------

3. Se colocar numa balança benefícios e prejuízos em mudar, qual o lado que mais pesa?

1 Prejuízos	2	3	4	5 Benefícios
-------------	---	---	---	--------------

4. Até que ponto pensa que o seu modo de funcionar contribui para os problemas que tem atualmente?

1 Nada	2	3	4	5 Totalmente
--------	---	---	---	--------------

5. Se para resolver os problemas implica mudar, até que ponto está disposto a envolver-se no processo?

1 Nada	2	3	4	5 Totalmente
--------	---	---	---	--------------

6. Está confiante que consegue mudar o seu atual modo de funcionamento?

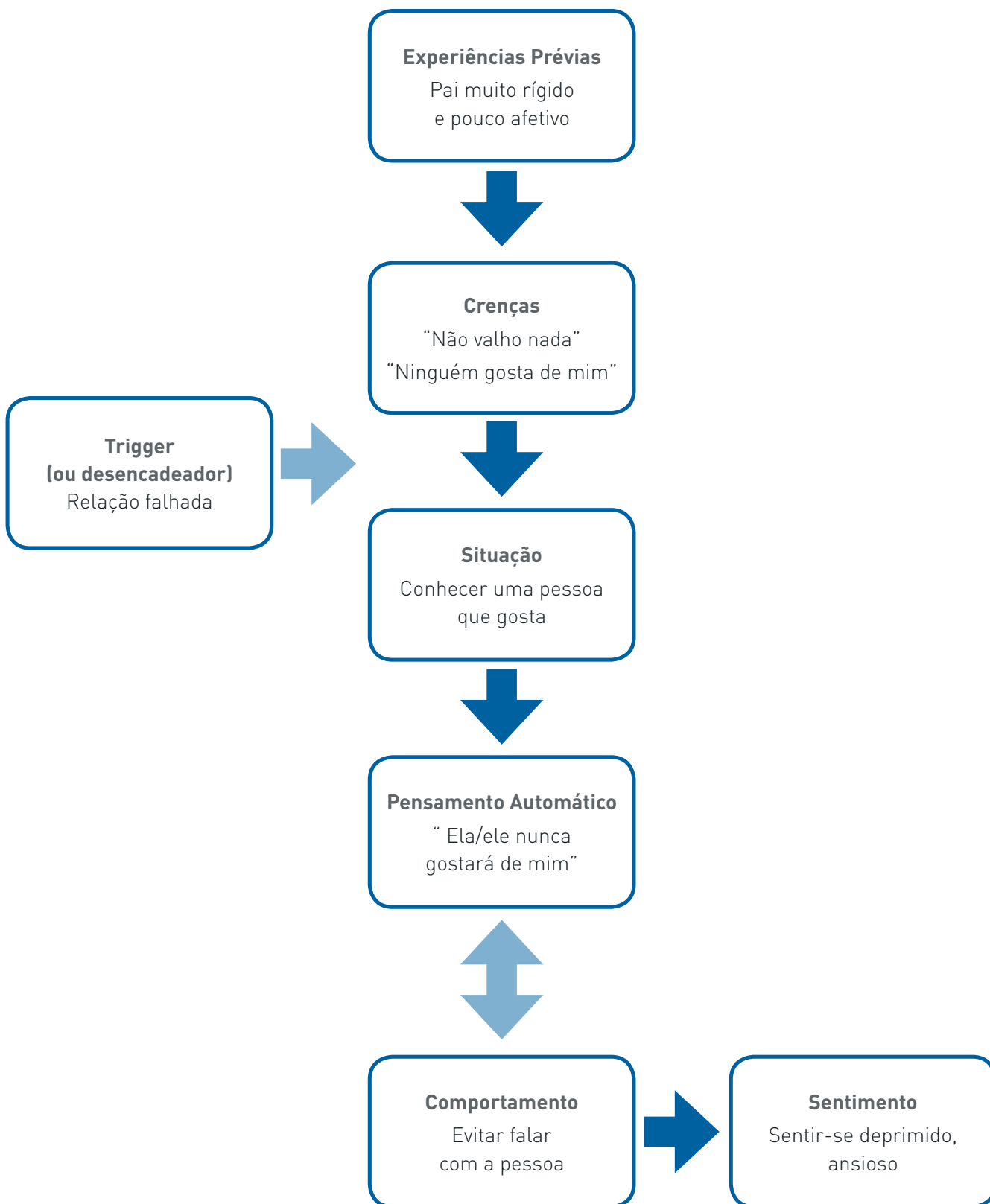
1 Nada	2	3	4	5 Totalmente
--------	---	---	---	--------------

7. À medida que o tratamento avança, pensa que o seu problema vai...

1 Manter-se	2	3	4	5 Desaparecer
-------------	---	---	---	---------------

Nome: _____

Data: / /



Aspectos que gostaria de mudar na sua vida	Nível de importância*	Concretização a curto prazo (Sim/Não)

* Sendo 1 – pouco importante e 5 – muito importante

O QUE CAUSA A PSICOSE?

Não há só um factor que causa a psicose mas um número de fatores que interagem entre si e que contribuem para o desenvolvimento desta patologia em algumas pessoas.

- Vulnerabilidade
- Eventos Stressantes
- Fatores Protetores e Fatores de Risco
- Risco de Desenvolver uma Doença Psicótica

Vulnerabilidade:

- Genética (ter história de um familiar com uma doença mental grave aumenta o risco de desenvolver uma psicose);
- Neuro-desenvolvimento (infecções durante a gravidez, complicações no parto e défices nutricionais têm um impacto no desenvolvimento cerebral, implicando uma maior vulnerabilidade à psicose);
- Ambiente (eventos traumáticos durante a infância ou experiências familiares ou na escola).

Eventos Stressantes:

Eventos que podem exigir demasiado da pessoa num determinado momento, levando-a a ficar ansiosa, deprimida, com raiva: morte de familiares, situação de desemprego, relacionamento amoroso complicado, mudança de casa, entrada na faculdade, etc.

Fatores Protetores e de Risco

Um fator de risco é aquilo que irá aumentar as possibilidades de uma pessoa que já é vulnerável ficar doente (uso de álcool e drogas, conflitos interpessoais, etc.). Por outro lado, os fatores protetores, previnem o despoletar da doença (estratégias de coping adequadas, boa rede de suporte social, toma da medicação). A qualquer momento, os fatores de risco podem ser superiores aos fatores protetores e ocorrer uma recaída.

FATORES DE VULNERABILIDADE	CHECKLIST DO STRESS
<p>LISTE AQUELES FATORES QUE PODEM TER AUMENTADO A SUA VULNERABILIDADE PARA TER UMA DOENÇA MENTAL</p>	<p>ANTES DE FICAR DOENTE ESTEVE SUJEITO A ALGUM EVENTO STRESSANTE?</p>

Ex. Ter um familiar com Esquizofrenia

Ex. Entrada na Universidade

FATORES DE RISCO	FATORES PROTETORES
<p>LISTE OS ASPETOS QUE PROVAVELMENTE AUMENTARAM O SEU RISCO DE TER UMA DOENÇA MENTAL</p>	<p>QUE RECURSOS OU PONTOS FORTES DE QUE DISPÕE E QUE PODEM DIMINUIR O RISCO DE FICAR DOENTE?</p>

Ex. Consumo de drogas

Ex. Ter um bom suporte familiar

A palavra psicose é usada para descrever condições que afetam a mente e nas quais houve perda de contato com a realidade. Quando alguém fica doente neste sentido, diz-se que teve um episódio psicótico.

EXISTEM TRÊS GRUPOS DE SINTOMAS:

Sintomas Positivos

Alucinações – as pessoas com Psicose podem ouvir, cheirar ou ver as coisas que não existem ou fazê-lo de modo alterado. A alucinação mais comum é ouvir vozes; estas podem ser confortantes ou assustadoras, variando de pessoa para pessoa.

Crenças Delirantes – a maior parte das pessoas com Psicose desenvolve algumas crenças incomuns que não se enquadram na realidade. Podem acreditar que leem os pensamentos de outras pessoas, que enviam mensagens pela TV ou que são os novos salvadores do mundo.

Percepção Distorcida – estes sintomas referem-se à dificuldade em dar sentido ao que ouve, sente, toca e vê, na medida em que a pessoa pode estar mais sensível a ruídos, cores e luzes (aspetos de que uma pessoa sem doença consegue abstrair-se).

Sintomas Desorganizados e Problemas Cognitivos

Pensamento, fala e comportamento podem tornar-se desorganizados. Isto pode significar que, quando estão mais doentes, as pessoas têm dificuldade em compreender o que está a dizer ou o próprio tem dificuldade em pensar claramente ou a longo prazo. Além disso, são comuns dificuldades em termos de memória, atenção, velocidade de processamento, flexibilidade cognitiva.

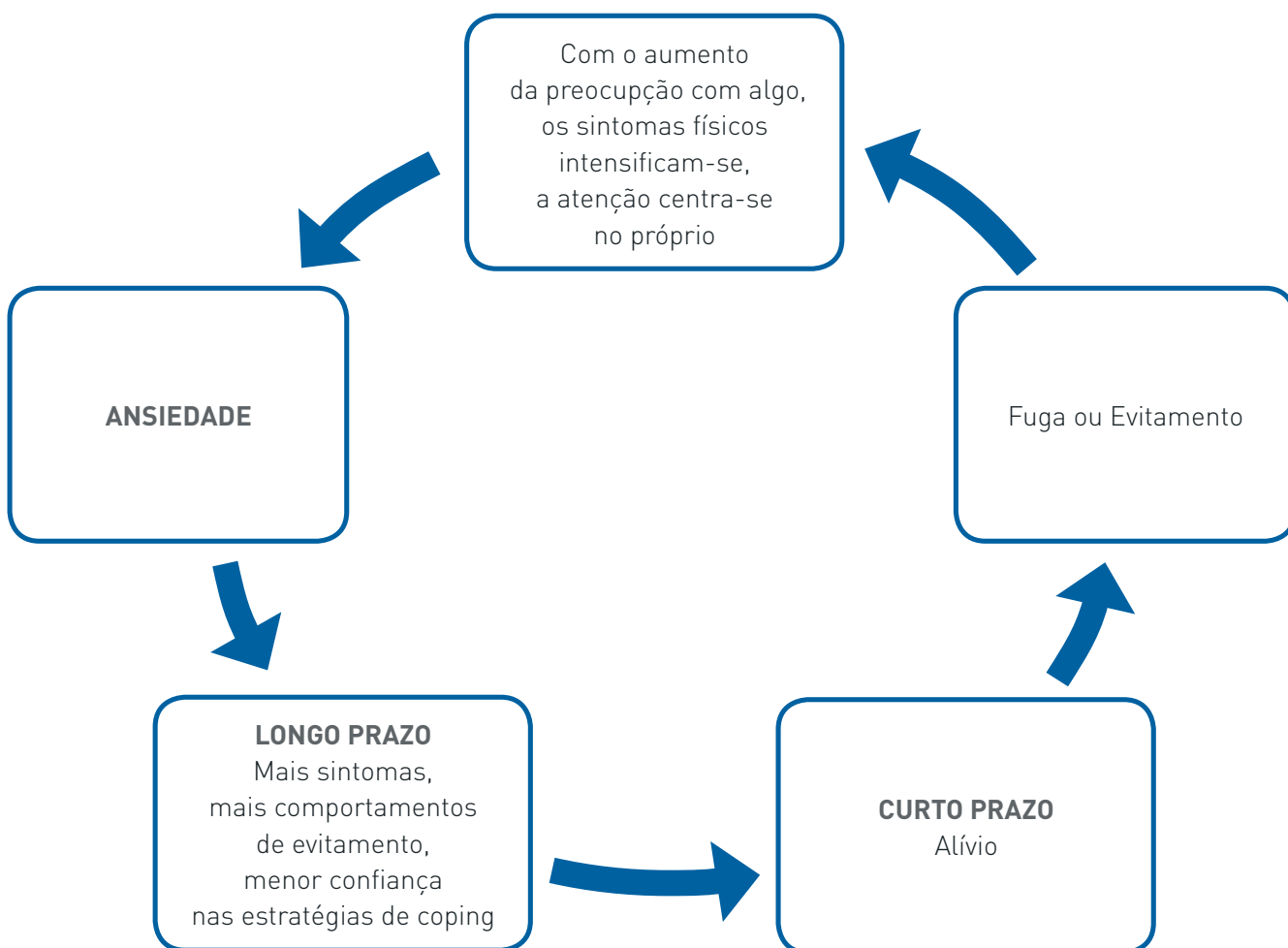
Sintomas Negativos

Estes sintomas passam pela falta de vontade de fazer coisas, falta de interesse, apatia. As pessoas têm menos motivação para agir, falam menos e têm dificuldade em expressar emoções.

Há várias doenças psicóticas que podem ser diagnosticadas às pessoas. Este diagnóstico vai depender dos sintomas do cliente e da avaliação cuidadosa feita pelo médico. O diagnóstico é um rótulo que ajuda os profissionais a tratar de forma mais adequada a doença em si. Os diagnósticos de Psicose mais comuns são a Esquizofrenia e a Perturbação Esquizoafetiva.

QUE ACONTECEU?	O QUE PENSEI?	COMO POSSO PENSAR DIFERENTE?
Data:	COMO ME SENTI? O QUE FIZ?	

Os sintomas de ansiedade podem ter um impacto significativo sobre a forma como uma pessoa se comporta e vive a sua vida no dia-a-dia. As pessoas mais ansiosas podem tentar evitar a sensação de ansiedade e experiências que lhes pareçam angustiantes – ir a uma festa, ver um jogo de futebol no estádio ou até falar com uma pessoa conhecida. A essência da ansiedade é a preocupação com uma potencial ameaça, perspetivando determinado evento futuro com o negativo e julgando que não se conseguirá lidar com ele.

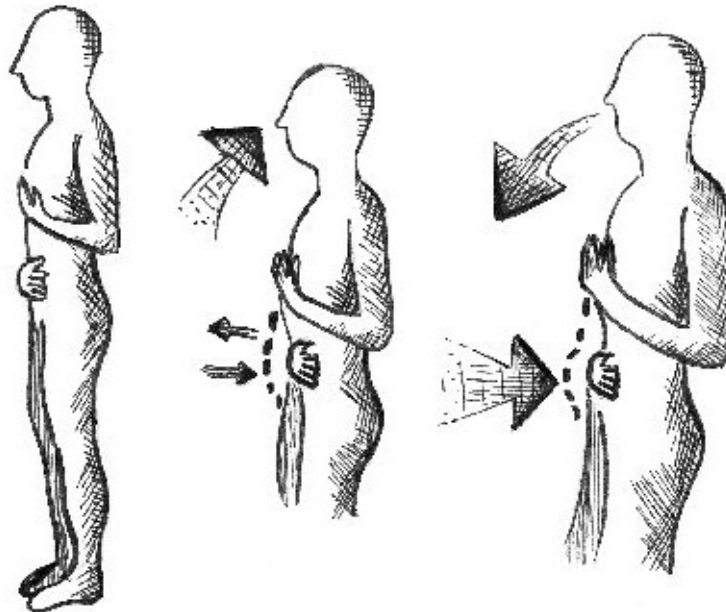


Estes ciclos viciosos desempenham um papel importante na manutenção da ansiedade, mas é possível reverter-los. O principal passo a tomar é gradualmente enfrentar as situações temidas (Exposição Gradual). Isto levará a uma maior sensação de confiança, o que ajudará a reduzir a sua ansiedade, começando com dificuldades mais fáceis de ultrapassar e ir progredindo, com a ajuda do terapeuta, e recorrendo a várias estratégias (por exemplo, *coping cards*), para situações mais ansiogénicas.

Já experienciou ansiedade de tal forma que evitou uma situação? Sim ■ Não ■

Dê exemplos:

Para o corpo funcionar eficientemente é preciso um equilíbrio entre o oxigénio e o dióxido de carbono. Este equilíbrio é mantido através da respiração, que deve ser profunda e localizada na zona abdominal.



Na respiração profunda, quando a pessoa inspira, o diafragma desloca-se para baixo (diminuindo a pressão do ar nos pulmões e puxando o ar para dentro) e o abdómen desloca-se para fora, enchendo de ar. Quando a pessoa expira, o diafragma desloca-se para cima (aumentando a pressão do ar nos pulmões e empurrando o ar para fora) e o abdómen desloca-se para dentro.

Quanto mais praticar a respiração e as demais estratégias de relaxamento, mais facilmente irá conseguir acalmar-se em situações de maior *stress* e ansiedade.

É possível diminuir estados mais depressivos ou a ocorrência de pensamentos mal adaptativos através do envolvimento em atividades significativas; estas podem ser coisas que gosta de fazer por lazer ou que precisa de fazer, como as tarefas diárias ou domésticas.

Liste algumas atividades de lazer que goste:

1. _____
2. _____
3. _____

Liste responsabilidades/atividades que tenha de cumprir:

1. _____
2. _____
3. _____

Tente fazer, pelo menos, duas destas atividades/responsabilidades por dia. Após as realizar, reflita como se sente (em termos de bem-estar, sentido de autoconfiança, etc.).

	2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA	SÁBADO	DOMINGO
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							

Quando uma pessoa se sente deprimida tem tendência a fazer cada cada vez menos por causa do cansaço, dificuldade em dormir e comer e estilo negativo de pensar. Acaba por passar muito tempo em casa, não se arranja, quer ficar na cama e até se isola dos amigos e da família.

Uma das formas de reverter este processo é aumentar o nível de envolvimento em atividades, o que tem grande impacto em:

- Fazer a pessoa sentir-se melhor consigo própria
- Motivar a fazer mais
- Melhorar a capacidade de pensar de forma mais clara
- Sentir maior prazer e bem-estar
- Estar com outras pessoas
- Estimular o corpo a produzir antidepressivos naturais
- Fazer a pessoa, geralmente, sentir-se mais saudável

ALGUMAS DAS ATIVIDADES POSSÍVEIS EM QUE A PESSOA SE PODE ENVOLVER:

Passear o cão	Passear à beira-mar	Andar de bicicleta
Ler uma revista ou livro	Ir às compras	Tirar fotografias
Telefonar a um amigo	Fazer desporto	Arrumar o quarto
Ir ao centro comercial	Visitar um familiar	Ir ao cabeleireiro
Fazer uma caminhada	Ouvir música	Arranjar unhas/fazer barba
Cozinhar	Ver uma exposição gratuita	Ver um jogo de futebol
Ir ao cinema	Ir ao café com alguém	Ir à igreja
Dançar	Mudar a decoração da sala	Organizar um convívio

CRENÇAS E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS FICHA Nº 15

A maioria dos problemas tem origem no modo distorcido como cada um percebe os acontecimentos, o que afeta quer as emoções, quer os comportamentos. Assim, não são os acontecimentos em si que são importantes, mas a interpretação que cada indivíduo faz deles - "A realidade está nos olhos de quem a vê". Essas interpretações baseiam-se na história de vida de cada pessoa, nas suas experiências e vivências, assim como nas crenças que temos sobre nós, sobre os outros e sobre o mundo. As crenças determinam a nossa forma de agir e pensar.

Os pensamentos automáticos negativos (PAN) são espontâneos e não dependem do raciocínio, fluindo na nossa mente mediante os acontecimentos do dia-a-dia. Os PAN podem ser ativados por eventos externos e internos, aparecem na forma verbal ou de imagem mental e são o nível mais superficial da nossa cognição, sendo por isso mais acessíveis e fáceis de trabalhar.

Por exemplo, quando vai no autocarro e pensa estar a ser observado e gozado pelos restantes passageiros, isso fá-lo sentir-se ansioso e por isso sai na estação mais próxima e faz o restante caminho até casa a pé. Dessa forma, os eventos ativam os pensamentos, que geram como consequência emoções e comportamentos.



O nosso objetivo é identificar e eliminar os pensamentos disfuncionais, que distorcem a realidade. Desta forma, tentamos pensar sobre o pensamento, refletindo sobre a forma errónea como a informação é processada, explorando interpretações alternativas. Você poderá questionar a veracidade destes pensamentos e interpretações, gerando novas formas de pensar. Além da alteração dos pensamentos disfuncionais, é importante a modificação das crenças que estão na origem dos problemas. Esse trabalho é possível através dos registos realizados pelo cliente e em grupo, através do questionamento e da reflexão.

TUDO OU NADA		SOBRE-GENERALIZAÇÃO	
	<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se falhar uma vez, vou falhar sempre; • Se não ficar perfeito, é porque falhei! 		<p>Exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aconteceu com aquele, também vai acontecer comigo...
FILTRO MENTAL		DESVALORIZAR O POSITIVO	
	<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestar atenção só a algumas partes: reparar nos fracassos e não nos sucessos. 		<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não te lembras que conseguiste fazer? • Oh, mas isso não conta...
SALTAR PARA CONCLUSÕES		MAXIMIZAR E MINIMIZAR	
	<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imaginar que sabe o que os outros pensam; • Conseguir prever o futuro; • Assumir a realidade sem ter evidência 		<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catastrofizar algumas situações (“correu muito mal!”) e minimizar outras (“só faltei uma vez”).
RACIONALIZAR EMOCIONALMENTE		“ TENS DE FAZER ISSO” “ DEVO ESTAR CALADO E NÃO CHATEAR...”	
	<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eu sinto-me embaraçado, por isso o que penso deve ser verdade. • Sou um falhado! 		<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar palavras como “deva”, “é suposto”,...são prejudiciais. • As expetativas devem ser reais!
ROTULAR		PERSONALIZAÇÃO	
	<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotular aos outros e a si próprio: <ul style="list-style-type: none"> - Eles são idiotas! - Eu sou um fracasso! 		<p>Exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assumir a culpa de situações em que efectivamente a pessoa não tem qualquer responsabilidade!

PASSOS PARA LIDAR COM PENSAMENTOS DESAJUSTADOS FICHA Nº 17

Experiencia padrões de pensamento que são desajustados e não são úteis no seu dia-a-dia? Estas formas de pensar fazem-no sentir ainda mais deprimido e ansioso, e muitas vezes, resultam em comportamentos prejudiciais. É possível lidar com estes pensamentos e ultrapassá-los seguindo estes passos.

1 | Identificar o pensamento desajustado e como se está a sentir em relação a ele (alguns destes sinais indicam que pode ter este tipo de pensamentos)

<input type="checkbox"/>	Sintomas positivos
<input type="checkbox"/>	Sintomas ansiogénicos
<input type="checkbox"/>	Sintomas físicos
<input type="checkbox"/>	Sentimentos negativos
<input type="checkbox"/>	Vontade de consumir álcool/drogas

2 | Distanciar-se do pensamento e vê-lo só como pensamento (“os pensamentos são apenas pensamentos, não são factos e eu não sou só aquilo que penso”)

3 | Colocar um rótulo no pensamento (que pensamento ocorreu: personalização, saltar para conclusões, catastrofização, pensamento tudo ou nada, etc.)

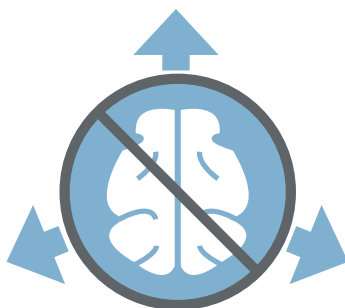
4 | Fazer uma análise ao pensamento (pergunte-se sobre os factos que suportam o pensamento, o que pode ou não ser verdade, etc.)

5 | Permitir-se a pensar diferente (“se levar estes aspetos em consideração, de que outra forma posso interpretar esta situação? Esta explicação alternativa faz-me sentir melhor?”)

O efeito “quebrar com a regra” é uma estratégia para eliminar aqueles pensamentos inúteis que são propensos a ocorrer quando se sente mais deprimido, ansioso ou desanimado. É importante contrair este pensamento, usando estes 3 passos:

Escreva um exemplo pessoal:

1 Pratique as suas habilidades de relaxamento para desligar o piloto automático e concentrar-se nos momentos



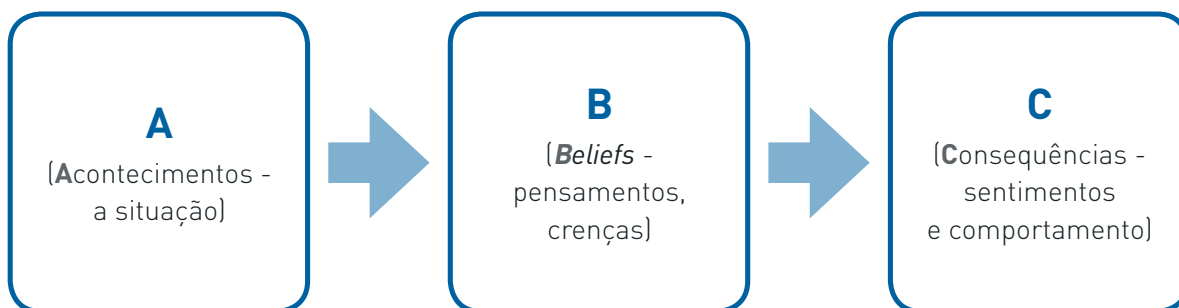
3 Tente utilizar pensamentos alternativos:

2 Lembre-se que todas as pessoas têm deslizes

- a) Substituir “Estraguei tudo, mais vale desistir...” por **Tive um deslize, mas posso continuar a fazer isto.**
- b) Substituir “Sabia que não ia deixar de fazer isto...” por **Não consegui controlar-me desta vez, da próxima corre melhor.**
- c) Substituir “Não faço nada de jeito, não sirvo para isto!” por **Cometi um erro, correu mal, mas posso aprender com isto e fazer melhor no futuro.**
- d) Substituir “Nenhuma das terapias funcionou comigo, porque há-de esta funcionar?” por **Estou apenas desmotivado, sei que com empenho é possível, um dia de cada vez!**

O modelo ABC mostra que quando determinada situação acontece (A = evento ativador), desencadeia certos pensamentos (B = *beliefs*) que nos provocam sentimentos e interferem com o nosso comportamento (C = consequências).

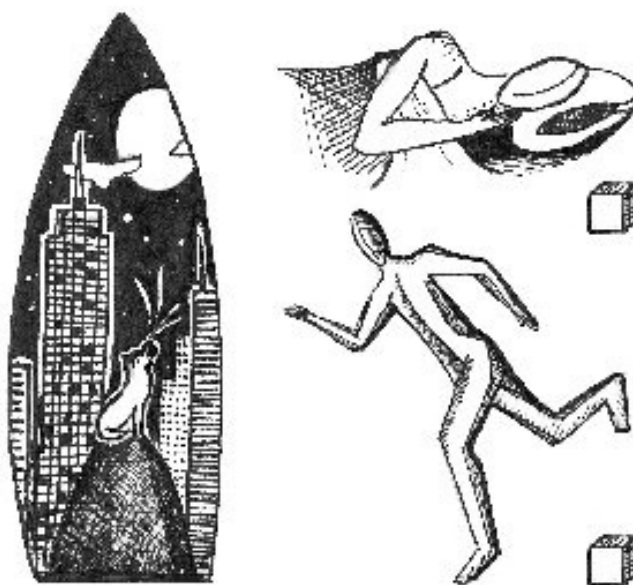
Não é a situação em si que influencia, por exemplo, os nossos sentimentos, mas as interpretações que fazemos sobre a mesma.



Exemplo:

A	O Rodrigo não me cumprimentou quando me viu na rua.
B	Aposto que o Rodrigo não gosta de mim.
C	Triste, sem autoestima (emoções); não saio da casa, recuso convites para ir ao café (comportamentos).

Este exercício vai ajudar a perceber melhor o modelo ABC. A situação é a seguinte: numa noite, dois irmãos estão a dormir no quarto e ouvem um ruído. Ambos acordam mas tomam decisões diferentes. Escreva o que cada um dos irmãos está a pensar.



A:

B:

Há uma série de circunstâncias em que as pessoas ouvem vozes: durante os sonhos ou pesadelos; parte da experiência cultural ou espiritual de algumas religiões; depois de experiências traumáticas ou privação de sono; uso de drogas como cocaína, anfetaminas ou cannabis; ter diagnosticada uma psicose.

Ouve vozes quando não tem ninguém à sua volta ou ninguém parece estar a falar?

Sim Não Talvez

Parece que alguém está a falar consigo como se estivesse numa conversa?

Sim Não Talvez

Parece que alguém está a gritar consigo?

Sim Não Talvez

Ouve sons, zumbidos ou murmúrios, que parecem difíceis de explicar?

Sim Não Talvez

Estas experiências estão a ter impacto na sua vida? Deixam-no stressado?

Sim Não Talvez

Se sim, como é que isso o afeta?

Mais alguém consegue ouvir aquilo que ouve?

Sim Não Talvez

Porque acha que os outros não conseguem ouvir as vozes que ouve?

O que é que as vozes lhe dizem?

Coisas agradáveis Coisas desagradáveis Ambas

Acha que o que as vozes dizem é verdade?

Sim Não Não sei

Consegue escrever o que as vozes lhe dizem?

Sim Não Não sei

Se sim, escreva aqui:

Se não, explique porquê:

Em que momentos, situações ou sítios é que as vozes costumam surgir?

Como lida com as vozes?

Costuma resultar?

Sim Não Às vezes

1. Falar consigo próprio baixinho;
2. Ouvir música;
3. Rezar;
4. Pintar/Ler;
5. Fazer relaxamento;
6. Tomar um banho quente;
7. Telefonar para o profissional de saúde (médico, enfermeiro, terapeuta, psicólogo);
8. Telefonar para um familiar/amigo;
9. Responder racionalmente aos conteúdos da voz, ser assertivo;
10. Fazer alguma atividade que o ocupe;
11. Lembrar-se que as vozes não podem tomar ações sobre si e que não tem que obedecer às mesmas, você é mais forte;
12. Usar um diário para registar as situações (onde, quando e o que acontece);
13. Fazer uma listagem de aspetos positivos da sua vida;
14. Dar uma caminhada/correr;
15. Fazer palavras cruzadas, sudokus ou outro quebra-cabeça;
16. Identificar as evidências contra e a favor da voz e o que ela diz;
17. Aceitar ouvir as vozes durante alguns minutos mas depois desvalorizar.;
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____

SITUAÇÃO

Onde? Quando? Com quem estava? Quantas vezes? Qual a intensidade? Qual a frequência?
Qual o seu poder ou impacto? O que diziam?

PENSAMENTOS

O que lhe passou pela cabeça? Concordou com o que ouviu ou pensou?
O que significa tudo isto? Tem algum sentido?

SENSAÇÕES FÍSICAS

O que sentiu no corpo? Onde sentiu?

EMOÇÕES

O que sentiu no momento? Quão intensa foi a sensação?

COMPORTAMENTOS

O que me ajudou a lidar com isso? Tive alguma reação automática?
O que me apetecia fazer? As pessoas notaram um comportamento estranho da minha parte?

Pensamento a ser testado:

Predição (o que aconteceria se o pensamento fosse realidade/verdadeiro):

Problemas possíveis e como lidar com eles:

Resultado da experiência e que evidência encontrou:

Sabe bem ouvir coisas boas a nosso respeito. Há momentos em que temos de dizer a nós próprios - “Se eu não gostar de mim, quem gostará?”.

ESCREVA 3 ELOGIOS QUE JÁ LHE FIZERAM.

1. _____
2. _____
3. _____

ESCREVA 3 COISAS QUE GOSTA EM SI.

1. _____
2. _____
3. _____

ESCREVA 3 COISAS QUE GOSTA DE FAZER.

1. _____
2. _____
3. _____

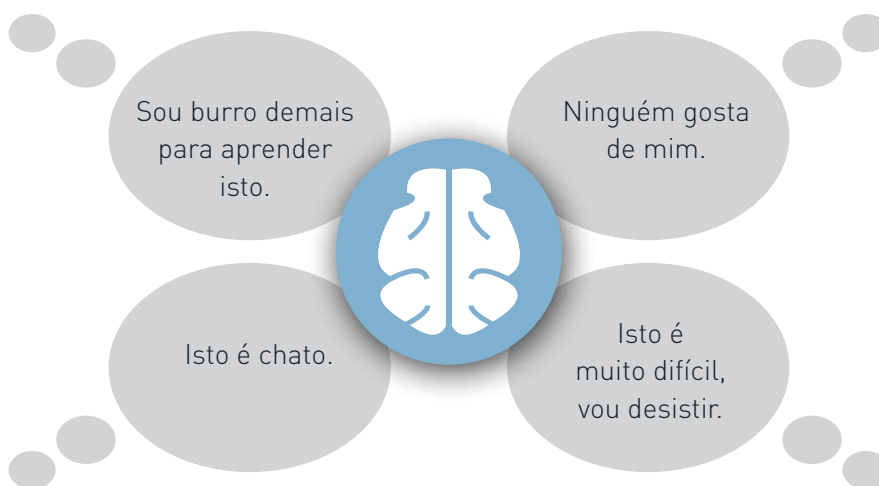
PEÇA AO COLEGA SENTADO AO SEU LADO QUE LHE ESCREVA 3 ELOGIOS.

1. _____
2. _____
3. _____

As pessoas devem aprender formas de se apoiar e cuidar. Isto é particularmente importante nos momentos mais difíceis e em que se sente mais em baixo.

AUTO-INSTRUÇÕES POSITIVAS

Muitas vezes temos pensamentos negativos sobre nós próprios ou sobre as situações que estamos a viver. Devemos fazer um esforço para transformar os pensamentos negativos em positivos.

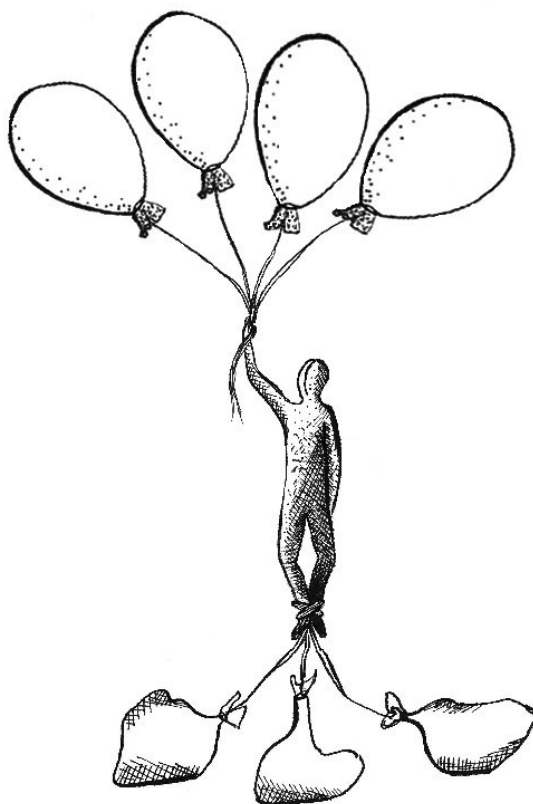


LEIA COM ATENÇÃO ESTA HISTÓRIA E LISTE 3 ASPETOS POSITIVOS QUE A AMÉLIA PODIA TER DITO.

Assim que ouvi o alarme de incêndio, eu sabia o que estava errado. Os vegetais no fogão tinham-se queimado outra vez. À medida que ia tirando a panela do fogão e que desliguei o alarme, ia pensando: “Isto é ridículo, estou sempre a estragar a comida... Sou uma cozinheira péssima, ainda a semana passada estraguei cinco refeições!”.

1. _____
2. _____
3. _____

Toda a gente tem boas e más coisas nas suas vidas. Este exercício irá ajudá-lo a perceber se tem balanço na sua vida. Assim, identifique os aspetos que o ajudam, que lhe dão força e as coisas que o “deitam abaixo”.



COMO PODE LIDAR COM OS ASPETOS QUE O “PÕEM EM BAIXO”?

2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA	SÁBADO	DOMINGO
Colocar post-its pela casa com frases positivas	Fazer exercício acompanhado	Comprar um livro/CD	Telefonar a alguém que gosto	Cozinhar o meu prato preferido	Fazer voluntariado	Vestir aquela roupa que me fica tão bem
Usar o meu perfume preferido	Desenhar uma paisagem	Dizer à minha família que a amo	Cantar ou dançar ao som de música animada	Fazer uma listagem de coisas positivas na vida	Dar um passeio pelo jardim/parque	Apanhar sol 30min à beira mar

Como sabemos que vai haver um temporal? Começamos por ver o céu a escurecer e talvez ouvimos um trovão à distância. Passa-se o mesmo com um episódio psicótico. Se conseguirmos identificar estes sinais, podemos prevenir e até intervir precocemente na situação.

O primeiro passo é reconhecer os próprios sinais e sintomas de alerta, porque cada pessoa tem um conjunto diferente de sinais e sintomas. Depois de os conseguir identificar, deve ser feita uma monitorização dos mesmos.

Deve ser construído quanto antes um **Plano de Prevenção de Recaídas**, que deve conter o que fazer, o que dizer e a quem pedir ajuda. Deve também incluir aquilo que considera importante ser feito para atender aos seus princípios e valores.

EXEMPLOS DE SINAIS PRECOSES DE ALERTA:

- Alterações de humor;
- Alterações no sono;
- Alterações do apetite;
- Pensamentos mais desorganizados (acelerados e/ou lentificados);



ALGUMAS DICAS:

- Mantenha uma lista dos seus sinais precoces de alerta escritos num cartão, que deve andar sempre na sua carteira.
- Veja a lista uma vez por semana.
- Pergunte a pessoas significativas ou em quem confia, se reparam nos seus sinais precoces de alerta ou em alguma alteração no comportamento.
- Construa e reveja com o seu técnico de referência ou médico psiquiatra o seu plano de prevenção de recaídas.

QUE SINAIS INDICAM QUE POSSO ESTAR A FICAR DOENTE OU QUE POSSO ESTAR A TER UMA RECAÍDA?

<p>O Meu Comportamento</p> 	<p>Os Meus Pensamentos</p> 
<p>Como me sinto</p> 	<p>Como interajo com os outros</p> 
<p>O que quem me rodeia repara</p> 	<p>Coisas que me stressam/irritam</p> 

Quero que esta declaração seja seguida, caso eu seja incapaz de tomar uma decisão ou decisões sobre os meus cuidados de saúde mental, em situação de crise.

1

No passado, as situações/acontecimentos que desencadearam uma crise foram os seguintes:

2

Os sinais e sintomas de alerta seguintes indicam que eu estou numa crise:

3

Quando estou a ter um sinal precoce de alerta, estes são os procedimentos que me podem ajudar:

4

Em situação de crise ou emergência, entrar em contacto com a(s) pessoa(s) seguinte(s):

Nome:

Relação:

Contacto(s):

5

Em situação de crise ou emergência, pretendo que a seguinte pessoa fique responsável por tomar as decisões por mim, considerando a minha posição e a do técnico de referência.

Nome:

Relação:

Contacto(s):

Eu, _____, redigi este plano em ____ / ____ / ____

com a ajuda de: _____

Técnico de Referência: _____

Assinatura do cliente: _____

É normal ficar mais stressado, ansioso ou deprimido quando tem um problema, e isso pode piorar a sua doença. Se tiver uma boa capacidade de lidar com os problemas, não será tão afetado por eles. Aprenda como lidar com os problemas através destes seis passos muito simples:

- 1. Identificar o problema.**
- 2. Compreender bem o problema.**
- 3. Pensar em várias soluções para o problema.**
- 4. Comparar as diferentes soluções.**
- 5. Escolher a melhor solução.**
- 6. Pôr a solução em prática e avaliar o impacto da mesma.**

Exemplos

- | | |
|----------|--|
| 1 | Os meus pais estão sempre a chatear-me. Dizem que tenho que ser mais ativo e procurar um emprego. |
| 2 | Fico triste e chateado porque eles pensam que sou preguiçoso. |
| 3 | <ul style="list-style-type: none">a) Explicar aos meus pais que me magoa que pensem isso de mim.b) Marcar uma consulta no médico para perceber se a minha falta de motivação e apatia pode ser alterada com uma alteração da medicação.c) Fazer um contrato com o meu terapeuta e os meus pais para passar a fazer algumas tarefas em casa.d) Sair de casa para não ter mais chatices com os meus pais. |
| 4 | <ul style="list-style-type: none">a) É uma boa ideia falar com os meus pais, mas tenho medo que isto resulte outra vez numa discussão.b) Às vezes demora bastante a marcar uma consulta; além disso, a alteração na medicação pode não ser viável, nem ajudar em nada.c) Se eu conseguir colaborar em casa mais um pouco, os meus pais não me chateiam tanto e estar ocupado também é bom para mim.d) Isto é uma solução muito drástica e ia de certeza trazer-me mais problemas ainda. |
| 5 | Talvez a melhor solução possa ser a combinação de duas hipóteses. Vou marcar uma consulta onde o médico possa ajudar os meus pais a perceberem melhor a minha doença e vou entretanto cumprir com o contrato estabelecido comigo, com os meus pais e o meu terapeuta. |
| 6 | Marcação da consulta e cumprimento do contrato. Avaliar como ficou o problema depois e se desapareceu. |

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Seja específico e objetivo na identificação do problema;
não refira aspetos subjetivos ou emocionais

Liste as possíveis soluções
para o problema

Selecione duas possíveis soluções
para o problema, das mencionadas na coluna
anterior, e explique o motivo de serem as
soluções mais viáveis ou capazes
de serem executadas

1.

2.

Atendendo às vantagens e desvantagens de cada uma, selecione apenas uma solução para o seu problema

Enumere as ações que deve seguir para pôr em prática o seu processo de resolução de problemas:

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Data limite para resolução do problema

Pense nos seus objetivos de recuperação como flores num jardim e visualize cada um deles nas diferentes fases, desde uma semente até à flor já desabrochada. Que objetivos “plantou” que pretende colher?

<input type="checkbox"/> Arranjar um emprego	<input type="checkbox"/> Fazer voluntariado
<input type="checkbox"/> Voltar a estudar	<input type="checkbox"/> Fazer amigos
<input type="checkbox"/> Fazer exercício 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> Usar transportes públicos sozinho
<input type="checkbox"/> Começar um hobbie	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Tratar da gestão da casa sozinho	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Telefonar a um amigo/familiar	<input type="checkbox"/> Outro

Represente agora, através de desenho, a fase em que o(s) seu(s) objetivo(s) se encontra(m). Depois de ter feito o desenho, pense o que irá fazer para que consiga ter o seu jardim repleto de flores e registe em cima de cada um deles.



1 O programa correspondeu às suas expectativas?

2 De que sessão mais gostou?

3 Que utilidade teve o programa para si?

4 Mudou a sua maneira de pensar ao longo do programa?

5 Há alguma coisa que gostaria ter abordado no programa?

6 Há algum aspecto negativo que queira identificar?

7 Qual a sua opinião de forma geral?

Nome: _____

Data: / /

CATÁLOGO DOS SENTIMENTOS – FICHA Nº 37

Calmos	Relaxado	Pessimista
Energético	Seguro	Triste
Alegre	Zangado	Tímido
Curioso	Envergonhado	Teimoso
Amigável	Estranho	Ansioso
Generoso	Hostil	Solidário
Esperançoso	Impaciente	Grato
Vulnerável	Inseguro	Solitário
Pacífico	Invejosos	Melancólico



OUTRAS FICHAS

DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

- 1** | **Explicar a importância de se definir objetivos.** Isto ajuda a pessoa a perceber a direção da intervenção e como se deve envolver na mesma, ou seja, identificando o que se quer mudar, mais facilmente se tomam os passos corretos para o alcançar.
- 2** | **Escrever os objetivos de uma forma positiva.** Os objetivos devem ser listados como coisas que as pessoas querem evitando listar coisas que não querem. Por exemplo, em vez de dizer “não quero estar deprimido”, deve dizer “quero divertir-me mais nos meus hobbies”.
- 3** | **Os objetivos devem ser SMART.** Específicos (*Specific*), M - Mensuráveis (*Measurable*), A - Atingíveis (*Attainable*), R - Realistas (*Realistic*), T - Temporizáveis (*Time-bound*).
- 4** | **Avaliar as vantagens e desvantagens em alcançar o objetivo.** Isto ajuda a motivar a pessoa que consegue com facilidade ver tudo o que pode beneficiar com o envolvimento na terapia.

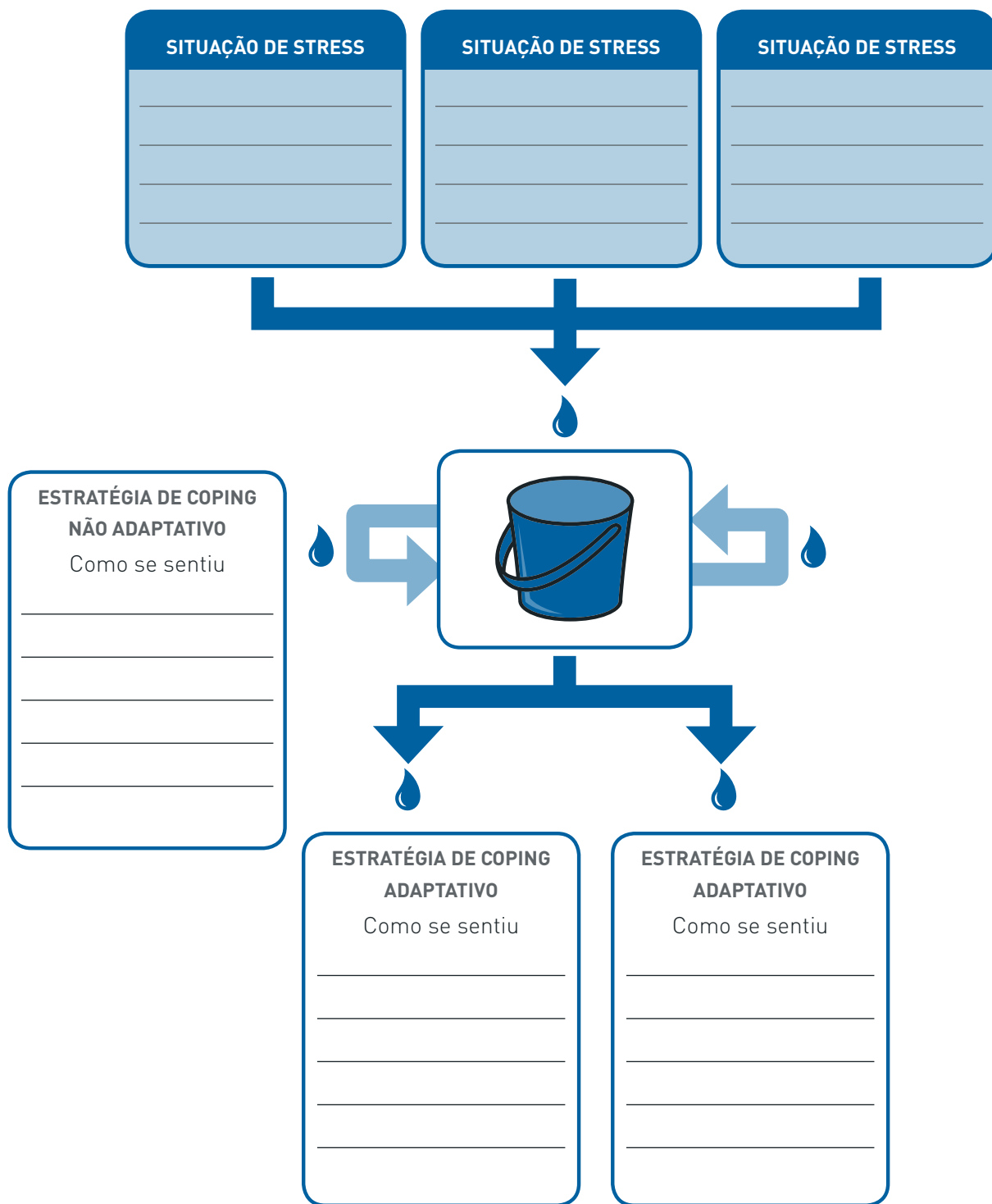
EXEMPLOS DE OBJETIVOS SMART:

- Fazer uma formação na área de informática em Setembro;
- Inscrever-me num ginásio dia 1 de Março e ir aos treinos duas vezes por semana;
- Fazer uma viagem ao Alentejo no meu 40º aniversário;
- Perder, pelo menos 5kg, nos próximos 6 meses;
- Fazer os meus exercícios de relaxamento todos os dias antes de ir dormir.

DEFINIÇÃO DO TRABALHO DE CASA TERAPÊUTICO

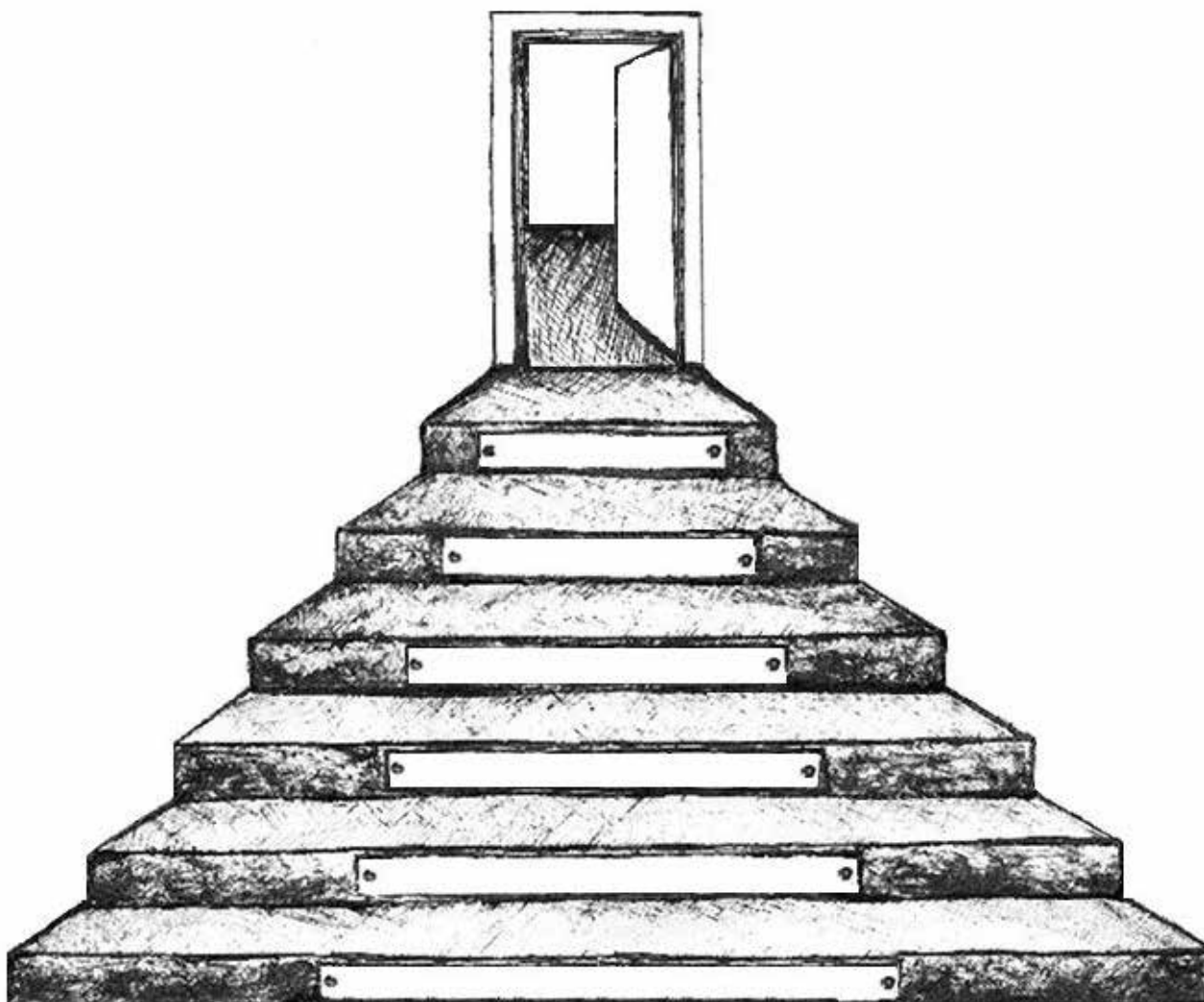
- 1** O trabalho de casa deve sempre ser adaptado à pessoa em particular, nomeadamente às suas dificuldades cognitivas, linguísticas, ao tipo de tarefa, etc.
- 2** Explicar com detalhe, e as vezes que for preciso, qual a tarefa que deve ser feita pela pessoa, explicando qual o objetivo da mesma e encorajando-a na sua realização.
- 3** Perceber com a pessoa se aquilo que se está a pedir é razoável de ser feito e mostrar exemplos daquilo que é suposto ser feito.
- 4** Em caso de incumprimento, não ser demasiado duro mas ser assertivo relativamente ao valor do trabalho de casa terapêutico. Tentar identificar as razões que levaram a esta falha (nível de motivação, nível de distress, não ser capaz, ...). Nas sessões deve rever-se sempre o trabalho de casa de modo a enfatizar a sua importância.

BALDE DO STRESS



A MINHA ESCADA PARA O SUCESSO: PASSO A PASSO

A CADA SEMANA, ESCREVA QUE PASSO DEU PARA ALCANÇAR O SEU OBJETIVO.



EXEMPLOS DE *COPING CARDS*

PARE COM OS PENSAMENTOS NEGATIVOS!

Você tem controlo sobre os seus próprios pensamentos!

RESPIRE FUNDO E PENSE EM COISAS POSITIVAS:





“Eu sou capaz de atingir os meus objetivos”

“Eu estou rodeado por pessoas que gostam de mim”

“Eu sou capaz, eu sou forte, vou conseguir melhorar”

“Eu tenho de decidir por mim próprio, eu tenho controlo sobre a minha vida”

“Eu tenho muitas coisas positivas para fazer esta semana”

ESTOU A TER PENSAMENTOS QUE ME CAUSAM ANSIEDADE, QUE ME PERTURBAM, QUE NÃO ME SAEM DA CABEÇA...	
Não faça nada. Pare!	
	Respire fundo, com calma.
Observe (O que sinto, penso? Porquê?)	
	O que é suposto fazer nesta situação?

REFERÊNCIAS

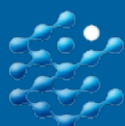
- Addington, J., Epstein, I., Liu, L., et al. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 125(1), 54-61.
- Álvarez-Jiménez, M., Gleeson, J.F., Cotton, S., Wade, D., Gee, D., Pearce, T., Crisp, K., Spiliotacopoulos, D., Newman, B., & McGorry, P.D. (2009). Predictors of adherence to cognitive-behavioural therapy in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 710-718.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., Siddle, R., Roberts, C. & Gregg, L. (2006). Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 527-532. doi: 10.1192/bjp.bp.106.021386
- Barrowclough, C., Meier, P., Beardmore, R., & Emsley, R (2010). Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 373-377.
- Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkötter, J., Hambrecht, M. & Pukrop, R. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 21-28.
- Bechdolf, A., Knost, B., Nelson, B., Schneider, N., Veith, V., Yung, A., & Pukrop, R. (2010). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 144-150.
- Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1996). Beck Depression Inventory II manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bennett-Levy, J., Richards, D., & Farrand, P. (2010). Low Intensity CBT Interventions: a Revolution in Mental Health Services. In J. Bennett-Levy, D. Richards, P. Farrand, H. Christensen, K. Griffiths, D. Kavanagh, B. Klein, M. Lau., M., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J., & Williams, C. (eds.) *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*, Oxford: Oxford University Press.
- Brabban, A., Tai, S., & Turkington, D. (2009). Predictors of Outcome in Brief Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 859-864.
- Chadwick, P., Lees, S. and Birchwood, M. (2000). The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ - Revised). *British Journal of Psychiatry*, 177, 229-332.
- Corrigan, P., Salzer, M., Ralph, R., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4), 1035-1041.
- Chung, Y., Yoon, K., Park, T., Yang, J., & Oh, K. (2013). Group Cognitive-Behavioural Therapy for Early Psychosis. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 403-411.
- Fanning, F., Foley, F., Lawlor, E., McWilliams, S., Jackson, D., Renwick, L., Sutton, M., Turner, N., Kinsella, A., Trimble, T., & O'Callaghan, E. (2012). Group cognitive behavioural therapy for first episode psychosis: who's referred, who attends and who completes it?. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 432-441.
- Farhall, J., Freeman, N., Shawyer, F., & Trauer, T. (2009). An effectiveness trial of cognitive behavior therapy in a representative sample of outpatients with psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 47-62.
- Gaynor, K., Dooley, B., Lawlor, E., Lawoyin, R., & O'Callaghan, E. (2011). Group cognitive behavioural therapy as a treatment for negative symptoms in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 168-173. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00270.x.

- Goldberg, J., Wheeler, H., Lubinsky, T., & van-Exan, J. (2007). Cognitive Coping Tool Kit for Psychosis: Development of a Group-Based Curriculum. *Cognitive and Behavioural Practice*, 14, 98–106.
- Gottlieb, J., Romeo, K., Penn, D., Mueser, K. & Chiko, B. (2013). Web-based cognitive-behavioural therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 145, 82–87.
- Granholm, E., Ben-Zeev, D., Link, P., Bradshaw, K., & Holden, J. (2012). Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): A Pilot Trial of An Interactive Text-Messaging Intervention for Medication Adherence, Socialization, and Auditory Hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 414–425. doi:10.1093/schbul/sbr155.
- Hall, P. & Tarrier, N. (2004). Short term durability of a cognitive behavioural intervention in psychosis: effects from a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 117–121. doi: 10.1017/S1352465804001092.
- Hutton, P., Morrison, A., & Taylor, H. (2012). Brief Cognitive Behavioural Therapy for Hallucinations: Can it Help People Who Decide Not to Take Antipsychotic Medication? A Case Report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 111–116. doi: 10.1017/S135246581100035X.
- Johns, L., Nazroo, J., Bebbington, P., & Kuipers, E. (2002). Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 174–178.
- Kay, S., Fiszbein, A., & Opler, L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 262–276.
- Klingberg, S., Wölwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C., Buchkremer, G., & Wiedemann, G. (2011). Negative Symptoms of Schizophrenia as Primary Target of Cognitive Behavioral Therapy: Results of the Randomized Clinical TONES Study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), S98–S110. doi: 10.1093/schbul/sbr073
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279–293.
- Landa, Y., Silverstein, S., Schwartz, F., & Savitz, A. (2006). Group Cognitive Behavioural Therapy for Delusions: Helping Patients Improve Reality Testing. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1). doi: 10.1007/s10879-005-9001.
- López, M., Muñoz, M., Borrego, A. & Bonome, L. (2012). Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114).
- Lynch, K., Berry, C., & Sirey, J. (2011). A group-oriented inpatient CBT programme: a pilot study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 4, 38–51. doi: 10.1017/S1754470X10000152.
- Mueser, K., Deavers, F., Penn, D., & Cassisi, J. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465–497.
- Morosini, P., Magliano, L., Brambilla, L., et al. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323–9.
- Mueser, K., Rosenberg, S., Jankowski, M., et al. (2004). A cognitive-behavioral treatment program for post-traumatic stress disorder in severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 7, 107–146.
- Myers, E., Startup, H., & Freeman, D. (2011). Cognitive behavioural treatment of insomnia in patients with persecutory delusions. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 42, 330–336.
- National Collaborating Centre for Mental Health UK (2011). *Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care*. Leicester (UK): British Psychological Society (NICE Clinical Guidelines, n°113, 6, Low-Intensity Psychological Interventions. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83456/>

- Penn, D., Meyer, P., Evans, E., Wirth, R., Cai, K., & Burchinal, M. (2009). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioural therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*, 109, 52–59.
- Perivoliotis, D., Grant, P., Peters, E., Ison, R., Kuipers, E. & Beck, A. (2010). Cognitive insight predicts favorable outcome in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2(1). doi: 10.1080/17522430903147520.
- Pinkham, A., Gloege, A., Flanagan, S., & Penn, D. (2004). Group Cognitive-Behavioural Therapy for Auditory Hallucinations: A Pilot Study. *Cognitive and Behavioural Practice*, 11, 93-98.
- Sarin, F., Wallin, L., & Widerlöv, B. (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 162–174.
- Smith, L., Nathan, P., Juniper, U., Kingsep, P. & Lim, L. (2003). *Cognitive Behavioural Therapy for Psychotic Symptoms: A Therapist's Manual*. Perth, Australia: Centre for Clinical Interventions.
- Tai, S. & Turkington, D. (2009). The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865–873.
- Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., et al. (2004). Cognitive Therapy for command hallucinations: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J. & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40. doi: 10.1192/bjp.bp.105.010884.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet E.J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J.M., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Hinkov, H.R., Hum C.Y., Karam, E.G., Kovess, V., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Seedat, S., Wells, J.E., Kessler, R.C. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & B. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp.50-66). New York: Oxford University Press, 2011
- Waller, H., Garety, P. A., Jolley, S., Fornells-Ambrojo, M., Kuipers, E., Onwumere, J., Woodall, A., Emsley, R. & Craig, T. (2013). Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 98-104.
- Wittorf, A., Jakobi, U., Bechdolf, A., Muller, B., Sartory, G., Wagner, M., Wiedemann, G., Wolwer, W., Herrlich, J., Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2009). The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of *schizophrenia*. *European Psychiatry*, 24, 259–267.
- Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D., & Landau, S. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*, 77, 201– 210.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523–537.
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P. & Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7, 19.



Associação Nova Aurora
Reabilitação e Reintegração
Psicossocial



labrP

LABORATÓRIO DE
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

ESTSP

POLITÉCNICO
DO PORTO