



## Universidades Lusíada

Pereira, Elisabete Maria Pais dos Santos, 1972-

### **A intervenção psicológica em contexto psiquiátrico : Clínica Psiquiátrica de São José**

<http://hdl.handle.net/11067/608>

#### **Metadata**

<b>Issue Date</b>	2013-11-21
<b>Abstract</b>	O presente relatório de estágio é o resultado de oito meses de experiência de aproximação à prática profissional na Clínica Psiquiátrica de São José, que me proporcionou compreender o trabalho multifacetado do psicólogo clínico nas diferentes conjunturas, bem como adquirir competências profissionais e interpessoais fundamentais à práxis da profissão. Numa primeira fase deste relatório caracteriza-se o local de estágio e a sua população-alvo. A segunda fase é direcionada à teoria implícita que ap...
<b>Keywords</b>	Clínica Psiquiátrica de São José (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Psicologia clínica - Prática profissional
<b>Type</b>	masterThesis
<b>Peer Reviewed</b>	No
<b>Collections</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2022-11-30T17:35:32Z with information provided by the Repository



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA  
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação  
Mestrado em Psicologia Clínica

**A intervenção psicológica em contexto psiquiátrico:  
Clínica Psiquiátrica de São José**

**Realizado por:**

Elisabete Maria Pais dos Santos Pereira

**Orientado por:**

Mestre Catarina Madeira Janeiro Alves

**Supervisionado por:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho  
Arguente: Prof. Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva

Dissertação aprovada em: 21 de Novembro de 2013

Lisboa

2013



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**A intervenção psicológica em contexto psiquiátrico:  
Clínica Psiquiátrica de São José**

Elisabete Maria Pais dos Santos Pereira

Lisboa

Julho 2013



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**A intervenção psicológica em contexto psiquiátrico:  
Clínica Psiquiátrica de São José**

Elisabete Maria Pais dos Santos Pereira

Lisboa

Julho 2013

Elisabete Maria Pais dos Santos Pereira

## A intervenção psicológica em contexto psiquiátrico: Clínica Psiquiátrica de São José

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho

Orientadora de estágio: Mestre Catarina Madeira Janeiro Alves

Lisboa

Julho 2013

## Ficha Técnica

<b>Autora</b>	Elisabete Maria Pais dos Santos Pereira
<b>Coordenadora de mestrado</b>	Prof. <sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
<b>Supervisora de estágio</b>	Prof. <sup>a</sup> Doutora Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho
<b>Orientadora de estágio</b>	Mestre Catarina Madeira Janeiro Alves
<b>Título</b>	A intervenção psicológica em contexto psiquiátrico: Clínica Psiquiátrica de São José
<b>Local</b>	Lisboa
<b>Ano</b>	2013

### Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

PEREIRA, Elisabete Maria Pais dos Santos, 1972-

A intervenção psicológica em contexto psiquiátrico : Clínica Psiquiátrica de São José / Elisabete Maria Pais dos Santos Pereira ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Luísa Maria Gentil Ferreira Carrilho ; orientado por Catarina Madeira Janeiro Alves. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CARRILHO, Luísa Maria Gentil Ferreira, 1952-

II - ALVES, Catarina Madeira Janeiro, 1979-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia clínica - Prática profissional
2. Clínica Psiquiátrica de São José (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

1. Clinical psychology - Practice
2. Clínica Psiquiátrica de São José (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
4. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC467.95.P47 2013

## **Agradecimentos**

Neste espaço dedicado aos agradecimentos, certamente, não me permite congratular, como devia, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Psicologia Clínica me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica.

Assim sendo, deixo apenas algumas palavras mas um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

À Professora Doutora Luísa Gentil Carrilho, minha supervisora, pelo apoio incondicional, empenho, disponibilidade e correções perfeitamente imprescindíveis do meu relatório de estágio apresento o meu mais profundo reconhecimento.

À minha orientadora de estágio Mestre Catarina Janeiro, pela sua competência profissional, conhecimento, disponibilidade e apoio ao longo deste ano, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes, fundamentais para a realização deste trabalho e contribuir para o meu crescimento profissional.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar pela coordenação e dinamismo que conferiu a este Mestrado e por acreditar na minha evolução académica e enquanto pessoa.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Leite, pelos ensinamentos, pela imensa sabedoria, experiência e capacidade constante de motivação e especialmente por ser uma fonte de inspiração.

Ao Prof. Doutor Manuel Domingos, por me ter feito acreditar que a paixão que sentia por esta área da ciência é efetivamente real e meritória, pela amizade e disponibilidade sempre demonstradas.

Ao Prof. Doutor José Carochinho por me ter mostrado que ser exigente com o nosso trabalho só nos traz benefícios no futuro e por ter sido alguém sempre presente na minha vida académica.

Ao Prof. Doutor António Rebelo por transmitir de uma forma tão sublime a sua imensa sapiência e mostrar como lidar com a diferença e ser feliz.

A todos os meus professores da Licenciatura em Psicologia e do Mestrado em Psicologia Clínica desta Universidade, pela transmissão do saber, rigor, profissionalismo e convívio profícuo, contribuindo significativamente para a minha evolução pessoal e profissional.

Aos pacientes que, embora no anonimato, contribuíram fundamentalmente para que este estágio fosse possível.

A todos os colaboradores e irmãs da Clínica que de alguma forma me fizeram sentir integrada e em ajudaram a adquirir competências profissionais.

A ti, Rosa, companheira, amiga, confidente, o meu olhar, obrigada por fazeres parte integrante da minha vida e teres sido o trampolim para seguir esta vida académica.

Leonor, simplesmente porque és importante e estás sempre onde e quando preciso.

Fátima, companheira da vida e para a vida, obrigada pelas motivações.

Ana Luísa, a pessoa brilhante que encontrei na luta académica e que me fez acreditar que apesar de todas as vicissitudes da vida, é possível chegar ao fim. Sem ti não tinha sido tão gratificante, mágico e preenchidos estes 5 anos de luta conjunta.

A todos os meus colegas que me acompanharam e que me fortaleceram a cada pedido de ajuda que me faziam.

À minha família, em especial ao meu marido, filha, pais, e irmã, um enorme obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Por estarem sempre do meu lado mesmo quando lhes retirei tempo de mim. Serão sempre o meu porto de abrigo, fonte de inspiração e em quem deposito total confiança e acredito. Espero que esta etapa possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o amor, carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me oferecem. Por vocês dou a minha vida.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste relatório, estimulando-me intelectual e emocionalmente.



*Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo  
para a vitória é o desejo de vencer.*

Mahatma Gandhi

## Resumo

O presente relatório de estágio é o resultado de oito meses de experiência de aproximação à prática profissional na Clínica Psiquiátrica de São José, que me proporcionou compreender o trabalho multifacetado do psicólogo clínico nas diferentes conjunturas, bem como adquirir competências profissionais e interpessoais fundamentais à *práxis* da profissão. Numa primeira fase deste relatório caracteriza-se o local de estágio e a sua população-alvo. A segunda fase é direcionada à teoria implícita que apoia as atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio. Na terceira parte descrevem-se os instrumentos utilizados, nos diferentes exames psicológicos realizados, como o Inventário da Depressão de Beck e o *Symptom Checklist-90 – Revised* (SCL-90-R) de Derogatis, a entrevista clínica e o exame de estado mental, para além de outras atividades desenvolvidas pelas diferentes Unidades da instituição. Na quarta parte procede-se à análise de dois casos clínicos, a nível de acompanhamento psicológico individual, remetendo para a abordagem cognitivo-comportamental. Este relatório conclui-se com uma reflexão pessoal em resultado da aprendizagem adquirida e possíveis consequências para a vida futura em termos profissionais.

**Palavras-chave:** Estágio, Psicologia Clínica, Terapia Cognitivo-comportamental, Perturbações Mentais, Adulto

## **Abstract**

This internship report is the result of eight months of experience of approximation to professional practice in Clínica Psiquiátria de São José, that has provided me understand the multifaceted work of clinical psychologist in different situations, as well as to acquire vocational skills and fundamental to the praxis of interpersonal profession. In a first phase this report characterized the place of internship and its target population. The second phase is directed to the implicit theory that supports the activities carried out throughout the probationary period. In the third part describes the instruments used in the various psychological tests carried out, such as the Beck Depression inventory and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) of Derogatis, the clinical interview and the mental state examination, in addition to other activities carried out by different units of the institution. In the fourth part the analysis of two clinical cases, the level of individual psychological follow-up, the Commission refers to the cognitive-behavioral approach. This report concludes with a personal reflection as a result of the learning gained and possible consequences for the future life in professional terms.

**Keywords:** Internship, Clinical Psychology, Cognitive-behavior Therapy, Mental Disorders, Adult

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Caso 1. Informação sobre as sessões	37
Tabela 2 – Caso 2. Informação sobre as sessões	38
Tabela 3 – Caso 3. Informação sobre as sessões	38
Tabela 4 – Caso 4. Informação sobre as sessões	39
Tabela 5 – Caso 5. Informação sobre as sessões	39
Tabela 6 – Caso 6. Informação sobre as sessões	40
Tabela 7 - Caso 5. Diagnóstico do DSM-IV-TR	54
Tabela 8 - Caso 6. Diagnóstico do DSM-IV-TR	65

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

BDI - Inventário de Avaliação da Depressão de Beck

CPSJ – Clínica Psiquiátrica de São José

DSM-IV-TR – Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

IHSCJ – Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PDM – Perturbação Depressiva Major

PP – Perturbação da Personalidade

RP – Reabilitação Psicossocial

SCL-90-R - Symptom Checklist-90 – Revised

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

## Índice

Introdução	01
Caracterização da Instituição	03
Caracterização da População-alvo	08
Enquadramento Teórico	08
A saúde mental em Portugal	08
A Psicologia Clínica nos dias de hoje	12
O papel do Psicólogo Clínico	13
Aptidões Sociais	16
Reabilitação Psicossocial	18
Terapia Cognitivo-comportamental	21
Depressão e Perturbações da Personalidade	27
A Ética e Deontologia em Psicologia Clínica	34
Objetivos do Estágio	36
Método	36
Participantes	36
Unidade 1	37
Unidade 2	37
Unidade 3	40
Unidade 4	40
Residência Externa	40
Procedimentos	41
Cronograma	41
Outras atividades desenvolvidas	41
Instrumentos	42
Entrevista Clínica	42

Exame do Estado Mental	44
Provas Psicológicas	46
Estudo de Caso	50
Caso 1 – Élia	50
Motivo do Internamento	50
Exame do Estado Mental	50
História Clínica	51
Resultados da Avaliação Psicológica	53
Hipótese de Diagnóstico	53
Objetivos Terapêuticos	54
Progressão Terapêutica	54
Sessões	54
Resultados da Intervenção efetuada e Conclusões	60
Caso 2 – Luísa	61
Motivo do Internamento	61
Exame do Estado Mental	61
História Clínica	62
Resultados da Avaliação Psicológica	64
Hipótese de Diagnóstico	65
Objetivos Terapêuticos	65
Progressão Terapêutica	66
Sessões	66
Resultados da Intervenção efetuada e Conclusões	70
Conclusão	71
Reflexão Final	73
Referências	75





## Introdução

O presente relatório visa a apresentação do trabalho desenvolvido no decurso do Estágio Académico ao longo do ano letivo 2012/2013, numa Instituição Particular de Solidariedade Social, pertencente à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Clínica Psiquiátrica de São José, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Lusíada de Lisboa.

Tendo em consideração os objetivos do estágio propostos foram desenvolvidas diversas atividades, nomeadamente, a observação e dinamização de grupos terapêuticos de utentes em longo internamento; acompanhamento individual a utentes de longo internamento; intervenção individual em utentes da unidade de curto internamento; dinamização de atividades de carácter terapêutico na unidade de reabilitação psicossocial e na residência de utentes na comunidade; participação em reuniões de equipa multidisciplinar.

Na primeira parte deste relatório, apresenta-se a caracterização da instituição tendo em conta a sua evolução e funcionamento no seio da Congregação, bem como as áreas de intervenção e a população-alvo que a mesma serve, visando o tipo de problemáticas mais frequentes dos utentes que procuram e frequentam esta clínica.

Após a contextualização do local de estágio, é feito um enquadramento teórico sobre a saúde mental em Portugal, a psicologia clínica nos dias de hoje, bem como o papel do psicólogo clínico. Ainda de referir o treino das aptidões sociais e a reabilitação psicossocial. É, ainda, feita uma revisão de literatura centrada na perspetiva cognitiva-comportamental inerente ao modelo de intervenção.

Inclui-se, também nesta parte, uma síntese dos requisitos éticos e deontológicos exigidos aos profissionais desta área.

Na parte seguinte, discriminam-se as técnicas que foram aplicadas nas diversas atividades, como também os utentes envolvidos neste estágio.

Pretendeu-se, também, analisar e compreender o trabalho efetuado em dois casos de acompanhamento psicológico individual.

Na última parte deste relatório é feito um balanço entre os objetivos gerais e os específicos, bem como a conclusão, os resultados alcançados e as metas conquistadas. Por fim, é feita uma reflexão final da aprendizagem, experiência pessoal e profissional, as relações interpessoais desenvolvidas, bem como uma análise crítica sobre o trabalho desenvolvido ao longo do período de estágio e como este poderá influir na vida profissional futura.

### Caracterização da Instituição

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHCSJ) foi fundada a 31 de maio de 1881, por São Bento Menni (1841-1914), sacerdote da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus que centrou as suas decisões no bem integral do doente e compôs um método de assistência para procurar responder às necessidades dos que estavam excluídos da sociedade e que sofriam de doenças ou deficiências físicas e mentais. Com São Bento Menni, estavam Maria Josefa Récio (1846-1883) e Maria Angústias Gímenez (1849-1897), fundadoras da congregação, que se entregaram com determinação à hospitalidade ao serviço de mulheres portadoras de doenças mentais.

Em finais do século XIX, um grande número de doentes, em especial doentes mentais, não era atendido por instituições de saúde, fazendo com que fossem abandonados sem qualquer tipo de proteção ou amparo. Neste contexto, a Congregação propôs-se oferecer “*hospitalidade e sanção às mulheres portadoras de doença psíquica, com prioridade às mais pobres e desamparadas*”. Numa evolução gradativa, passou a assegurar, também, assistência a crianças com deficiências físicas e psíquicas (IHCSJ, 2004).

Atualmente, mantém-se a mesma tendência de atuação e idêntica população-alvo, ajustada às necessidades específicas de cada centro. Num universo composto pela sua presença em 24 países distribuídos pela Europa, América, Ásia e África, a hospitalidade e a ajuda comunitária mantêm-se como os pilares fundamentais da Congregação, evidenciando-se no acolhimento a todos, sem qualquer tipo de discriminação, dando primazia aos mais necessitados, marginalizados e excluídos.

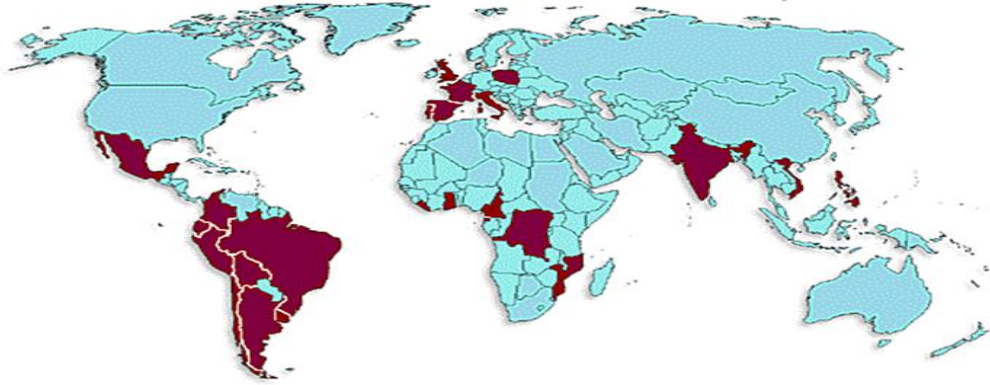


Figura 1. A Congregação no Mundo

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus desenvolve a sua Missão em Portugal, através de doze instituições, distribuídas por todo o território Continental e Arquipélagos da Madeira e Açores, todas igualmente envolvidas na assistência e atendimento integral às pessoas portadoras de doença do foro psíquico e/ou deficiência mental.



Figura 2. A Congregação em Portugal

A Clínica Psiquiátrica de São José, doravante designada de CPSJ, é um dos doze centros onde a Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus exerce a sua missão em Portugal. Esta clínica é uma Instituição Particular de

Solidariedade Social localizada em Telheiras, na Freguesia de Carnide. Foi fundada em 1956 numa quinta no Lumiar, sendo que as instalações atuais foram inauguradas em 1995. Com capacidade para 190 camas, distribuídas por sete unidades, uma residência interna e outra externa. As unidades estão organizadas de acordo com a população a que se destinam e a natureza da respetiva intervenção (IHCSJ, 2004).

O atendimento integral passa pela prevenção e promoção da saúde, pelo tratamento, reabilitação e reinserção social dos utentes, fundamentado num modelo integrado de cuidados de saúde, articulando ciência e humanidade, sempre focado na centralidade da pessoa assistida. Todo o esforço é concentrado na prestação de um serviço interdisciplinar que integra as dimensões biológica, psicológica, social, espiritual e cultural da pessoa.

A CPSJ tem disponível um conjunto de atividades semanais direcionadas para os utentes de todas as unidades com capacidade para as desempenhar. Proporciona, também, uma série de serviços que incluem: medicina; enfermagem; psicologia; serviço social; terapia ocupacional; estomatologia e higiene oral; fisioterapia; psicomotricidade; pastoral da saúde; voluntariado; departamento de formação e comissão de ética; serviços sócio terapêuticos; serviços de receção e acolhimento; serviços administrativos; espaços sócio culturais e de lazer e serviços de consulta externa de psicologia e de psiquiatria (IHCSJ, 2010).

A unidade 1 – *Santa Teresa* – destinada à psicogeriatría, com capacidade para 12 pessoas, é utilizada para utentes idosas, com quadros demenciais e limitações que as impedem de viver de forma independente.

A unidade 2 – *Santa Isabel* – vocacionada ao curto internamento, é ocupada por pessoas com doença psiquiátrica em estado agudo e tem capacidade para 28 utentes, de ambos os sexos.

A unidade 3 – *Maria Josefa Recio* – é composta por duas alas. Uma, de longo internamento, destinada a utentes do sexo feminino, com doença psiquiátrica de

evolução prolongada e com capacidade para 16 utentes. A outra ala, de cuidados integrados (UCI), aloja um projeto de reabilitação psicossocial, de médio internamento, podendo abarcar 14 utentes de ambos os sexos. Este Projeto Integrado de Reabilitação Psicossocial é dirigido para pessoas com problemas de saúde mental com potencial reabilitativo. O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar que, em parceria com o utente, tenta promover e maximizar a autonomia e sentido de responsabilidade, desenvolvendo competências pessoais e interpessoais. A metodologia utilizada consiste na participação do utente em atividades terapêuticas de grupo e acompanhamento individual com um terapeuta de referência, em articulação com o seguimento médico psiquiátrico, na clínica.

A unidade 4 – *Coração de Maria* – destina-se à gerontopsiquiatria. Aqui, predominam utentes com quadros de demência, tendo capacidade para 30 utentes do sexo feminino.

A unidade 5 – *S. João de Deus* – vocacionada para longo internamento de utentes com doença psiquiátrica de evolução prolongada, com predomínio de diagnósticos de esquizofrenia residual e esquizofrenia paranoide, com capacidade para 30 utentes do sexo feminino.

A unidade 6 – *Bento Menni* – destinada a casos com deficiência mental profunda, tem lotação para 30 utentes do sexo feminino.

A unidade 7 – *S. Coração de Jesus* – destinada a casos com deficiência mental ligeira e moderada, com capacidade para 30 utentes do sexo feminino.

A residência *Galileia*, no interior da Clínica, tem uma função de espaço de transição, com capacidade para 6 utentes do sexo feminino. O projeto desenvolvido na mesma, visa promover a autonomia e funcionalidade das utentes com doença mental de evolução prolongada e clinicamente estabilizadas. O objetivo primário é assegurar a desinstitucionalização e reinserção comunitária das utentes.

A residência externa com lotação para 6 utentes, localizada na Freguesia de Carnide, permite a continuidade de projeto para que possam ganhar competências para se inserirem na comunidade.

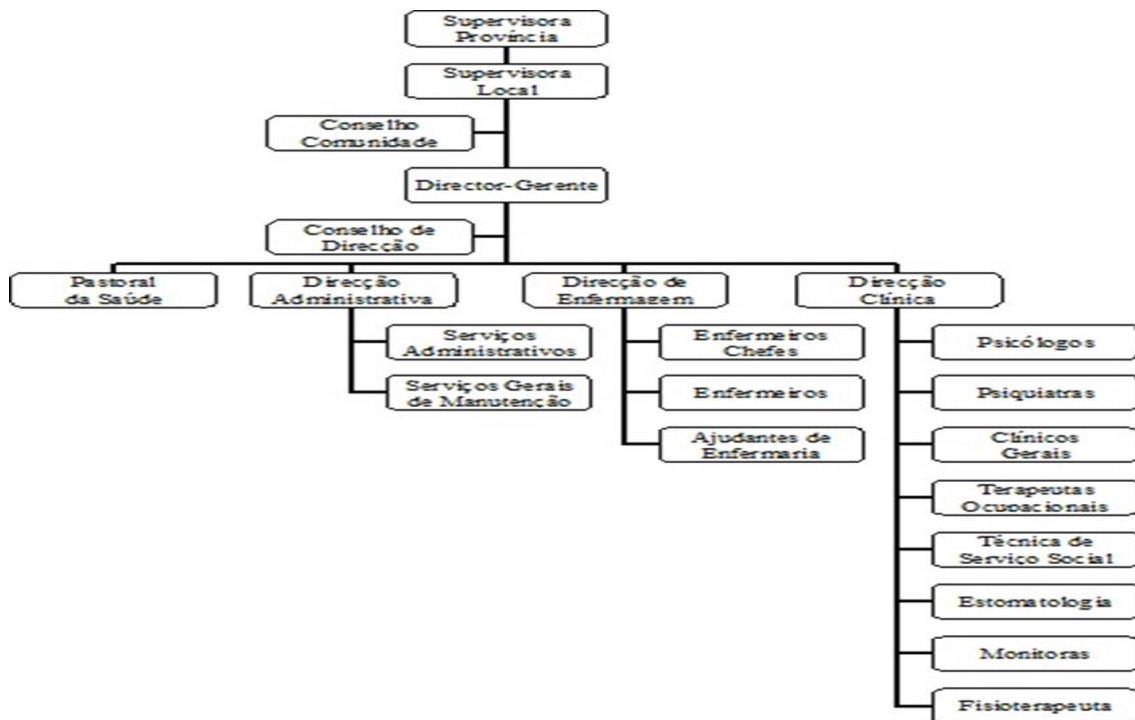


Figura 3. Organigrama da CPSJ

As funções do psicólogo, incluem a avaliação e consulta psicológica em internamento e externa. Dinamização de reuniões terapêuticas de grupo nas unidades de longo internamento e participação na equipa multidisciplinar. Na UCI promovem atividades de grupo e fazem o acompanhamento enquanto terapeuta de referência. Envolvendo-se na participação em projetos de investigação e na orientação de estagiários de psicologia.

No serviço de psicologia exercem funções três psicólogos de diferentes orientações teóricas. Esta multiplicidade de orientações teóricas presentes constitui uma mais-valia, uma vez que faculta uma maior diversidade de intervenções nas várias unidades desta clínica. As intervenções são adaptadas à população a que se destinam e às diferentes problemáticas da saúde mental.

### **Caracterização da População-alvo**

A CPSJ, situada em Telheiras / Lisboa, devido à sua localização, abarca maioritariamente utentes da zona de Lisboa e Vale do Tejo, havendo uma pequena minoria de outros distritos tais como Santarém, Beja e Algarve.

No que diz respeito à faixa etária dos grupos, denota-se que a grande maioria se encontra entre os 30 - 44 anos e os 45 - 66 anos, com especial incidência no sexo feminino.

Os utentes que procuram a clínica vêm em regime particular ou através do Sistema Nacional de Saúde (SNS), Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS), Assistência na Doença a Servidores do Estado (ADSE).

Os serviços são mais procurados por utentes que se enquadram nos diagnósticos como a esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações do humor, perturbações da personalidade e deficiências mentais.

Constata-se haver uma maior incidência de utentes com perturbações do humor, como a perturbação bipolar e episódio depressivo major, seguido dos diagnósticos de esquizofrenia.

### **Enquadramento Teórico**

#### **A saúde mental em Portugal**

Os trabalhos de Caplan (1980) contribuíram decisivamente para a difusão das intervenções preventivas, nomeadamente a teoria das provisões e a configuração tripartida de um modelo de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária. Na teoria das provisões o enfoque é essencialmente a longo prazo e baseia-se no pressuposto de que as pessoas necessitam de um conjunto de provisões, de modo a não desenvolverem problemáticas de saúde mental, as quais podem ser classificadas, de forma geral em três grupos: as provisões físicas, as psicossociais e as sócio-culturais. As provisões físicas envolvem a alimentação, a habitação, a estimulação sensorial e as oportunidades de exercício que são necessárias ao crescimento e



desenvolvimento do corpo, à manutenção da saúde física e à proteção face aos danos corporais, antes e depois do nascimento. As provisões psicossociais incluem a estimulação do desenvolvimento cognitivo e afetivo de uma pessoa, através da interação pessoal com os outros membros significativos da família e com os seus pares em contextos diversificados, nomeadamente escola, igreja e trabalho. Este grupo de provisões está associado à influência das trocas face-a-face entre o indivíduo e o outro, com quem está emocionalmente envolvido num contexto relacional continuado no tempo, com respostas a necessidades básicas que incluem intercâmbio de amor e afeto, limitação e controlo (afirmação) e necessidade de participação em atividades coletivas (apoio e realizar tarefas).

As provisões sócio-culturais incluem as influências sobre o desenvolvimento e funcionamento da personalidade exercidas pelos costumes, valores da cultura, estrutura social, expectativas dos outros (reciprocidade eu/outro) e pelo lugar do indivíduo na estrutura social e a influência no seu percurso de vida, língua, valores e tradições, herança cultural, complexidade dos problemas a dominar e sociedade mais estável (idem, 1980).

A crise desencadeia-se quando os indivíduos enfrentam obstáculos concretos considerados relevantes, os quais parecem ser intransponíveis pela utilização dos métodos comuns de resolução de problemas. A crise é precipitada por qualquer situação que perturbe a adaptação anterior e que requeira novas respostas, desafiando os indivíduos a alterações súbitas de conduta. Os fatores que têm impacto na resolução da crise são o estado de saúde física, a disponibilidade dos recursos sociais externos e o sistema de comunicação com o meio, sendo também relevantes as influências sócio-culturais, a influência da família, dos membros chave da comunidade e dos profissionais de ajuda (ibidem, 1980).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) ao publicar o Relatório Mundial da Saúde pretende estimular a consciência do público e dos profissionais para o real

peso das perturbações mentais e os seus custos em termos humanos, sociais e económicos. Ajudar a derrubar muitas barreiras, tais como o estigma, a discriminação e a insuficiência dos serviços que impedem milhões de pessoas em todo o mundo, Portugal não é exceção, de receber o tratamento de que precisam e que merecem. Este relatório oferece em muitos aspetos, uma nova forma de compreender as perturbações mentais, dando uma nova esperança aos doentes mentais e respetivas famílias em todo o mundo. Examina meticolosamente a prestação e o planeamento de serviços em Saúde Mental e conclui com um conjunto de recomendações de longo alcance que cada país pode adaptar de acordo com as suas necessidades e os seus recursos.

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, na sociedade atual. O peso das perturbações mentais tais como a depressão e a esquizofrenia foi seriamente subestimado anteriormente, devido ao facto de as abordagens tradicionais considerarem somente os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. É de salientar, também, que apesar das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, outras têm problemas de saúde mental que não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, mas estão também em sofrimento, devendo beneficiar de possíveis intervenções (Ministério da Saúde, 2008).

Assim sendo a OMS (2001) defende que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios: a) Garantir a acessibilidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental; b) Assumir a responsabilidade de um sector geo-demográfico, com uma dimensão tal que seja possível assegurar os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar significativamente do seu local de residência (dimensão estimada entre 200.000 e 300.000 habitantes); c) Integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento

em hospital geral, de modo a assegurar uma resposta efetiva às diferentes necessidades de cuidados das populações; d) Ter uma coordenação comum; e) Envolver a participação de utentes, familiares e diferentes entidades da comunidade; f) Estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde; g) Colaborar com o sector social e organizações não-governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves; h) Prestar contas da forma como cumprem os seus objetivos.

O estado exíguo de recursos disponíveis para a saúde mental em Portugal é um dos fatores que tem provocado um entrave no desenvolvimento e na melhora dos serviços neste setor. Contrastando com outros países, os grupos de utentes e familiares nunca tiveram uma voz ativa na sociedade portuguesa. A perspetiva de saúde pública e a cultura de avaliação de serviços sempre foram frágeis na área da saúde mental em Portugal, provocando recursos muito baixos, se considerarmos o verdadeiro impacto das doenças mentais referente à carga global das doenças (OMS, 2001).

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, os obstáculos e carências são muitos, e devem ser tomados em consideração e com seriedade. No entanto, já começam a existir algumas oportunidades que podem ajudar a suplantar muitas destas dificuldades, como o programa de cuidados continuados e integrados, o desenvolvimento das unidades de saúde familiar e a criação de unidades de psiquiatria e saúde mental nos novos hospitais gerais em construção.

Mas, um fator de extrema eficácia para o desenvolvimento de uma cultura de saúde pública e de avaliação, e para a constituição de uma massa crítica que é essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental é o aumento da capacidade de investigação em psiquiatria e saúde mental, em particular da investigação epidemiológica e de serviços. Algumas das medidas facilitadoras da investigação poderão, assim, superar as dificuldades até então analisadas (Ministério da Saúde, 2008).

## **A Psicologia Clínica nos dias de hoje**

Atualmente, a psicologia clínica será o ramo da psicologia mais conhecido, bem como o mais sólido, englobando a ciência, a teoria e a prática para compreender, avaliar e prever o funcionamento do ser humano, tendo como objeto a pessoa em termos holísticos. É a área da psicologia que estuda os processos psíquicos ligados ao sofrimento psicológico e à psicopatologia. O propósito da psicologia clínica é o estudo, a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico qualquer que seja a sua origem. É uma forma de aquisição de conhecimento e ao mesmo tempo uma prática de intervenção que se separou da psiquiatria, mas que herdou dela o método clínico (Brito, 2008).

Faz fronteira com a psiquiatria, a psicopatologia, a psicologia do desenvolvimento, a reabilitação, a neuropsicologia, a psicologia forense, a psicopedagogia, a psicologia da saúde e a psicologia comunitária; a psicologia clínica é a área da psicologia que lida com a patologia psíquica e com a intervenção psicológica. A principal diferença entre a psicologia clínica e a psicopatologia é que a primeira visa a intervenção e a segunda não é uma prática de intervenção, mas sim uma disciplina de estudo dos processos patológicos (Pardinielli, 1999).

Sendo assim, esta deverá ser uma área que descreve uma metodologia de intervenção que beneficia o relacional, ou seja, a qualidade da relação entre o psicólogo e o utente. Por isso, e independentemente do modelo teórico que o profissional utilize este tem como objetivo ajudar a situar e interpretar o sofrimento, mal-estar ou desadaptação do paciente. Neste âmbito, persegue delineamentos de intervenção capazes de promover uma diminuição e desvalorização dos problemas que lhe são apresentados. A característica que possa definir a prática clínica habita na possibilidade de utilização de todas as técnicas psicológicas para reduzir o sofrimento psíquico de um indivíduo, um grupo, ou uma população, tomado como objeto de análise e intervenção clínica (Ribeiro & Leal, 1996).

## **O papel do psicólogo clínico**

Com a evolução patológica ao longo dos tempos, os pedidos sociais e a expansão dos interesses da psicologia clínica levaram ao nascimento de novos objetos teóricos e práticos, bem como a áreas de intervenção. Consoante os locais de trabalho, as conceções do psicólogo e as suas atividades podem variar muitíssimo. No entanto, elas podem reunir-se em três dimensões: a avaliação e o diagnóstico, a prática das terapias ou das reeducações, o aconselhamento e a intervenção institucional (Pardinielli, 1999).

No que diz respeito à avaliação psicológica, visa recolher informação sobre o funcionamento psicológico dos indivíduos que seja útil para a intervenção. As informações recolhidas devem possibilitar conhecer o sujeito e o seu problema, através da interpretação dos seus comportamentos e atitudes (Pais-Ribeiro, 1998).

O diagnóstico apoia-se na história clínica do paciente, sendo assim deve permitir fazer a sua descrição e os problemas que apresenta, bem como, classificá-los no sentido de definir a sua forma singular. Possibilita, também, estudar o desenvolvimento, a origem e os mecanismos dos problemas, fazer um prognóstico e fornecer indicação terapêutica (Araújo, 2007).

No que concerne à prática terapêutica, independentemente da orientação teórica, o seu objetivo é o do alívio dos sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, a diminuição ou eliminação de um estado patológico e a melhoria do bem-estar dos indivíduos. É uma intervenção que foca a mudança, pelo que cada modelo tem uma teoria de base através da qual se percebe a formação da personalidade, a psicopatologia e a forma de intervir (Cordioli & Knapp, 2008).

A reeducação é feita sobretudo em centros de reabilitação tanto física como social (e.g., toxicodependentes, doentes psiquiátricos crónicos) com o objetivo de reabilitar a pessoa para viver em sociedade com a patologia que tem (Araújo, 2007).

O aconselhamento psicológico tem como objetivo facilitar a adaptação do sujeito à situação em que se encontra, no sentido de torná-la mais satisfatória e aperfeiçoar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento, autoajuda e autonomia. A finalidade principal do aconselhamento é promover a qualidade de vida do sujeito (Trindade & Teixeira, 2000).

A intervenção institucional pode ser desenvolvida através da organização de programas de sensibilização, formação e programas de promoção de saúde, no sentido de sensibilizar a população alvo (e.g., vítimas de violência doméstica). A intervenção do psicólogo clínico recai na patologia psicológica dos indivíduos, nas implicações psicológicas de viverem fechados numa instituição e da possibilidade de voltarem à comunidade e o que pode ser feito nesse sentido (Bateman, Brown, & Pedder, 2003).

Neste contexto, o psicólogo clínico pode desempenhar as suas funções em vários *settings*, nomeadamente em hospitais, centros de saúde mental, centros de saúde, clínicas privadas, consultórios, instituições de solidariedade social, residências comunitárias, ensino especial e centros de atendimento especializado (Pediñelli, 1999).

A atividade do psicólogo clínico inclui, também, a psicologia de ligação, a reabilitação psicossocial, a intervenção e reinserção social, o trabalho institucional, a formação e a investigação (Brito, 2008).

Sendo a psicologia clínica um campo complexo que abarca o comportamento humano e a emoção, procura compreender, prever e aliviar aspetos intelectuais, emocionais, biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais do funcionamento humano (Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000). Centrando-se na avaliação, prevenção, melhoria e reabilitação das problemáticas psicológicas, o seu principal objetivo é compreender como através de intervenções psicológicas se pode contribuir para melhorar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Gatchel & Oordt, 2003; Teixeira, 2004).

Neste sentido, o trabalho do psicólogo clínico incide sobre o estudo, pesquisa e avaliação do desenvolvimento emocional e dos processos mentais e sociais do indivíduo, grupos e instituições, tendo como finalidade a análise, tratamento, orientação e educação. Procura, ainda, diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, bem como acompanhar o paciente durante o processo de tratamento, no sentido de contribuir para a promoção de comportamentos e modos de vida mais saudáveis (Rodrigues, 2004).

Como anteriormente assinalado, qualquer intervenção psicológica tem como objetivo melhorar a saúde e o bem-estar dos pacientes. Assim, o psicólogo clínico pode intervir a vários níveis, nomeadamente: prevenção primária que visa a identificação dos mecanismos psicológicos envolvidos na situação para poder prevenir, neutralizando as circunstâncias nocivas antes que tenham oportunidade de se instalar; prevenção secundária que tem como objetivo a redução da taxa de prevalência de uma determinada problemática através da redução da emergência de novas situações ou casos e da redução do impacto ou duração das situações detetadas, ou seja, é uma intervenção precoce destinada às pessoas que estão em risco de desenvolver a patologia; prevenção terciária que consiste numa intervenção de reabilitação que visa a redução da taxa efetiva dos impactos de uma problemática e das suas consequências em termos da sua desadequação ou incapacidade (Trindade & Teixeira, 2000).

Importa ainda referir que no âmbito da intervenção, existem vários modelos de psicoterapias, mas independentemente do modelo teórico adotado, o papel do psicólogo clínico é planear o tratamento com o objetivo de alterar a queixa ou o problema que levou o cliente à consulta (Cordioli, 2008).

Sendo assim, podemos definir a psicoterapia como sendo uma ajuda que incide sobre os aspetos psicológicos, que para além de prestar ajuda psicológica, tenta também promover a mudança. Mas, para que essa ajuda resulte é primordial a existência de uma relação terapêutica que por vezes é o centro da intervenção. Porém,

esta relação de ajuda entre o profissional e o paciente, deverá ser exclusiva aos aspetos psicológicos bem como ao *setting* terapêutico (Bateman, Brown, & Pedder, 2003).

### **Aptidões Sociais**

Nos últimos anos tem havido um interesse crescente no estudo e aplicação das aptidões sociais, devido à atual complexidade das exigências sociais, tanto ao nível pessoal como profissional e na saúde. O desenvolvimento das aptidões sociais é fundamental para a promoção de interações sociais bem-sucedidas, tendo em conta as características do contexto e cultura em que o indivíduo está inserido. As dificuldades nesta área estão associadas, na maioria das vezes, à presença de perturbações psicossociais ou ao funcionamento social deficitário dos doentes psiquiátricos (Lipp, Haythornthwaite, & Anderson, 1996), pelo que o treino de aptidões sociais tem sido bastante utilizado no tratamento e reabilitação psiquiátrica.

São várias as definições que ao longo dos anos se foram formando acerca das aptidões sociais. Liberman (1988) considera que estas poderiam ser vistas como processos de confronto para alcançar uma competência social. Visionar a aptidão como sendo comunicação verbal e não-verbal, sentimentos internos, atitudes e perceções do contexto interpessoal que medem um resultado sucedido de interações sociais, refletindo-se na obtenção dos objetivos individuais bem como da impressão favorável nos outros. A competência social pode ser analisada com uma alta frequência de resultados sociais, positivos e de uma satisfação de qualidade de vida.

Por seu turno, e de uma forma mais abrangente, para Caballo (1998) o comportamento socialmente ajustado é um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo, num contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse sujeito, de uma forma adequada à situação, respeitando esses mesmos comportamentos nos outros, e que comumente resolvem os problemas imediatos da situação, diminuindo a probabilidade de problemas no futuro.



Apesar das várias formas de visionar as aptidões sociais, todas elas assentam em três dimensões: dimensão comportamental - gestos, contato visual; dimensão pessoal - estado interno do indivíduo, sentimentos, atitudes e aspetos cognitivos; percepção do contexto social; dimensão situacional - resultado da interação que espelha o alcance dos objetivos do sujeito e as atitudes, sentimentos e comportamentos dos outros locutores (Del Prette & Del Prette, 1999).

No contexto deste estágio, o treino das aptidões sociais foi trabalhado com a seguinte estrutura: 1. Autoconhecimento, como a capacidade de reconhecimento que cada indivíduo tem de si mesmo, das suas competências e limites, favorecendo o respeito por si próprio, ajudando nas escolhas pessoais e facilitando as relações interpessoais; 2. Relacionamento interpessoal, como a competência para fazer, manter, aprofundar e terminar relacionamentos, que possibilitam a identificação de ideias facciosas que existem nas relações quotidianas, minimizando prejuízos nos relacionamentos interpessoais; 3. Empatia, como capacidade de se colocar no lugar do outro, imaginando como este se sente, procurando compreender em vez de julgar; 4. Lidar com os sentimentos, estimulando o reconhecimento das próprias emoções e as do outro, tomando consciência do quanto influenciam o comportamento, e aprendendo a lidar com elas adequadamente; 5. Estilo de comunicação, trabalhando a assertividade como forma adequada de expressar sentimentos, opiniões, necessidades e desejos; 6. Estimular a criatividade, através da capacidade de analisar informações ou situações a partir de diferentes ângulos, ajudando a quebrar a rigidez e promover maior flexibilidade; 7. Tomada de decisão que permite analisar os benefícios, riscos e consequências de uma situação, favorecendo a escolha da alternativa que leve ao sucesso da ação; 8. Resolução de problemas, competência que possibilita enfrentar construtivamente situações adversas, utilizando as capacidades pessoais e os recursos do meio. Ajuda a entender que a resolução de problemas está associada a um processo e não a uma intuição (Lieberman, Stroup, & Scott, 2013; Hales, Gabbard, & Yudofsky, 2011).

## Reabilitação Psicossocial

Qualquer programa de saúde só é válido e eficiente se abordar o problema na sua globalidade, pelo que na prática deverá promover a saúde, curar a doença e reabilitar o doente (Coimbra de Matos, 2012). Neste sentido, é consensual que qualquer proposta de intervenção na perturbação mental deve ser compreensiva e integradora, pelo que a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental defende que as atuais políticas de saúde mental deverão ter em consideração a implementação de cuidados continuados integrados que permitam responder aos múltiplos desafios com que se deparam todos os que são afetados direta e indiretamente, por esta realidade (CNRSSM, 2007).

A reabilitação psicossocial (RP) é uma perspetiva, que se baseia na convicção de que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. Contudo, é também necessário sensibilizar a comunidade para diminuir as barreiras colocadas pela sociedade e que dificultam a integração da pessoa (Guterres, 2002).

Segundo a OMS (2001) a RP é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir um nível possível de funcionamento independente na comunidade, pelo que é fundamental criar redes de suporte social que deem apoio às competências adquiridas e a desenvolver, no sentido de promover a sua autonomia e *empowerment*. Assim, tem como principais objetivos a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.

Neste âmbito, a RP intervém em diversas áreas, tais como: treino de competências pessoais e sociais, formação profissional, emprego apoiado e emprego protegido, empresas de inserção, residências comunitárias, atividades ocupacionais, culturais e de lazer e grupos de auto-ajuda com utentes ou famílias (Rodriguez, 2002).

A intervenção deverá ser sempre centrada no utente, visando a melhoria da qualidade de vida e não apenas o tratamento dos sintomas, pois as questões relacionadas com a saúde e doença mental são bastante complexas porque afetam as pessoas como um todo, tanto na sua individualidade, como na sua relação com os outros e com o meio envolvente (Santos, 2001).

A reabilitação, como estratégia, possibilita a recuperação da capacidade de restabelecer o exercício de cidadania e a criação de vínculos da pessoa que requer atenção com o profissional que a assiste. Assim, o principal objetivo do serviço de saúde mental é ajudar a pessoa que, em determinada altura, perdeu a capacidade de dar sentido à sua vida, acompanhando-a na integração em espaços fora da sua zona de conforto, mas socialmente abertos, com o intuito de promover uma maior qualidade de vida (Loureiro, Dias, & Aragão, 2008).

A RP baseia-se na interação que ocorre entre o utente, a família, os técnicos e a comunidade, de modo a que sejam desenvolvidas competências e recursos que permitam a inserção ou reinserção satisfatória do doente no meio circundante (Cordo, 2003).

A Associação Internacional de Serviços de Reabilitação Psicossocial (1995; cit. por Pitta, 1996) refere que a RP engloba um conjunto de serviços que se dirigem a pessoas com doenças mentais e défices funcionais graves, pelo que quem promove a RP parte dos pontos fortes de cada indivíduo, no sentido de promover a sensação de bem-estar que inclui sempre a família e a própria comunidade.

Na mesma linha a OMS (2001) define a RP como um processo que oferece aos indivíduos debilitados e/ou incapacitados mentalmente, a oportunidade de alcançar o seu funcionamento independente na comunidade. Isto implica tanto o desenvolvimento de competências pessoais como a introdução de mudanças ambientais, visando a obtenção de melhor qualidade de vida.

Assim sendo, torna-se fundamental implementar programas de intervenção de carácter individual que proporcionem ao cidadão um sistema combinado de serviços de planeamento e avaliação funcional, avaliações contínuas da intervenção, treino de capacidades e habilidades sociais, reabilitação vocacional e apoio familiar (Loureiro, Dias, & Aragão, 2008). Este sistema de tratamento deverá sempre assumir uma atitude de continuidade e sobretudo uma postura compreensiva e adequada às necessidades de cada um. Nesta perspetiva, as intervenções fundamentais são o desenvolvimento de competências e recursos que permitam ao utente interagir com o meio em que está inserido, colocando, assim, num plano secundário a sintomatologia negativa. Estudos desenvolvidos por Cordo (2003) demonstram que quando as competências são devidamente integradas com a ajuda de suportes ou apoios da comunidade, têm um impacto bastante significativo nos resultados da reabilitação.

A RP visa, ainda, ajudar o utente a ajustar-se e adaptar-se aos requisitos necessários para se integrar em determinado ambiente, pelo que não deve apenas centrar-se na melhoria de competências, mas também respeitar as exigências do ambiente em que a pessoa está ou irá ser inserida (Spaniol, 2000).

Cordo (2003) enfatiza a importância do envolvimento dos membros da família, pois estes têm, também, um papel vital no planeamento, desenvolvimento e avaliação do processo de reabilitação.

Oliveira (2002) refere que seja qual for o processo de intervenção e RP dirigido a doentes mentais, este só será eficaz mediante a promoção e desenvolvimento de um modelo que não afaste ou isole o sujeito da sociedade. Na mesma linha, Rodriguez (2002) acrescenta que o sucesso de um processo de intervenção terapêutica, passa sempre pela implementação de redes sociais bem estruturadas que possibilitem a reintegração do doente mental na comunidade, de forma a melhorar o seu funcionamento psicossocial o mais autonomamente possível.

Deste modo o processo de RP deverá sempre incluir a avaliação da pessoa, a definição de objetivos e a planificação e implementação de programas de intervenção. A fase da avaliação visa identificar as potencialidades e aptidões que reforçam a evolução e aprendizagem, bem como as incapacidades e limitações do sujeito. A fase de planificação e implementação inclui a programação e execução de programas de reabilitação que promovem a mudança e possibilitam à pessoa doente, à equipa e à rede social de suporte conhecer os êxitos alcançados de acordo com os objetivos propostos. A avaliação do programa permite reajustar os objetivos e os programas de intervenção (Loureiro, Dias, & Aragão, 2008).

Em Portugal, muitos são os serviços estatais e organizações não governamentais que assentam a sua prática nos princípios da RP da pessoa com doença mental e apesar deste serviço ser recente no nosso país, Guterres (2002) refere que parecem cumprir os objetivos para os quais foram criados.

### **Terapia Cognitivo-comportamental**

Segundo o modelo cognitivo-comportamental, a patologia surge devido à desadaptação de comportamentos de aprendizagem, pelo que a proposta desta teoria é de que tudo se pode alterar, pois não está pré-determinado nos primeiros anos de vida. A terapia cognitiva-comportamental (TCC) é uma forma de terapia estruturada e orientada ao momento presente, que é direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais do paciente. O paciente e o terapeuta trabalham de forma colaborativa, como uma dupla (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clarck, 1997).

Segundo os autores, os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados, pelo que os mesmos podem ser melhorados através da modificação do pensamento e das crenças disfuncionais.

A terapia cognitiva tenta mudar as perceções e a cognição das pessoas e ao mudar a forma como elas veem as coisas e a forma como pensam vão causar a

mudança a nível comportamental, porque os mecanismos de percepção e cognição têm um papel fundamental nos processos de adaptação e mudança. No entanto, a terapia comportamental, propriamente dita incide sobre a mudança do comportamento, ou seja, se eu “forçar” a pessoa a comportar-se de maneira diferente através dos reforços e do treino de competências, então estou a induzir a pessoa a agir de forma diferente, pois o percurso de reforços e as competências têm um papel central na construção e implantação dos padrões de comportamento. A terapia cognitiva dá muito valor à consequência cognitiva das diferenças na ação da pessoa, porque o próprio comportamento gera no sujeito uma percepção de nós próprios diferente e quando se força uma mudança de comportamento ela vai gerar uma mudança cognitiva (Plotnik & Kouyoumdjan, 2011).

A terapia comportamental incide nos reforços e no treino de competências que fazem a pessoa mudar os seus comportamentos. A terapia cognitiva-comportamental faz tudo isto, mas acrescenta o reforço das consequências cognitivas que estas coisas têm (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1997).

Segundo este modelo, os afetos são em si próprios um reforço, sejam eles positivos ou negativos. É fundamental saber o que a pessoa está a sentir, porque isso não só a faz agir de determinada maneira, como decide o que ela pensa. Por outro lado, os seguidores deste modelo, introduziram várias ideias sobre o papel da ansiedade e do *stress*. Quando se fala em *stress*, é o que acontece ao aparelho psíquico quando o meio nos coloca desafios, e surge quando estamos numa situação em que os nossos recursos estão limitados para as exigências daquilo que está a acontecer, sejam eles recursos concretos, logísticos, mentais ou afetivos e então aí gera-se ansiedade. A ansiedade é um estado emocional que surge quando não conseguimos controlar o comportamento e agimos de forma inadequada, porque o estado ansioso debilita o funcionamento cognitivo. Quando a pessoa pensa mal, age de forma desadaptada e desadequada aquela situação. A terapia cognitiva estudou o papel da ansiedade nos

desvios que a cognição pode adquirir, ou seja, o estado ansioso perturba o processamento da informação e a decisão que a mente faz das estratégias de coping que se seguem (Beck, Freeman, & Davis, 2004).

A forma como os indivíduos interpretam e representam mentalmente os acontecimentos e situações da sua vida constitui um mediador da influência destes eventos na forma como se sentem e se comportam. Os comportamentos são influenciados pela ideia *à priori* que a pessoa tem de determinada situação. Nas primeiras consultas o terapeuta cognitivista pretende recolher dados sobre o modo como a pessoa pensa, pois mais do que o que lhe aconteceu, interessa-lhe saber como é que a pessoa reage ao que lhe aconteceu e o que pensa sobre isso (idem, 2004).

A interpretação dos eventos é um processo ativo e é encaminhado para a adaptação, em relação dialéctica com o próprio comportamento do indivíduo, pois a maneira como a pessoa interpreta leva à sua forma de se comportar. A forma como a pessoa se comporta tem a ver com o modo como se vai adaptar aquela situação, que interpreta de determinada maneira. Os indivíduos desenvolvem por vezes conjuntos de crenças idiossincráticas (ideias fixas que não têm sustentação, que surgem do nada) que influenciam o seu comportamento, pois agem de acordo com as mesmas. As crenças influenciam a própria perceção e a memória, que por sua vez tornam o indivíduo particularmente sensível a determinados fatores de *stress*, tanto internos (afetos) como externos (eventos). As superstições são por excelência crenças idiossincráticas porque não têm qualquer explicação. Os fatores de *stress* vão gerar dificuldades de processamento cognitivo e ativar respostas comportamentais desadaptadas originando, assim, a patologia (Beck, 1995).

A hipótese da especificidade cognitiva afirma que os quadros clínicos e estados emocionais perturbados podem distinguir-se pelo conteúdo específico das crenças e processos cognitivos que neles se encontram ativos. No entanto, em muitos modelos de terapia cognitiva, os mais próximos do comportamentalismo, é assumido que a

intervenção comportamental exerce os seus efeitos através da produção de experiências que são incompatíveis com as crenças mal adaptadas do indivíduo (dissonância cognitiva). Deste modo, há que concentrar a pessoa naquilo que aconteceu e que contradiz a sua teoria, ou seja, temos que gerar experiências que contradigam a sua teoria e depois questionar a pessoa sobre isso; esta intervenção parte do comportamento e põe a pessoa a questionar a sua hipótese (Plotnik & Kouyoumdjan, 2011).

Os esquemas são estruturas cognitivas organizadas que se constituem a partir de abstrações e generalizações ou atribuições feitas acerca de um determinado universo de estímulos. O esquema cognitivo é uma estrutura de ideias que dá significado e que serve de rede à informação que entretanto irá chegar, isto é, um fator de focagem para o *input* de informação que se segue; têm um efeito automático e influenciam os processos da atenção, codificação, recuperação de memórias e inferências, pois é à luz dos esquemas cognitivos que a pessoa interpreta a nova informação (Young, 2003).

Existem várias distorções cognitivas que podem estar ativas na nossa mente, umas mais do que outras: 1. Pensamento dicotómico é a forma de pensar que divide as coisas em 2 hipóteses estanques (preto/branco, tudo/nada), ou seja, quando uma situação é vista em apenas duas categorias, mutuamente exclusivas, ao invés de um *continuum*; 2. Leitura de pensamentos, quando por uma razão qualquer achamos que sabemos o que os outros vão pensar; 3. Raciocínio emocional, quando as pessoas usam informação que é totalmente do foro emocional (não são factos, nem dados sustentáveis) para raciocinar e presumem que sentimentos são factos; pensar que algo é verdadeiro porque tem uma emoção (pensamento) muito forte a esse respeito; deixar os sentimentos guiarem a interpretação da realidade; 4. Personalização, é uma distorção típica da perturbação paranoide, é considerada um delírio de referência; 5. Sobregeneralização, quando temos uma ou duas instâncias de qualquer coisa e as



generalizamos para tudo, em vez de rotular a situação ou comportamento específico; 6. Pensamento catastrófico, é pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem ter em consideração a possibilidade de outros desfechos; acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível e insuportável; 7. Deveres, quando a pessoa interpreta eventos em termos de como as coisas deveriam ser, ao invés de simplesmente focar as coisas como elas são; 8. Abstração seletiva, quando um aspeto de uma situação complexa é o foco da atenção enquanto outros aspetos relevantes da situação são ignorados; uma parte negativa ou mesmo neutra de toda uma situação é realçada e todo o restante positivo não é percebido (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

O trabalho terapêutico incide sobretudo na tríade cognitiva: (1) a representação que o indivíduo tem de si próprio, (2) a representação do mundo em que vive e (3) a representação do futuro. No fim da primeira entrevista, o terapeuta cognitivista tem que ter uma ideia sobre estas três áreas de informação, pois é muito importante saber como é que o indivíduo se vê a si próprio, isto é, a ideia que tem de si (bom/mau, capaz/incapaz, com sucesso/sem sucesso); qual a ideia que tem do mundo: se gosta de estar onde está, se sente o mundo (mundo em geral, a família, o local onde vive) como um lugar bom; e como é que a pessoa se posiciona face ao futuro (positivo/negativo, contente/descontente). Estas três representações são os pilares da forma como a pessoa se sente e de todos os comportamentos que tem no dia-a-dia (Cordioli, 2008).

O processo terapêutico na terapia cognitiva é constituído pelo (1) estabelecimento da relação terapêutica enquanto relação de colaboração que permite trabalhar os objetivos de mudança, isto é, entre o paciente e o terapeuta deve estabelecer-se uma relação de cooperação e colaboração simples, porque os dois estão a recolher dados e a arrumá-los e/ou desarrumá-los para pensarem sobre eles em conjunto; (2) recolha de dados sobre os antecedentes da vida do indivíduo, pois o que interessa ao terapeuta cognitivo é a identificação de padrões e o processamento destes

antecedentes, ou seja, como é que determinada situação foi registada e porque é que ficou registada dessa maneira; (3) identificar padrões de comportamento e de pensamento e associações de ideias e começar desde logo a identificar os focos da patologia, apontando os aspetos mal adaptados desses padrões e os sentimentos que o paciente possa ver como disfuncionais e devolver isso à pessoa, porque o terapeuta cognitivista é muito aberto e transparente nas conclusões que vai tirando e vai devolvendo à pessoa a informação já processada, legendada e arrumada, para que o paciente possa pensar sobre ela; (4) estabelecimento de uma lista de problemas e avaliação dos mesmos através de escalas ou questionários; (5) identificação de fatores de vulnerabilidade que podem dificultar o trabalhar nos problemas; (6) estabelecimento de um plano de tratamento e calendarização das sessões, pois a grande missão do terapeuta cognitivo é ir passando para as mãos do paciente o controlo do processo terapêutico de modo a que ele vá percebendo se está melhor ou pior, as suas ideias automáticas e as suas distorções e que possa avaliar-se a ele próprio, através de todos os trabalhos para casa, das grelhas e dos diários. O terapeuta implica o utente no processo terapêutico, como sendo ela a gerir a sua própria mudança (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clarck, 1997).

As técnicas cognitivas propriamente ditas incluem o esclarecimento do significado idiossincrático das palavras do paciente; questionar as provas que sustentam determinadas crenças; reatribuição de responsabilidades; ligação lógica entre eventos-pensamentos-emoções; examinar opções e alternativas; consequências fantasiadas (imagens, pensamentos, emoções); exame de vantagens e desvantagens; transformar adversidade em oportunidade; associação guiada (guiar o paciente numa associação de ideias, imagens e eventos, identificando os pensamentos automáticos inerentes); uso do exagero ou do paradoxo; construção de escalas mentais para sentimentos, crenças; treino de interrupção de pensamentos (campinha, travão, desvio); distração para episódios de ansiedade aguda; disputa (contra-argumentação

direta); rotular ou legendar as distorções cognitivas; leituras como trabalho para casa (Young, 2003).

Um dos objetivos da TCC é corrigir as distorções cognitivas que geram problemas ao sujeito e fazer com que este desenvolva meios que sejam eficazes para os enfrentar, utilizam técnicas cognitivas que procuram identificar os pensamentos automáticos, testá-los e substituir as distorções cognitivas. As técnicas comportamentais são aplicadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com a perturbação em questão. Atualmente dispõe-se de uma ampla gama de tratamentos para os mais diversos problemas psiquiátricos tais como a ansiedade, depressão, disfunções sexuais, distúrbios obsessivos-compulsivos e alimentares (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clarck, 1997).

### **Depressão e Perturbações da Personalidade**

São várias as perturbações mentais com que o psicólogo clínico lida ao longo da sua prática profissional, desvios ao funcionamento psicológico dito normal, que causam um mal-estar significativo e um declínio no funcionamento psicossocial (Gleitman, Fridlund, & Reisber, 2007).

Apesar da grande diversidade de perturbações, debruçar-nos-emos sobre a depressão pela incidência que apresenta no contexto em que estagiámos. As Perturbações do Humor (APA, 2002), podem ser classificadas em perturbações unipolares – perturbação depressiva major, perturbação distímica, e em perturbações bipolares – perturbações bipolares I e II, perturbação ciclotímica.

Segundo Cardoso (2011) a depressão caracteriza-se por um humor deprimido, falta de motivação, dificuldades em sentir prazer em atividades normais, com tendência a diminuir a autoestima, apesar de poder variar de pessoa para pessoa quanto à severidade, tipo, duração, persistência e o número de sintomas característicos da mesma.

Numa outra linha teórica, Coimbra de Matos (2007) considera a depressão como uma estrutura assente entre o neurótico e o psicótico, deparando-se a hermetica desta perturbação na perda de uma boa relação com o objeto de amor, ou seja à mãe ou seu substituto. Para o autor a pessoa depressiva teve uma vivência deficiente nas suas relações passadas, e por isso ao invés de fazer o seu luto, criou depressões, daí que, recorda as relações passadas como inacabadas, fracassadas, podendo originar raiva e consternação, em vez de manter uma recordação saudável.

Ao definirmos o quadro clínico da depressão utilizando a abordagem teórica proposta por Aaron Beck, há que ter em conta a Terapia Cognitiva como princípio básico da afirmação de que as nossas crenças determinam o modo como nos sentimos. Os nossos pensamentos têm a capacidade de influenciar as nossas emoções e também de serem influenciados por elas. Este conceito implica uma visão particular do ser humano (Beck, Freeman, & Davis, 2004).

Segundo o DSM IV-TR (2002) o diagnóstico da depressão pressupõe um grupo de sintomas psíquicos, tais como o humor depressivo, a tristeza, a auto-desvalorização, sentimentos de culpa bem como um declive na competência de sentir prazer na maioria das atividades que outrora as via como agradáveis, fadiga, lentidão na execução de tarefas que antes eram rápidas, diminuição do pensamento, dificuldade de concentração e de tomar decisões; como sintomas fisiológicos temos as alterações do sono e apetite e interesse sexual diminui; nas evidências comportamentais temos a retração social, crises de choro, suicídio, atraso psicomotor, melancolia e características psicóticas. Para os autores (2004) a depressão é provocada por visões negativas irrealistas e que os indivíduos com esta sintomatologia têm uma cognição negativa em três áreas: tríade cognitiva (elas mesmas, o mundo e seu futuro), esquema (padrão cognitivo estável que orienta o processamento de informação) e erros de processamento de informação.

Para este relatório em questão iremos analisar mais de perto a perturbação depressiva major (PDM), tendo como critérios dois ou mais episódios depressivos major com um intervalo maior ou igual a 2 meses consecutivos, caracterizados por pelo menos 2 semanas consecutivas de 5 ou mais sintomas: (1) humor depressivo (sente-se sem esperança, triste, vazio ou parece choroso); (2) anedonia (perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas); (3) indecisão (diminuição do pensamento ou concentração); (4) sono alterado (insónia, a mais comum ou hipersónia); (5) culpa excessiva e inapropriada ou sentimentos de desvalorização; (6) apetite alterado ou peso alterado significativamente (superior a 5% num mês e nas crianças quando não atingem os aumentos esperados de peso); (7) agitação/lentificação psicomotora (observável por terceiros e não apenas auto-relato subjetivo); (8) perda de energia ou fadiga; (9) pensamento recorrente acerca da morte, ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (pensamentos transitórios de um a dois minutos, mas recorrentes: uma a duas vezes semana sobre suicídio; crença de que os outros estariam melhor se a pessoa estivesse morta; desejo de desistir perante obstáculos insuperáveis; desejo de terminar com um estado emocional muito penoso). Os sintomas persistem a maior parte do dia, quase todos os dias; originam um mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou outra área importante; os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de substância ou estado físico geral; não são melhor explicados por perturbação esquizoafectiva e não se sobrepõem a uma esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbação psicótica sem outra especificação; não são melhor explicados por luto, porque persistem por mais de dois meses após morte de ente querido; sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos (a menos que induzidos por substâncias ou tratamento ou provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral) (APA, 2002).

Segundo a literatura, a PDM é um problema que afeta duas vezes mais as mulheres que homens, sendo os 40 anos a idade média de ocorrência; metade dos indivíduos acometidos tem entre 20 e 50 anos. As pessoas sem relacionamentos pessoais íntimos têm maior risco e a genética desempenha um papel importante, de acordo com estudos familiares. O curso da depressão major é a cronicidade e a propensão para recaídas: em 25% dos casos a recaída ocorre nos 6 meses após hospitalização e em 50 a 75% dos casos dentro de 5 anos (Wilkinson, Moore, & Moore, 2005).

Segundo os autores (2005) a PDM deve ser distinguida da perturbação bipolar I pela presença de episódios maníacos ou mistos; da perturbação bipolar II pela presença de episódios hipomaníacos, sem maníacos; e da perturbação distímica em função da gravidade, cronicidade e persistência do humor depressivo (mais de metade dos dias, por um período igual ou superior a 2 anos) e dos sintomas depressivos crónicos, menos intensos, presentes durante anos. A perturbação depressiva major com características psicóticas distingue-se da perturbação esquizoafectiva pela existência de ideias delirantes ou alucinações, por um período igual ou superior a duas semanas, que ocorrem na ausência de sintomas proeminentes de humor. É muito importante recolher a história completa do sujeito e história familiar de perturbações de humor.

A terapia proposta por Beck é estruturada, direta e com um *timing* limitado, usada no tratamento de perturbações psicológicas, dando relevo à forma como a pessoa organiza o mundo. O autor desenvolveu um tratamento para a depressão baseado no auxílio ao paciente para solucionar os seus problemas atuais, mudar os seus comportamentos disfuncionais e responder de forma adaptativa aos seus pensamentos disfuncionais. Estas técnicas destinam-se a identificar, testar no real e corrigir conceituações deturpadas e crenças disfuncionais (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

Relativamente às perturbações da personalidade (PP), caracterizam-se pela maneira inflexível de pensar sobre si mesmo ou sobre o ambiente, o que provoca

dificuldades sociais ou ocupacionais. Os indivíduos normalmente não têm consciência de que os seus padrões de comportamento são inadequados. As PP podem aparecer pela primeira vez na infância e adolescência sob a forma de solidão, fraco relacionamento com os pares e baixo rendimento escolar. São diagnosticadas com uma frequência superior nos homens, nos quais pode causar maior comprometimento, existindo maior prevalência entre parentes de indivíduos com esquizofrenia ou perturbação da personalidade esquizotípica. Quando o terapeuta interage com este tipo de pacientes deve empregar uma abordagem técnica, respeitar as suas necessidades e não invadir a sua privacidade (Beck, Freeman, & Davis, 2004).

As alterações da personalidade caracterizam-se por padrões de percepção, de reação e de relação que são relativamente fixos, inflexíveis e socialmente desadaptados, incluindo uma variedade de situações (Weiner & Greene, 2008).

Cada um tem padrões característicos de percepção e de relação com outras pessoas e situações (traços pessoais). Ou seja, tendendo a confrontar-se com situações stressantes com um estilo individual, mas repetitivo. Por exemplo, algumas pessoas tendem a responder sempre a uma situação problemática procurando a ajuda de outros. Outras assumem sempre que podem lidar com os problemas por si próprias. Algumas pessoas minimizam os problemas, outras exageram-nos. Ainda que as pessoas tendam a responder sempre do mesmo modo a uma situação difícil, a maioria é propensa a tentar outro caminho se a primeira resposta for ineficaz. Em contraste, as pessoas com alterações da personalidade são tão rígidas que não se podem adaptar à realidade, o que debilita a sua capacidade operacional. Os seus padrões desadaptados de pensamento e de comportamento tornam-se evidentes no início da idade adulta, frequentemente antes, e tendem a durar toda a vida. São pessoas propensas a ter problemas nas suas relações sociais e interpessoais e no trabalho. Segundo a autora, o sujeito com alterações da personalidade não tem, normalmente, consciência de que o seu comportamento ou os seus padrões de pensamento são desadequados, pelo

contrário, muitas vezes pensa que os seus padrões são normais e corretos, podendo causar problemas a si próprias (Castillo, 2004).

As PP estão reunidas em três grupos baseados em semelhanças descritivas. O grupo A inclui as perturbações esquizoide, esquizotípica e paranoide. As pessoas parecem bizarras ou excêntricas. O grupo B abarca a perturbação histriónica, narcísica, anti-social e borderline. Os sujeitos aparentam ser dramáticos, emocionais ou inconstantes. O grupo C inclui a perturbação obsessiva-compulsiva, evitante, dependente. As pessoas parecem ansiosas e medrosas (APA, 2002).

A intervenção terapêutica oferece às pessoas com PP uma ajuda que permite descobrir, compreender, aceitar e modificar esses aspetos de sua personalidade que resultam em imagens distorcidas de si mesmo e distúrbios nas relações interpessoais em várias áreas de sua vida (Castillo, 2004).

Apesar deste tipo de patologias poder exigir um tratamento farmacológico, como complemento, é fundamental a existência de uma relação terapêutica segura e eficaz de forma a ajudar a pessoa no conhecimento sobre a sua doença, como o afeta e promover as alterações que lhe permitirão obter a melhor adaptação das emoções, dos comportamentos impulsivos, dos padrões de pensamento e dos relacionamentos (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clarck, 1997).

O processo terapêutico tem impacto na pessoa a várias dimensões, pois todos funcionamos a quatro níveis: comportamental, cognitivo, afetivo e relacional, havendo também a considerar o social e o espiritual. Como funcionamos a vários níveis, se o tratamento incidir numa determinada dimensão é de esperar que se produzam resultados nas outras dimensões. A dimensão afetiva envolve as emoções da pessoa, pelo que a pessoa tem que vivenciar, exprimir e experienciar as emoções dentro do espaço terapêutico, devendo existir confiança, respeito e aceitação emocional da pessoa tal como ela é e tentar distanciá-la das fontes de ansiedade, nem que seja durante o tempo / espaço da consulta (Castillo, 2004).



Também a experiência emocional corretiva é muito importante, pois permite à pessoa vivenciar as suas dinâmicas afetivas e corrigir-se com a ajuda do terapeuta. A dimensão cognitiva envolve a aquisição de conhecimentos sobre si próprio, os outros e os problemas em questão; ao mexer nesta dimensão, o terapeuta pretende modificar a forma de pensar da pessoa e incentivar a aprendizagem de novas formas de pensar, agir, sentir e as mudanças de percepção, significação e representação das coisas, pelo que trabalha a aferição da realidade, o processamento/percepção da informação. A dimensão comportamental visa a eliminação do comportamento problema, pelo que se deve promover a mudança de padrões de comportamento e interação, isto é, experimentar novos comportamentos e aplicá-los na prática quotidiana. A dimensão relacional visa reparar os problemas da relação primária e de vinculação afetiva, reviver e modificar padrões relacionais e experimentar novos padrões de interação, pelo que podemos trabalhá-la diretamente ou trabalhar as outras dimensões e esperar que esta mude (Beck, Freeman, & Davis, 2004).

Segundo o modelo cognitivo-comportamental, a patologia surge devido à desadaptação de comportamentos de aprendizagem, pelo que a proposta desta teoria é de que tudo se pode alterar, pois não está pré-determinado nos primeiros anos de vida. A TCC é estruturada e orientada ao momento presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais do sujeito. Neste tipo de terapia, o paciente e o profissional trabalham de forma colaborativa, como uma dupla. De acordo com este modelo, os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados, pelo que os mesmos podem ser melhorados através da modificação do pensamento e das crenças disfuncionais (Cordioli & Knapp, 2008).

## A Ética e Deontologia em Psicologia Clínica

A ética e deontologia têm sido seguidas pela difusão de textos e o desenvolvimento de códigos de conduta que abarcam todas as áreas científicas, sendo que a psicologia não é exceção (Frances & Ross 2004).

O psicólogo clínico deverá ter sempre como foco de atenção, três aspetos: a ética enquanto princípio moral, a deontologia no contexto de regras e deveres profissionais e a legislação vigente que poderá influenciar a atividade do psicólogo (Pedinielli, 1999).

Olhando para a *práxis* da psicologia clínica, torna-se fundamental a reflexão sobre alguns direitos fundamentais e sobre a forma como se tratam socialmente os doentes. Em termos teóricos, o psicólogo clínico não deixa de se interessar pela origem individual do sentimento moral e da ética pessoal. O aspeto legislativo é essencial, pois ao estar intimamente ligado ao seu teor possibilita evitar erros que poderiam ser prejudiciais tanto ao paciente como ao psicólogo (Alonso, 2006).

Sendo assim, em Portugal, o código ético e deontológico foi criado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), de acordo com a Lei nº 57/2008, de 4 de Setembro. Neste aspeto, os psicólogos clínicos regulam-se pelos seguintes princípios gerais: (a) atuar com independência e isenção profissional; (b) prestigiar e dignificar a profissão; (c) colocar a sua capacidade ao serviço do interesse público; (d) empenhar-se no estabelecimento de uma dinâmica de cooperação social com o objetivo de melhorar o bem-estar individual e coletivo; (e) defender e fazer defender o sigilo profissional; (f) exigir aos seus membros e colaboradores o respeito pela confidencialidade; (g) utilizar os instrumentos científicos adequados ao rigor exigido na prática da sua profissão; (h) conhecer e agir com respeito pelos preceitos legais e regulamentares; (i) respeitar as normas de incompatibilidade que decorram da lei. Estes princípios gerais pretendem orientar e haurir os profissionais para uma atuação centrada nos ideais da intervenção psicológica, que compreende o respeito pela dignidade e direitos da pessoa,

competência, responsabilidade, integridade, beneficência e não maleficência. À luz, do Regulamento nº 258/2011, de 20 de Abril, os psicólogos deverão honrar os subsequentes princípios específicos: consentimento informado, privacidade e confidencialidade, relações profissionais, avaliação psicológica, prática e intervenção psicológica, ensino, formação e supervisão psicológicas, investigação e declarações públicas (OPP, 2011).

A ética tem como função orientar os psicólogos para padrões profissionais elevados, pelo que devem respeitar alguns deveres gerais: (a) abster-se de sancionar documentos ou de fazer declarações que indevidamente resultem em favorecimento próprio ou de outrem; (b) evitar a adulteração da interpretação do conteúdo explícito ou implícito, de documentos de apoio técnico ao exercício da profissão, com intuito de lograr a boa-fé de outrem; (c) defender os princípios da ética da profissão, rejeitando colaborar ou participar em qualquer serviço ou empreendimento que julgue ferir esses princípios; (d) exercer a sua atividade em áreas dentro da psicologia para as quais tenha recebido formação específica; (e) recusar quaisquer intromissões no exercício da sua atividade que ponham em causa aspetos técnico-científicos ou éticos do exercício profissional, sejam quais forem as suas funções e dependências hierárquicas ou o local onde exerce a sua atividade; (f) abster-se de utilizar materiais específicos da profissão para os quais não tenha recebido formação, que saiba desatualizados ou que sejam desadequados ao contexto de aplicação (idem, 2011).

No ínterim, verifica-se que as exigências da ética profissional assentam sobre qualidades e valores que resultam da responsabilidade, seriedade, legitimidade e sentido de justiça. Assim sendo, esta é guiada por três princípios fundamentais: (1) o princípio do altruísmo segundo o qual qualquer atividade profissional está orientada para conseguir um fim ou bem constitutivo e proporcionar um serviço competente e responsável ao cliente; (2) o princípio do respeito pela pessoa, no que se refere à sua dignidade, direitos e ao consentimento; (3) e o princípio da justiça segundo o qual tanto

o profissional como o cliente estão num contexto social em que as prioridades e os recursos devem ser determinados e distribuídos de uma forma justa (Reimão, 2008).

### **Objetivos do Estágio**

O estágio académico é parte integrante do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica, como complemento do ensino e da aprendizagem prática, que visa proporcionar ao futuro psicólogo clínico desenvolver os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, num processo dinâmico interpessoal sob supervisão direta de um orientador de estágio.

Num estágio é esperado que o estagiário adquira conhecimentos, aptidões, competências e atitudes, desenvolvendo atividades na área da promoção e prevenção da saúde, na consulta individual e de reabilitação bem como na área da formação (Trindade & Teixeira, 2000).

Face ao exposto, pretendeu-se com este estágio que decorreu entre outubro de 2012 a maio de 2013:

- Observar e dinamizar grupos terapêuticos de utentes em longo internamento;
- Acompanhar individualmente utentes de longo internamento;
- Intervir individualmente com utentes da unidade de curto internamento;
- Dinamizar atividades de carácter terapêutico na unidade de reabilitação psicossocial e na residência de utentes na comunidade;
- Participar em reuniões de equipa multidisciplinar.

### **Método**

#### **Participantes**

Com o intuito de proteger a identidade e a confidencialidade de todos os participantes envolvidos neste estágio, os pacientes são referidos por nomes fictícios.

### Unidade 1

Nesta Unidade, vocacionada à Psicogeriatría, foram realizadas semanalmente, dinâmicas de grupo, no sentido de estimular as capacidades cognitivas das pacientes no sentido de se manterem ativas a médio e longo prazo.

O grupo foi composto por 12 utentes, com idades compreendidas entre os 64 e os 90 anos, com perturbações demenciais.

### Unidade 2

Nesta unidade, destinada a pacientes com doença psiquiátrica em estado agudo, em regime de curto internamento, foi desenvolvido o trabalho de acompanhamento psicológico a seis utentes, em que se pretendeu intervir nas áreas-problema das mesmas, que afetaram o seu encaminhamento para o internamento. Trabalhou-se ao nível da sintomatologia evidenciada, tendo em linha de conta os diagnósticos elaborados anteriormente, e como modelo de referência a abordagem cognitivo-comportamental.

**Tabela 1. Caso 1 – Informação sobre as sessões**

<b>Caso 1</b>	<b>Ana</b>
<b>Idade</b>	54 Anos
<b>Escolaridade</b>	6º Ano de Escolaridade
<b>Profissão</b>	Costureira
<b>Base Familiar</b>	- Divorciada - Vive sozinha - Tem um filho, uma filha e duas netas - Humor deprimido
<b>Motivo do internamento</b>	- Ideação suicida - Tonturas
<b>Antecedentes clínicos</b>	Sem internamento psiquiátrico prévio
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	Perturbação da Ansiedade
<b>Hipótese de diagnóstico</b>	Perturbação da Ansiedade. Agorafobia - Terapia Farmacológica
<b>Terapêutica atual</b>	- Consultas de Psiquiatria - Atividades Ocupacionais
<b>Nº de Sessões de Psicologia</b>	- Seis
<b>Objetivos terapêuticos</b>	- Diminuir os sintomas mórbidos para a utente readquirir a indispensável sensação de segurança - Desenvolver estratégias para lidar com conflitos íntimos

**Tabela 2. Caso 2 – Informação sobre as sessões**

<b>Caso 2</b>	<b>Justina</b>
<b>Idade</b>	76 Anos
<b>Escolaridade</b>	Licenciada
<b>Profissão</b>	Enfermeira – Reformada
	- Casada
<b>Base Familiar</b>	- Tem um filho e dois netos
	- Boa relação familiar
<b>Motivo do internamento</b>	- Perturbação Depressiva Recorrente
	- Sem internamento psiquiátrico prévio
<b>Antecedentes clínicos</b>	- Aterosclerose
	- Cancro da mama
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	- Perturbação Depressiva Major
<b>Hipótese de diagnóstico</b>	- Episódio Depressivo Major
	- Terapia Farmacológica
<b>Terapêutica atual</b>	- Consultas de Psiquiatria
	- Atividades Ocupacionais
<b>Nº de Sessões de Psicologia</b>	- Quatro
	- Desenvolver padrões cognitivos e crenças saudáveis sobre si e do mundo que levem ao alívio de sintomas e ajudem a prevenir a recaída de sintomas depressivos
<b>Objetivos terapêuticos</b>	- Reconhecer, aceitar e lidar com sentimentos depressivos

**Tabela 3. Caso 3 – Informação sobre as sessões**

<b>Caso 3</b>	<b>Teresa</b>
<b>Idade</b>	49 Anos
<b>Escolaridade</b>	Licenciatura
<b>Profissão</b>	Comerciante
	- Divorciada
	- Tem um filho que vive em Londres
<b>Base Familiar</b>	- Relação próxima com uma irmã
	- Mãe faleceu em Março de 2012
	- Boa relação familiar
<b>Motivo do internamento</b>	- Episódio Depressivo Major
	- Baixo Peso
<b>Antecedentes clínicos</b>	- Sem Internamento psiquiátrico prévio
	- Anorexia
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	- Perturbação Depressiva Major
	- Anorexia
<b>Hipótese de diagnóstico</b>	- Episódio Depressivo Major
	- Perturbação Dependente da Personalidade
	- Anorexia
<b>Terapêutica atual</b>	- Terapia Farmacológica
	- Consultas de Psiquiatria
	- Atividades Ocupacionais
<b>Nº de Sessões de Psicologia</b>	Seis
	- Reconhecer, aceitar e lidar com sentimentos depressivos
	- Resolver as perdas sofridas, começar a renovar velhas relações e iniciar novos contatos
<b>Objetivos terapêuticos</b>	- Desenvolver padrões cognitivos e crenças saudáveis sobre si que levem à melhoria do comportamento alimentar
	- Desenvolver estratégias para se tornar mais independente

**Tabela 4. Caso 4 – Informação sobre as sessões**

<b>Caso 4</b>	<b>Isabel</b>
<b>Idade</b>	48 Anos
<b>Escolaridade</b>	12º Ano de Escolaridade
<b>Profissão</b>	Funcionária Pública
<b>Base Familiar</b>	- Divorciada
<b>Motivo do internamento</b>	- Tem uma filha
<b>Antecedentes clínicos</b>	- Vive sozinha longe da filha
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	- Episódio Depressivo Major
<b>Hipótese de diagnóstico</b>	- Tentativa recorrente de suicídio
<b>Terapêutica atual</b>	Um internamento psiquiátrico prévio
<b>Nº de Sessões de Psicologia</b>	Perturbação Depressiva Major
<b>Objetivos terapêuticos</b>	Episódio Depressivo Major
	- Terapia Farmacológica
	- Consultas de Psiquiatria
	- Atividades Ocupacionais
	Oito
	- Desenvolver padrões cognitivos e crenças saudáveis sobre si e do mundo que levem ao alívio de sintomas e ajudem a prevenir a recaída de sintomas depressivos
	- Desenvolver estratégias alternativas para lidar com as dificuldades face às limitações físicas
	- Treinar estratégias para lidar com a nova etapa da sua vida

**Tabela 5. Caso 5 – Informação sobre as sessões**

<b>Caso 5</b>	<b>Élia</b>
<b>Idade</b>	41 Anos
<b>Escolaridade</b>	Licenciatura
<b>Profissão</b>	Secretária de Administração
<b>Base Familiar</b>	- Divorciada
<b>Motivo do internamento</b>	- Relação atribulada com a mãe
<b>Antecedentes clínicos</b>	- Tem um filho
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	- Episódio Depressivo Major
<b>Hipótese de diagnóstico</b>	- Tentativa de suicídio
<b>Terapêutica atual</b>	Um internamento psiquiátrico prévio
<b>Nº de Sessões de Psicologia</b>	Perturbação Depressiva Major
<b>Objetivos terapêuticos</b>	Episódio Depressivo Major
	- Terapia Farmacológica
	- Consultas de Psiquiatria
	- Atividades Ocupacionais
	Dezoito
	- Desenvolver estratégias para se tornar mais independente
	- Reconhecer, aceitar e lidar com sentimentos depressivos
	- Desenvolver padrões cognitivos e crenças saudáveis sobre si e do mundo que levem ao alívio de sintomas e ajudem a prevenir a recaída de sintomas depressivos

**Tabela 6. Caso 6 – Informação sobre as sessões**

<b>Caso 6</b>	<b>Luísa</b>
<b>Idade</b>	62 Anos
<b>Escolaridade</b>	12º Ano de Escolaridade
<b>Profissão</b>	Administrativa
<b>Base Familiar</b>	- Casada - Relação atribulada com o marido - Tem duas filhas e duas netas
<b>Motivo do internamento</b>	- Episódio Depressivo Major
<b>Antecedentes clínicos</b>	Sem internamento psiquiátrico prévio
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	Perturbação Depressiva Major
<b>Hipótese de diagnóstico</b>	Episódio Depressivo Major
<b>Terapêutica atual</b>	- Terapia Farmacológica - Consultas de Psiquiatria - Atividades Ocupacionais
<b>Nº de Sessões de Psicologia</b>	Dez
<b>Objetivos terapêuticos</b>	- Desenvolver estratégias para se tornar mais independente - Reconhecer, aceitar e lidar com sentimentos depressivos - Desenvolver estratégias alternativas para lidar com as dificuldades face às limitações físicas

### **Unidade 3**

Unidade de longo internamento para utentes com perturbações de evolução prolongada, desenvolveram-se dinâmicas de grupo com o intuito de treinar competências de intervenção em grupo, estimular capacidades cognitivas e a comunicação, no sentido de promover a partilha das suas emoções. O grupo era composto por 10 utentes, com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos, diagnosticados com perturbações do humor e perturbações psicóticas.

### **Unidade 4**

As utentes desta unidade padecem de grande dificuldade psicomotora, manifestando uma elevada degradação a nível cognitivo. Grupo composto por 6 utentes com idades compreendidas entre os 39 e 75 anos, organizou-se uma atividade que, de alguma forma, estimulasse as funções cognitivas e psicomotoras.

### **Residência Externa**

São 5 as utentes que habitam nesta residência, que se situa num espaço externo à Clínica, com idades entre os 45 e 55 anos. As reuniões terapêuticas com este grupo, em que todas as utentes participaram, tiveram como objetivo primário, dar continuidade



ao projeto de desinstitucionalização e reinserção comunitária das utentes para que possam ganhar competências sociais e cognitivas no sentido de alcançarem uma melhor qualidade de vida. Deste modo, o trabalho efetuado, visa promover a autonomia e funcionalidade das utentes com doença mental de evolução prolongada e clinicamente estabilizadas.

### **Procedimentos**

Este estágio iniciou-se com a integração na Instituição, quando a estagiária foi convidada pela orientadora de estágio a conhecer as instalações, e muitos dos colaboradores da mesma.

Posteriormente, participei em algumas atividades, das quais viria posteriormente a ser responsável tanto pelo planeamento como pela dinamização. Tive ainda a oportunidade de acompanhar as consultas da orientadora de estágio, em regime de observação.

Na última fase do estágio, e por conseguinte de maior duração, fiquei incumbida por diversas atividades, tendo sido em primeira instância apresentada aos utentes, dando continuidade às reuniões.

Em conjunto com estas tarefas, fiquei responsável pelo acompanhamento individual a utentes da Unidade 2 em regime de curto internamento, sempre com supervisão semanal da orientadora.

### **Cronograma**

O cronograma de todas as atividades efetuadas encontra-se no Anexo A, com o título Diário de Estágio.

### **Outras atividades desenvolvidas**

Ocorreram outras atividades igualmente importantes durante a realização do estágio.

Em conjunto com a Professora Eriko Sug, da Universidade de Psicologia de Tóquio, foi realizada uma investigação com o tema "O mecanismo de defesa psicológica

contra o desespero em Portugal em comparação com o Japão”. O objetivo foi o de investigar o mecanismo de defesa psicológica em Portugal, em comparação com o Japão, através da análise da estrutura de fatores terapêuticos em pacientes psiquiátricos e em pessoas que têm ligação a estes pacientes. Este trabalho foi publicado em formato de *poster* e apresentado no XXI Congresso Mundial sobre Psiquiatria Social, 29 de Junho a 2 de Julho de 2013 em Lisboa (ver anexo B).

Ainda no âmbito das atividades do estágio, participei no IV Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente “Neuropsicologia e desenvolvimento” apresentando um *poster*, focado no consumo de cannabis entre os alunos do secundário que teve como objetivo informar sobre uma das atividades desenvolvidas num estágio em contexto de clínica privada, bem como publicitar os estágios existentes na Universidade Lusíada de Lisboa, no âmbito do mestrado em psicologia clínica (ver anexo C).

### **Instrumentos**

Na prática clínica da Psicologia, utilizam-se várias técnicas auxiliares à recolha de dados sobre o sujeito.

Assim, ao longo das sessões foram utilizadas a entrevista clínica, o exame do estado mental e a avaliação psicológica através de três provas psicológicas.

#### **Entrevista Clínica**

A entrevista consiste num método de recolha de informação através da conversa ou questões colocadas diretamente, sendo que a maioria da informação recolhida através da mesma, dificilmente poderá ser conseguida de outra maneira. A entrevista é um processo gradual que envolve várias fases (McIntyre, 1998).

Segundo Isabel Leal (2010), a entrevista é um instrumento preliminar de relação social que tem por objetivo conhecer melhor uma pessoa, um tema ou um assunto, tratando-se assim de um processo de obtenção de informação.

Permite obter informações sobre o sofrimento do sujeito, as suas dificuldades de vida, os acontecimentos vividos, a sua história, a maneira como ele gere as suas relações com os outros, a sua vida íntima, os seus sonhos, os seus fantasmas. Independentemente do tipo de entrevista que se está a realizar, existem técnicas para se obter informação (idem, 2010).

Será, portanto, um instrumento imprescindível e único quando se quer compreender o sujeito na sua especificidade e patentear o contexto em que surgem as suas dificuldades. Apesar de cada entrevista ser única, assim como cada relação, esta situa-se num contexto de ajuda ou cuidados psicológicos; de diagnóstico ou avaliação psicológica; ou de investigação clínica (Pedinielli, 1999).

Para se compreender melhor o sujeito, o psicólogo deverá conduzir a entrevista clínica apoiada em diversas técnicas. Estas representam os aspetos mais estáveis da entrevista clínica, e isto, quaisquer que sejam as modalidades e as condições da entrevista. No entanto deverá ter-se em conta que a mesma tem tempos próprios, paragens, retrocessos e silêncios (Leal, 2010).

A entrevista utilizada nas intervenções, durante o período de estágio, foi a não diretiva, centrada na pessoa, por isso o clínico não orienta o discurso do paciente, mas sim o sujeito que fala livremente de si próprio, controlando e conduzindo o seu discurso como entender. À partida, não tem guião, implica o respeito absoluto pela própria visão do entrevistado. Não é objeto de manipulação, o entrevistado é capaz de expor os seus próprios problemas, e a ele cabe encontrar solução. As intervenções do clínico limitam-se a meras exclamações, para ajudar o entrevistado a continuar a falar. São mais recomendadas para estudos exploratórios, são mais vocacionados para assuntos de foro psicológico (Pedinielli, 1999).

O clínico fornece uma instrução, faz uma pergunta ou abrange um tema dando, depois, espaço ao sujeito para falar. O clínico poderá analisar este tipo de entrevista em

função do teor patente, bem como do conteúdo latente, representações e significados por vezes implícitos associados ao discurso (idem, 1999).

O que está subentendido na entrevista não diretiva é mais uma atitude clínica feita de respeito e de escuta benevolente do que uma ausência da palavra (Bénony & Chahraoui, 2002).

Assim, para realizar entrevistas psicológicas é imprescindível a solidez de um quadro teórico, o que permitirá descodificar o que é dito e interagir com os entrevistados de uma forma rica, aprofundada, segura, espontânea e equilibrada. Todas as formas de entrevistar resultam se se souber o que perguntar, quando e como (McIntyre, 1998).

### **Exame do Estado Mental**

Este tipo de exame tem como pedra basilar o comportamento verbal e não-verbal do sujeito, podendo fornecer uma espécie de imagem de como poderá estar o funcionamento da pessoa em questão e naquele momento. Sendo este uma mais-valia para futuras decisões terapêuticas (Daniel & Gurczynksi, 2010).

O primeiro item do exame é concernente à aparência física do sujeito, ou seja, à maneira como o mesmo se encontra vestido e as suas condições de higiene. A sua apresentação, poderá ser adequada, descuidada, exagerada ou bizarra. A postura do paciente, se aparenta a idade real, o contato visual que mantém. Ter em atenção o comportamento, ou seja, como age diante do psicólogo, podendo este avaliar se existem maneirismos, comportamentos artificiais. Respeitante à atividade motora, poder-se-á verificar se existe algum tipo de agitação motora, como movimentos oscilantes constantes, tremores, ou movimentos ou vocalizações involuntárias, tiques, ou então a lentificação psicomotora, como a catatonia - forma extrema de lentificação psicomotora, ou a catalepsia - rigidez de movimentos (idem, 2010).

A nível emocional, poder-se-á procurar alterações no tocante à atitude, humor e afetividade e juízo crítico. Na atitude, alguns pacientes serão ativos e colaboradores, respondendo às perguntas adequadamente. Outros, colocar-se-ão de forma negativista,

ou por ignorarem intencionalmente as perguntas e solicitações do psicólogo, ou por se encontrarem alheios e indiferentes ao que lhes é solicitado (ibidem, 2010).

Em relação ao humor e afeto, corresponderão provavelmente à secção mais difícil e subjetiva do exame do estado mental, pois há que compreender a descrição do estado emocional do indivíduo durante a avaliação. Tal subjetividade decorre nas inúmeras variações encontradas na forma como as emoções e sentimentos são vivenciados e expressos. Denomina-se humor por uma disposição afetiva fundamental, ou seja, à emoção predominante durante a entrevista. O afeto, por outro lado, poder-se-á designar como a totalidade das emoções no momento em questão, bem como a sua relação com o conteúdo do pensamento (Sanches et al., 2005).

Concernente ao juízo crítico avalia-se o grau de *insight* do paciente, ou seja, como este se apresenta em relação ao seu próprio estado mental. Se reconhece que tem um problema e como este o pode afetar. Embora sejam usados frequentemente como sinónimos, há uma discreta diferença entre os dois conceitos acima. Crítica diz respeito à perceção da inadequação ou da gravidade das suas vivências ou de seu comportamento. Noção de doença refere-se à postura que o paciente tem em admitir que tais vivências ou comportamento anormais são decorrentes de uma doença mental (idem, 2005).

A nível cognitivo, cabe ao psicólogo avaliar a orientação, perceção, pensamento, atenção, memória, linguagem e fala e inteligência dos pacientes que acompanha. Chamamos orientação à capacidade de um indivíduo se situar no tempo e no espaço e quanto a si mesmo. Dividindo-se a orientação em autopsíquica, identidade do eu, e alopsíquica, quanto ao mundo externo, subdividida em orientação temporal e orientação espacial. Por perceção depreende-se a capacidade que o sujeito tem de captar, interpretar e interiorizar dados externos oriundos dos sentidos, sendo que havendo alterações de perceção ser indicador de alucinações ou ilusões. Nestas, o paciente vivencia uma representação mental distorcida de um objeto externo presente. Nas

alucinações temos a existência de uma representação mental que é aceite, de forma deturpada, pelo juízo da realidade como proveniente do meio exterior. Dessa forma, a alucinação corresponde, a grosso modo, a uma “percepção sem objeto” (Daniel & Gurczynski, 2010).

O pensamento, na maioria dos casos, é avaliado indiretamente, com base no discurso do paciente. Na velocidade com que as ideias se encadeiam umas nas outras, podendo, o curso, estar lentificado, acelerado ou normal. Podemos, também, perceber a existência de pensamentos ou ideias suicidas, o desejo de morte, planos para o futuro, ou outras. A atenção é a capacidade de direcionar ou focar a percepção em determinados estímulos. No que diz respeito à memória, é a função responsável pela fixação, armazenamento e evocação dos estímulos e vivências. Pelo que no exame do estado mental procura-se avaliar a existência de alterações na fixação do material mnésico. A linguagem é a forma como se comunica e a fala é uma das formas de comunicar, assim, nesta área encontramos perturbações orgânicas como as afasias – incapacidade da utilização total de símbolos verbais, e a disfonias – defeito na fala. Enquanto quadros patológicos podemos encontrar perturbações como o mutismo – inexistência da fala, e a coprolalia – uso abusivo de palavreado inadequado. Há ainda que analisar a inteligência, que será, a capacidade cognitiva mais complexa, considerando-a como um resumo de todas as outras. Neste campo temos como referência em termos patológicos a demência – perda de capacidades intelectuais, ou a oligofrenia – forte limitação das capacidades intelectuais (Sanches et al., 2005).

### **Provas Psicológicas**

Para além das técnicas subjacentes à entrevista clínica e ao exame do estado mental, o psicólogo poderá sentir necessidade de aplicar provas psicológicas ao sujeito, para obter um maior conhecimento do próprio, bem como poder confirmar se as hipóteses de diagnóstico vão ao encontro dos resultados obtidos pelas provas. Assim sendo, passaremos a explicar o funcionamento do Inventário de Depressão – SCL-90-

R, o Inventário da Depressão de Beck – BDI e o Inventário da Ansiedade de Beck – BAI, provas que aplicámos nos diferentes exames psicológicos efetuados.

O Symptom Checklist-90 – Revised (SCL-90-R) de Derogatis (1977, 1983), é um questionário de auto-relato de natureza multidimensional que pretende fazer uma avaliação mais direcionada para os padrões de sintomatologia clínica (Derogatis, 1983; cit. por Soares, 2007). Pretende avaliar a presença de psicopatologia e ou mal-estar psicológico.

A versão portuguesa deste questionário foi elaborada por Baptista (1993), tendo o estudo psicométrico realizado obtido valores elevados de consistência interna, o Alfa de Cronbach variou entre 0.74 e 0.97, e a consistência teste-reteste os coeficientes alfa encontrados foram de 0.78 e de 0.90. Confirmou-se a estrutura dimensional derivada clinicamente e foi demonstrada a sua invariância através do sexo (Derogatis & Cleary, 1977, cit. por Baptista, 1993).

O SCL-90-R é composto por 90 itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos que se referem a diferentes níveis de mal-estar, variando entre 0 (nunca) a 4 (extremamente). O SCL-90-R é cotado e interpretado em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais. As nove dimensões primárias são: Somatização (12 itens), Obsessões Compulsões (10 itens), Sensibilidade Interpessoal (9 itens), Depressão (13 itens), Ansiedade (10 itens), Hostilidade (6 itens), Ansiedade Fóbica (7 itens), Ideação Paranoide (6 itens) e Psicoticismo (10 itens). Para além dos itens incluídos nas escalas acima referidas, existem sete itens adicionais com significância clínica, que não se incluem em nenhuma das dimensões primárias, mas que são tidos em conta no cálculo dos índices globais e podem ajudar a definir o perfil do sujeito. Os três índices globais, são medidas complementares que se relacionam com aspetos do mal-estar psicológico e o estatuto psicopatológico geral, representando aspetos diferentes de psicopatologia. Assim, o Índice Geral de Sintomas (ISG) combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade, o Número de Sintomas

Positivos (NSP) reflete somente o número de sintomas presentes e o Índice de Sintomas Positivos (ISP) é uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes. Vários estudos clínicos e de investigação empírica já publicados fornecem uma boa evidência da sua fidelidade, validade e utilidade ao nível comunitário, médico e psiquiátrico. Quanto às suas características psicométricas, o SCL-90-R apresenta níveis elevados tanto de consistência interna, como de fidelidade teste-reteste (Figueiredo, Fernandes, Martins, & Ramalho 2007).

O Inventário de Avaliação da Depressão de Beck (BDI) é uma escala que foi extensamente estudada e documentada na literatura. Este instrumento foi proposto por Aaron T. Beck e colaboradores, em 1961, para medir a sintomatologia depressiva. Em 1996, desenvolveram a segunda versão do BDI, com o intuito de atualizar a escala, de modo a assemelhar-se aos critérios diagnósticos descritos no DSM-IV (APA, 1994), para o Episódio Depressivo Major. Em termos gerais, a escala corrigida manteve-se semelhante à sua versão original. Apenas quatro questões da versão anterior – perda de peso, distorção da imagem corporal, preocupação somática e inibição para o trabalho – foram substituídos por questões que avaliam sintomas associados com graus mais intensos de depressão – agitação, dificuldade de concentração e perda de energia. A versão original desta escala foi validada por Serra e Abreu (1973) para a população portuguesa numa amostra de doentes psiquiátricos deprimidos sendo avaliada a validade de conteúdo, de constructo, de critério, a sensibilidade à mudança, e a sensibilidade entre populações. A validação Portuguesa da versão mais recente do BDI foi realizada por Coelho e colaboradores em 2002 numa amostra de 775 adolescentes.

O BDI constitui um instrumento de auto-avaliação realizado pelo indivíduo, composto por uma escala do tipo Likert com 21 itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas. Cada item encontra-se organizado numa escala de 3 pontos (0 – inexistente, 3 – grave), sendo a soma total desses itens que vai determinar o resultado final do BDI, correspondendo desta forma, ao grau de severidade da sintomatologia depressiva (total



máximo de 63 pontos). O principal objetivo é mensurar a presença de sintomatologia depressiva, todavia quando aplicado isoladamente, não tem capacidade para realizar um diagnóstico clínico de depressão (McIntyre & McIntyre 1995). Num estudo para testar a sua validade numa amostra portuguesa sem patologia psiquiátrica, foi alcançado um alfa de Cronbach médio de 0,86 o que revela ser um instrumento com grande validade (Figueiredo, Fernandes, Martins, & Ramalho 2007).

A cotação do instrumento, além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: Sem sintomas depressivos: 0-13; Sintomas depressivos leves: 14-19; Sintomas depressivos moderados: 20-28; e Sintomas depressivos graves: pontuação global superior a 29.

Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (Beck, Epstein, Brown, & Sterr, 1988). Este instrumento foi elaborado para dar resposta à necessidade de diferenciar adequadamente a ansiedade da depressão.

É um inventário de auto-resposta composto por 21 itens, em que cada um destes descreve um sintoma típico da ansiedade. O inquirido, é solicitado a objetar o quanto se tem vindo a sentir incomodado por cada um dos sintomas durante a última semana. Estas respostas correspondem a 4 graus de frequência (nunca, ocasionalmente, frequentemente e quase sempre).

Os valores obtidos são analisados de modo a obter-se um resultado total que pode variar entre 0 e 63. A cotação do instrumento, além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: 0-7 grau mínimo de ansiedade; 8-15 ansiedade leve; 16-25 ansiedade moderada; 26-63 ansiedade severa. Este inventário tem boas características psicométricas, de referir que possui uma alta consistência interna, tendo o valor do alfa de Cronbach sido de .90, nos seus estudos de validação.

Durante o período de estágio, como foi referido, tivemos a oportunidade de seguir vários doentes em apoio psicológico, apresentaremos em seguida dois estudos de caso.

### **Estudo de Caso**

No que diz respeito a sessões individuais de psicologia, foram acompanhadas seis utentes, contudo no capítulo que se segue serão alvo de análise dois desses casos pelo facto de se inserirem nos parâmetros mais representativos dos acompanhamentos mantidos ao longo do estágio. As sessões foram realizadas no gabinete médico da Unidade 2, tendo como duração média 50 minutos.

#### **Caso 1 – Élia**

Este caso espelha o acompanhamento psicológico realizado com Élia (nome fictício), desde 27 de fevereiro de 2013 a 02 de maio de 2013, totalizando 18 sessões com a periodicidade de duas sessões por semana.

#### **Motivo do Internamento**

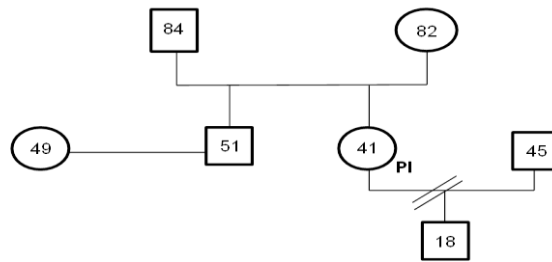
A utente encontrava-se em regime de internamento devido a sintomatologia depressiva e tentativa de suicídio, e por falta de uma rede de suporte social que possa ajudar Élia em momentos mais alterados.

#### **Exame do Estado Mental**

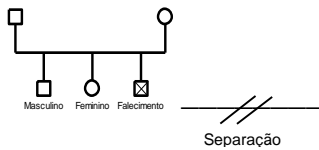
A nível físico aparentava idade inferior à real, que era de 41 anos. Vestuário prático e bem arrumado, mostrando cuidados de higiene aprimorados. Mostrava-se com um semblante triste, mantendo pouco contato visual.

A nível emocional, Élia, apresentava na maioria das vezes humor depressivo, chorava com alguma frequência. Demonstrava ansiedade, com pouca perspetiva de vida.

A nível cognitivo, tinha um discurso lógico e coerente, sem dificuldades de compreensão de conceitos abstratos. Mostrava orientação auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço. Tentativas suicidas no passado e presente.



Legenda



## História Clínica

### Historial

A paciente revelou ter tido uma infância feliz, crescendo no seio de uma família unida. Muito amada e desejada pelo pai, mantendo uma relação muito próxima com o irmão mais velho, mas negada pela mãe, que segundo Élia, nunca a aceitou como filha. Sempre foi muita ativa e participava em várias atividades extracurriculares. Tinha muitos amigos e gostava de cuidar de si, "era vaidosa". A relação com a mãe continuou a piorar e aos 16 anos, veio para Lisboa estudar, ficando em casa do irmão, 10 anos mais velho, casado e sem filhos.

Aos 19 anos, começou a trabalhar numa empresa como secretária de administração. Iniciou uma relação amorosa, foi viver com o namorado e aos 23 anos quando engravidada decidem casar. A utente referiu que tinha um casamento feliz.

A meio da gravidez Élia foi despedida. O marido convence-a a voltarem para o Alentejo, pois acreditava ser o melhor. Ela ao princípio não quer, mas depois acedeu ao pedido do marido. Voltaram para o Alentejo, para casa dos pais dela, onde ficaram até o filho ter quase 1 ano. Ambos desempregados e com dificuldade em arranjar emprego.

Meses mais tarde, Élia, conseguiu emprego em Évora, tornando-se muito cansativo o percurso diário Estremoz/ Évora/Estremoz. Alugam uma casa em Évora, onde o marido arranja também emprego num *stand* de automóveis.

Relata que tudo parecia correr bem, até que um ano mais tarde, o marido começou a ter um comportamento diferente. Começou a chegar de madrugada a casa, e a ser violento com Élia.

Pediu o divórcio ao marido, dando-lhe um mês para ele sair de casa. Durante esse mês ele manifestou um comportamento violento verbalmente, tentando constantemente a agressão física, mas, segundo Élia, conseguiu proteger-se sempre.

Apesar de ter sentido uma profunda tristeza, entregou-se à maternidade e ao emprego. Conta que o facto de ter muitos amigos, permitiu-lhe ultrapassar rapidamente a ausência do cônjuge.

Depois desta situação teve mais duas relações, fracassadas.

Élia começou a manifestar sintomatologia depressiva, nomeadamente em contexto laboral perante situações de aumento de tarefas e carga horária. Ainda assim, não reduzia o ritmo de trabalho pois, segundo a utente, “*o trabalho dava-me prazer e sentia-me realizada*”.

Devido a fortes dores no peito e na cabeça seguindo-se de desmaio, foi internada. Sendo-lhe diagnosticado um possível princípio de esgotamento cerebral. No emprego pediu transferência para um local mais calmo, segundo prescrição médica, o que foi aceite pela entidade patronal.

Iniciou um curso superior, uma nova relação amorosa com um homem nove anos mais novo que Élia. Quando o namorado insistiu para que tivessem um filho, Élia decidiu ser melhor ele seguir a vida com outra pessoa, pois não deseja mais filhos.

Entretanto começou a queixar-se de cansaço excessivo, sem razão aparente, sentindo-se sozinha mesmo quando rodeada por muitas pessoas, manifestando uma tristeza profunda. Começou a isolar-se da família e amigos, sem vontade de sair. As

faltas constantes ao emprego levam-na a uma junta médica, onde foi medicada com antidepressivos e ansiolíticos. Nessa altura, o seu filho foi viver com os pais de Élia para que esta pudesse fazer o tratamento.

Quando a situação parecia controlada, Élia estava a estudar para um exame da faculdade, quando decidiu tomar toda a medicação psiquiátrica com o intuito de terminar com a sua vida. Foi socorrida e internada, estando no hospital 3 meses.

Após esse período, a utente é internada na Clínica Psiquiátrica de São José, começando o acompanhamento multidisciplinar.

### **Resultados da Avaliação Psicológica**

De forma a melhor compreender o funcionamento de Élia, foi aplicado o Inventário de Avaliação da Depressão de Beck (BDI), que forneceu a intensidade da sintomatologia depressiva de 28, que corresponde a sintomas depressivos moderados: 20-28, estando no limite para sintomas depressivos graves: pontuação global superior a 29.

Na aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), que forneceu a intensidade da sintomatologia ansiosa de 45, correspondente a uma ansiedade severa (ver anexo D).

### **Hipótese de Diagnóstico**

Segundo o que foi possível apurar ao longo das sessões de Psicologia, tudo aponta para o seguinte quadro:

**Tabela 7. Caso 5 – Diagnóstico do DSM-IV-TR**

---

<b>Eixo I</b>	<b>300.4 – Perturbação Distímica</b> <b>A. Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos 2 anos</b> <b>B. A presença, enquanto depressivo, de 2 ou mais) sintomas:</b> 1) <b>apetite diminuído ou aumentado;</b> 2) <b>insónia ou hipersónia;</b> 3) <b>fadiga ou pouca energia;</b> 4) <b>baixa auto-estima;</b> 5) <b>dificuldades de concentração ou em tomar decisões</b> 6) <b>sentimentos de falta de esperança</b> <b>E. Nunca existiu um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco</b> <b>G. Os sintomas não são provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de um estado físico geral</b> <b>H. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deterioramento no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante</b>
<b>Eixo II</b>	V71.09 Nenhum
<b>Eixo III</b>	Nenhum
<b>Eixo IV</b>	Nenhum
<b>Eixo V</b>	AGF – 55

---

### **Objetivos Terapêuticos**

Face ao exposto, pretendeu-se durante o acompanhamento psicológico:

- Desenvolver estratégias para se tornar mais independente;
- Reconhecer, aceitar e lidar com a ansiedade, ataques de pânico e com sentimentos depressivos;
- Desenvolver padrões cognitivos e crenças saudáveis sobre si e do mundo que levem ao alívio de sintomas e ajudem a prevenir a recaída de sintomas depressivos.

### **Progressão Terapêutica**

#### **1ª Sessão**

A primeira sessão começou pelo processo de apresentação e funcionamento das consultas de Psicologia.

Após o estabelecimento do *setting* terapêutico, Élia começou por fornecer dados anamnésicos referentes à sua infância. A relação conturbada com a sua mãe que, segundo Élia, nunca gostou dela. Considera-se uma filha indesejada e por isso tornou-se rebelde para poder provocar a mãe e contrariá-la.

Aos 16 anos foi para Lisboa, viver com o irmão (10 anos mais velho), devido ao agravamento da sua relação com a mãe.

Relatou ainda como foi a sua vida “*extraordinária*” em Lisboa. O início da sua vida laboral, até ao início do namoro com o seu ex-marido.

## **2ª Sessão**

Élia continuou a relatar a sua história de vida, o casamento, o nascimento do filho, o ter retornado ao Alentejo e como a sua vida mudou a partir dessa altura. De salientar, que voltou para casa dos seus pais, com o marido e o filho, porque ambos tinham ficado sem emprego.

Quando o filho atingiu os 6 meses de idade, Élia foi trabalhar para Évora. A utente queixava-se de um cansaço extremo devido ao trajeto que fazia todos os dias Estremoz/Évora e vice-versa. Insistia com o marido para arranjam casa em Évora. Alugaram um apartamento na cidade, ele arranjou emprego no ramo automóvel. “*Tudo parecia estar endireitado, eu com trabalho, o meu marido também, o menino num bom infantário*”.

Mas a situação alterou-se quando, segundo a utente, o marido começou a levar um modo de vida diferente do que era costume, chegando a casa de madrugada, “*com uma leviandade... nem queira saber. Chegava às 7 da manhã como se estivesse a chegar a casa às 5 da tarde, e era todos os dias nisto, eu ficava sozinha com o nosso menino e ele não queria saber de nada.*”

Quando lhe foi perguntado o que queria dizer com leviandade, respondeu “*era só namoradas, copos e a chegar a casa sempre de madrugada, só ia a casa para mudar de roupa*”.

Começou então “*a perder o amor por ele*”, devido ao seu comportamento. Não aguentando mais a situação, pediu o divórcio. A utente manifestou o desejo de “*ter um casamento como o dos pais, um casamento para a vida e não aquilo de o ter que partilhar com outras mulheres*”. Assim, deu ao marido um mês “*para arranjar onde dormir e ir embora*”. Durante esse mês ele manifestou um comportamento violento verbalmente, tentando constantemente a agressão física, mas, segundo Élia, conseguiu proteger-se sempre.

Quando ele saiu de casa, relata que sentiu um alívio, apesar da tristeza de ter acabado um casamento que achava que iria durar até morrer. “*Mas como o amor também já tinha ido, recuperei rapidamente.*”

A partir dessa altura, e por sugestão do irmão começou a sair com outras pessoas, arranjando um namorado como forma de passar o tempo. “*Jantávamos em casa de um de nós, depois íamos para os copos, dançávamos imenso, sim porque eu adoro dançar*”...”e pronto fumávamos a nossa erva, mas não era um costume, só muito raramente...” “*mas sabe, quando o meu filho fez os 10 anos eu nunca mais fumei nada para além do tabaco normal, que moral tinha eu de falar sobre as drogas e sexo ao meu filho e depois ele ver-me a fumar daquelas coisas?!*”

Perguntei-lhe pelo filho. Disse que a mãe às vezes pedia-lhe para ele ficar lá uns dias pois tinha saudades do neto, e era só nessa altura que saía pois não tinha o filho com ela. De resto, estava sempre com ele, não o deixava com mais ninguém.

Ao ser questionada pelo paradeiro do pai do filho, respondeu que “*O pai nunca o foi visitar, não queria saber dele.... Só está a tentar reaproximar-se há pouco tempo...*”(Silêncio)”...bem mas eu até entendo, uma vez que estou assim aqui, que ele dê apoio ao Francisco.”

O que sente em relação a isso?

“*Sabe Dr<sup>a</sup> tenho medo que ele me roube o meu menino, e se ele começar a gostar mais do pai e já não me querer na vida dele?*”



Quando lhe perguntei em que fundamentava essa observação, olhou para mim, começou a chorar em silêncio e disse-me “*eu estou mesmo fragilizada, porque o meu filho nunca me deu motivos para pensar isso, ele dá-me tantos carinhos e está sempre a dizer que me ama*”. “*Bem, mas agora o importante é eu ficar bem e não me apetece falar sobre isso para já...*”

A sessão terminou.

### **3ª Sessão**

Retomámos a linha do pós-divórcio. Até então, a utente referiu que era uma pessoa que gostava muito de conviver com os colegas, a partir de Outubro de 2010, em que o trabalho aumentou, começou a afastar-se dos amigos, colegas. Só pensava no trabalho, nas tarefas que tinha que executar. Mesmo quando ia para casa, inclusive durante a noite acordava a pensar no que tinha que fazer no dia seguinte. Assim que o filho ia para a escola, saía de imediato rumo ao emprego para que quando o chefe chegasse, tivesse sempre o trabalho pronto.

Questionada sobre o seu relacionamento com a chefia, disse ter sido sempre uma relação profissional ótima, que nunca teve razão de queixa.

Um dia quando estava a fazer a cama para ir para o trabalho sentiu uma forte dor no peito, começou a tremer muito, suores frios, quase sem conseguir falar, ainda assim conseguiu ligar para o 112 e pediu ajuda dizendo que estava a ter um AVC. Levaram-na para o hospital, desmaiou. A utente salientou que quando acordou deparou-se com o médico a sorrir, quando lhe perguntou porque está a sorrir, este disse-lhe que ela tinha tido um forte ataque de pânico. Quando saiu do hospital foi encaminhada para o médico de família que lhe disse que estava com o início de um esgotamento e que deveria fazer uma cura de sono e depois se veria o que havia a fazer.

Após a cura de sono e apesar de se sentir melhor, começou a ser seguida por um psiquiatra. Ficou de baixa até outubro de 2011. Durante este período houve a

primeira tentativa de suicídio, mas quando se preparava para tomar a medicação a mãe tirou-lha.

No fim de outubro foi a uma junta médica, onde lhe disseram que ela só teria alta se mudasse para outro serviço mais calmo que tinha até então. Élia falou com a administração que acedeu ao seu pedido e foi transferida para a Biblioteca.

Como reagiu à mudança?

*“Gostei, era um local de muita sabedoria, calmo, tranquilo, dava-me bem com os alunos e com os colegas”*. Começou a trabalhar na Biblioteca em novembro de 2011, e em julho de 2012 começou as férias que se prolongaram até setembro de 2012. Este período prolongado deveu-se à acumulação de férias por ter estado de baixa clínica.

Como foram as férias?

*“Muito boas, praia, muita praia, por isso só podiam ser boas, pois adoro praia”, fui até Cabo Verde... Maravilhoso, diverti-me imenso, as pessoas sempre muito queridas, foi uma verdadeira descontração”*.

Como foi o regresso ao trabalho?

*“Lembro-me de acordar de manhã e dizer que chatice, tenho que ir trabalhar e vestir-me com roupa de trabalho”*. Ao chegar ao local de trabalho, como ia muito morena e tinham-lhe feito umas tranças por todo o cabelo, sentiu-se incomodada por causa dos comentários que os que a rodeavam iam tendo. Começou a sentir-se *“como que encurralada, apesar do espaço ser grande, parecia que estava tudo em cima de mim, faltava-me o ar...as vozes faziam-me imensa confusão, comecei a sentir-me muito incomodada, se não saísse dali depressa acho que morria”*, então decidiu sair dizendo que ia fumar, mas em vez disso foi a casa, deitou-se e só regressou ao trabalho passado algumas horas. Quando interrogada onde tinha andado e o que tinha acontecido, tornou a sair para fumar, ficando ausente do serviço por mais uma hora tendo, depois regressado e aconteceu o mesmo, até que decidiu ir para casa porque não aguentava estar na Biblioteca. Segundo Beck e colaboradores (1997) os processos cognitivos

interferem nas respostas afetivas e comportamentais, afirmando que nas perturbações emocionais a informação que o indivíduo recebe do meio é processada de forma distorcida.

Nos dias seguintes continuou a ir trabalhar, mas com o passar do tempo tornou-se mais calada, falando só o indispensável, isolando-se o mais possível das pessoas. Faltava algumas vezes.

Foi chamada à Direção, queriam saber o que se passava com ela e também porque havia muitas queixas dos colegas devido ao seu desempenho laboral e comportamento. Élia disse que não se sentia bem que tudo a perturbava, as vozes das pessoas incomodavam-na muito, que só queria desaparecer. A Direção encaminhou-a para o médico. Ficou de baixa clínica e medicada por um psiquiatra (novembro de 2012).

Nas sessões seguintes foram exploradas as tentativas de suicídio e a relação com a mãe. Coimbra de Matos (2001) afirma que os acontecimentos traumáticos deixam uma ferida psíquica aberta que escoia energia e reinflama em acontecimentos semelhantes, mantendo uma fragilidade em determinados setores da vida emocional e afetiva do paciente.

Iniciámos o processo de reabilitação para ter alta clínica.

### **10ª Sessão**

Élia foi passar o fim de semana a casa, apresentou-se com um semblante muito sorridente, postura confiante. Perguntei-lhe o porquê de tão boa disposição ao qual me respondeu que finalmente tomou decisões sozinha.

*“Quer falar sobre isso?”*

Élia, relatou-me que à última da hora o irmão telefonou a dizer que não a podia ir buscar à clínica para a levar ao autocarro. *“Noutra altura teria ficado de rastos e fechava-me no quarto, mas desta vez decidi que como já tínhamos falado aqui, eu tinha que reagir e ver a melhor solução. Olhe, liguei a familiares meus que moram em Lisboa e uma prima disse que vinha ela.”* Suspiro.

“Fale-me do que sentiu ao tomar essa decisão.”

*“Senti uma mistura de sentimentos, ao princípio fiquei naquela, ok o que faço agora, nem tenho cá a minha psicóloga para me ajudar”. Riu-se. “Mas depois pensei no que temos falado aqui e achei, tens que tomar tu a decisão, e olhe senti-me mesmo bem quando resolvi sozinha este probleminha”.*

Após isso, falámos sobre a importância de tomarmos sozinhos decisões, por muito pequenas que possam parecer. O importante é termos iniciativa para o fazer.

Também houve tempo para relatar como conseguir gerir o facto de estar com a mãe dois dias e sem que houvesse qualquer tipo de quezílias.

Na parte final da sessão elogiei a paciente pelas tomadas de decisão e por mostrar que já consegue gerir situações e sentimentos a nível familiar de modo a que não haja atritos.

### **16ª Sessão**

Os progressos foram visíveis. Começamos a sessão por saber o que já tinha conseguido elaborar em termos de projetos a curto e médio prazo.

Élia disse que já tinha tudo planeado com os tios que moram em Lisboa, para ficar com eles nos primeiros meses. Já tinha contatos de locais onde poderia fazer terapia ocupacional. Falou-se também de como pedir transferência do seu posto de trabalho para Lisboa, bem como da transferência académica para acabar a licenciatura.

### **Resultados da Intervenção efetuada e Conclusões**

A face mais visível da intervenção realizada com Élia prende-se com a diminuição do choro nas consultas, uma vez que ao início chorava constantemente.

Ao longo das sessões, foi deixando a postura defensiva de braços cruzados e pernas cruzadas. Passando para uma postura mais ereta e usando gestos enquanto falava, manifestando um maior à vontade.

Alguns aspetos práticos foram trabalhados com Élia, e que seria desejável que no período da pós-alta mantivesse um processo de autorresponsabilização, em contexto terapêutico.

Um outro aspeto visível na evolução das sessões, prende-se com o facto de Élia tomar iniciativa própria para a mudança, quer a curto, médio e longo prazo.

Havendo ideação suicida, presente com regularidade, mas sem existência efetiva ou de um plano, esta deverá ser acompanhada de perto, uma vez que já houve tentativa de suicídio real.

## **Caso 2 – Luísa**

O caso seguinte reflete o acompanhamento psicológico realizado com Luísa (nome fictício), desde 08 de abril de 2013 a 08 de maio de 2013, totalizando 10 sessões com a periodicidade de duas sessões por semana.

### **Motivo do Internamento**

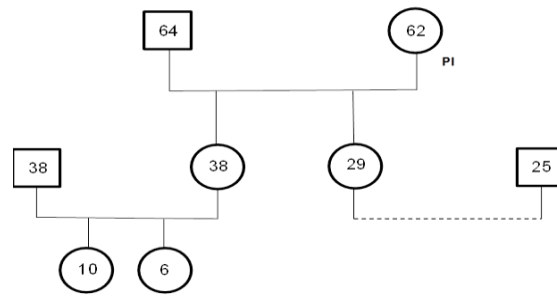
A utente encontrava-se em regime de internamento devido a sintomatologia depressiva e ideação suicida, e por falta de uma rede de suporte social que possa ajudar Luísa em momentos mais alterados.

### **Exame do Estado Mental**

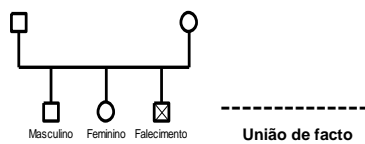
A nível físico aparentava a idade real, 62 anos. Vestuário prático e bem arrumado, mostrando cuidados de higiene aprimorados. Mostrava-se com um semblante triste, mantendo pouco contato visual.

A nível emocional, Luísa, apresentava na maioria das vezes humor depressivo, chorando com frequência. Demonstrava regularmente ansiedade, sem perspetiva de vida.

A nível cognitivo, tinha um discurso lógico e coerente, sem dificuldades de compreensão de conceitos abstratos. Mostrava orientação auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço. Ideação suicida no passado e presente.



#### Legenda



## História Clínica

### Historial

O desenvolvimento emocional de Luísa foi normal, com uma infância feliz. Uma criança amada e desejada pelos pais e que sempre a apoiaram em todos os momentos da sua vida, tratando-os por “*os meus anjos da guarda*”.

Durante a adolescência não houve fatores ou acontecimentos negativos, tendo sido sempre uma pessoa socialmente ativa e a nível académico considerada como uma boa aluna.

Aos 24 anos, após 1 ano de namoro, casou com o seu atual marido, com quem teve duas filhas. Relatou que sempre teve um casamento pacífico, sem discussões.

Em 2008 teve um grave acidente automóvel, conduzido pela própria, ficando em coma provocado pelo acentuado traumatismo craniano. Quando acordou, a equipa médica deu-lhe os parabéns por Luísa ter sobrevivido, pois apresentava um diagnóstico bastante reservado.

Internada alguns meses, devido ao acidente, foi sujeita a uma intervenção cirúrgica à bexiga, e olho direito, ficou com uma paresia direita, impossibilitando-a de

voltar a conduzir. Situação que a deixou muito triste, *“sabe é como se passasse a depender de toda a gente para ir a qualquer lado, eu que ia sempre para todo o lado sem precisar de ninguém, sempre fui muito independente e despachada”*. Tinha que estar sempre acompanhada, pois caía constantemente, não conseguia fazer a lida doméstica, nem cozinhar.

O marido começou a rejeitá-la, negando qualquer tipo de contato sexual, opondo-se a dormir com a utente. *“Ele nem um beijo me dava, nem olhava para mim, olhe que é triste. Eu naquela situação e a pessoa que mais apoio me deveria dar foi a que me virou as costas”*.

Começou a ficar muito triste, um choro frequente, insónias, isolamento social, com muitas palpitações, episódios de falta de ar, ansiedade, conflito conjugal, e consequentemente ideias suicidas.

Com a medicação que lhe foi prescrita, em maio de 2009 retomou o trabalho, no *stand* de automóveis (negócio de família). Luísa é a responsável pela parte administrativa e de contabilidade do negócio.

Nessa ocasião começou a desconfiar que o marido tinha algo a esconder, pois saía com muita frequência justificando essas mesmas saídas como indo ter reuniões com supostos clientes ou então que ia ter com amigos com quem já não estaria a algum tempo. A despesa do telemóvel começou a subir em grande escala e a conta conjunta começa a descer. Luísa quando confrontou o marido para certas irregularidades, este respondeu-lhe que eram negócios. Luísa não acreditando decide investigar e descobriu que ele tinha duas relações extraconjugais.

Luísa ficou *“muito triste”* e *“desesperada”* pela situação em si e devido à forma que a trataram ao telefone.

A utente decidiu pedir ajuda à sua cunhada (irmã do marido), que lha negou, não mostrando qualquer tipo de empatia.

Luísa referiu-se a este episódio dizendo ter sentido raiva e ódio, *“só tinha vontade de acabar com ele porque eu era capaz de o fazer, mas depois desgraçava mais a minha vida, e pior a das minhas queridas filhas e netas, e eu não podia fazer isso”*.

Decidiu contar às filhas, as quais mostraram de imediato estar do lado da mãe. Preferiu ficar em casa do que ir viver com uma das filhas, pois sentiu que se o fizesse era como se estivesse a entregar as suas coisas ao marido adúltero.

A partir dessa altura, só falavam por motivos profissionais. Mas a pressão aumentou quando pessoas externas ao casamento começaram a contar-lhe histórias que se passavam entre o seu marido e outras mulheres. Quando Luísa o confrontava com essas histórias ele confirmava e dizia-lhe que o fazia porque ela lhe metia *“nojo”* e que era uma *“deficiente”*.

Luísa, começou a dar indícios de sintomas depressivos: choro frequente, insónias, ansiedade, falta de apetite, de confiança, sentimentos de culpa e de incapacidade, falta de concentração e ideação suicida.

A sua vinda para a clínica deveu-se ao culminar de todas essas situações, juntamente com o facto de o marido começar a tornar-se violento não só verbal como fisicamente.

### **Resultados da Avaliação Psicológica**

O SCL 90-R foi selecionado como instrumento de triagem, contudo a leitura dos seus resultados revela que Luísa apresenta valores significativamente altos nas dimensões Hostilidade (6.0), Depressão (3.61), Obsessão-Compulsão (3.6), Sensibilidade Inter-pessoal (3.22), Ansiedade (3.1) e Somatização (2.83), em comparação com a média da população feminina portuguesa. Os valores obtidos nas restantes dimensões encontram-se igualmente acima da média Ideação Paranoide (2.5); Ansiedade Fóbica (2.14); Psicoticismo (2.0). Relativamente aos três índices globais, a paciente apresenta valores superiores à média [ISG = 2.65 (M= 0.87; DP=



0.50); ISP = 2.91 (M= 47.99;DP= 20.19); NSP = 82 (M= 1.54; DP= 0.38)], o que se reflete no seu mal-estar psicológico e psicopatológico, nomeadamente ao nível do humor, do sono, dos movimentos psicomotores, da capacidade de pensamento e concentração, contribuindo assim para um mau funcionamento global (ver anexo E).

Ao confrontar os valores obtidos no instrumento aplicado com a história clínica, verificou-se que Luísa, apresentava uma perturbação depressiva, pois exhibe sintomas de humor disfórico, bem como sinais de perda de interesses nos acontecimentos da vida, falta de motivação e perda de energia vital. Esta dimensão espelha sentimentos de desesperança, de vazio e pensamentos sobre a morte e ideação suicida (Frances & Ross, 2004).

### Hipótese de Diagnóstico

Da observação, recolha de dados anamnésicos e provas aplicadas, a paciente apresenta um quadro de Perturbação Depressiva Major:

**Tabela 8.** Caso 6 – Diagnóstico do DSM-IV-TR

<b>Eixo I</b>	<b>296.3 – Perturbação Depressiva Major (com características atípicas)</b> <b>A. Reatividade do humor</b> <b>B.</b> <b>1) aumento significativo de peso ou do apetite</b> <b>2) hipersónia</b> <b>3) imobilidade (sensação de peso ou inércia nos braços ou pernas)</b> <b>4) padrão de longa duração à rejeição interpessoal que provoca uma deterioração social ou laboral significativas</b>
<b>Eixo II</b>	Nenhum
<b>Eixo III</b>	094.1 Paresia
<b>Eixo IV</b>	Nenhum
<b>Eixo V</b>	AGF – 55

### Objetivos Terapêuticos

Face ao exposto, pretende-se durante o acompanhamento psicológico:

- Desenvolver estratégias para se tornar mais independente,
- Reconhecer, aceitar e lidar com sentimentos depressivos,

- Desenvolver estratégias alternativas para lidar com as dificuldades face às limitações físicas.

## **Progressão Terapêutica**

### **1ª Sessão**

A primeira sessão iniciou-se com o processo de apresentação e funcionamento das consultas de Psicologia, seguindo-se a avaliação, observação e recolha de dados anamnésicos.

A utente relatou que sempre foi uma *peessoa “muito bem-disposta e gostava muito de me divertir”*, que teve uma infância feliz, falando dos pais como sendo os seus *“anjos da guarda”*.

Casou aos 24 anos com o seu atual marido, com quem teve duas filhas. A sua vida até ao ano de 2008 aparentava correr bem, *“com altos e baixos que um casamento normal costuma ter”*, segundo refere. Mas em abril desse ano, teve um grave acidente de viação, ficando em coma provocado pelo acentuado traumatismo craniano. Quando acordou, a equipa médica deu-lhe os parabéns por ela ter sobrevivido, pois apresentava um diagnóstico bastante reservado. Após isso e durante alguns meses de internamento, pois teve que ser intervencionada à bexiga, bem como ao olho direito, ficou com uma paresia direita, impossibilitando-a de voltar a conduzir. Situação que a deixou muito triste, *“sabe é como se passasse a depender de toda a gente para ir a qualquer lado, eu que ia sempre para todo o lado sem precisar de ninguém, sempre fui muito independente e despachada”*. Tinha que estar sempre acompanhada, pois caía constantemente, não conseguia fazer a lida doméstica.

Segundo Beck e colaboradores (1997) a visão negativa de si mesmo pode ser observada na forma como o indivíduo deprimido se percebe como inadequado e sem valor, atribuindo as suas experiências negativas às características pessoais.

O marido começou a rejeitá-la, a negar-se a qualquer tipo de contato sexual, negando-se a dormir com a utente. *“Ele nem um beijo me dava, nem olhava para mim,*

*olhe que é triste. Eu naquela situação e a pessoa que mais apoio me deveria dar foi a que me virou as costas*". Começou a ficar muito triste, um choro frequente, insónias, isolamento social, com muitas palpitações, episódios de falta de ar, ansiedade, conflito conjugal, e conseqüentemente ideias suicidas.

Com a medicação que lhe é prescrita, em maio de 2009 retomou ao trabalho, no *stand* de automóveis (negócio de família). Luisa era a responsável pela parte administrativa e de contabilidade do negócio. Nessa ocasião começou a desconfiar que o marido tinha algo a esconder, pois saía com muita frequência justificando essas mesmas saídas como indo ter reuniões com supostos clientes ou então que ia ter com amigos com quem já não estaria a algum tempo. A despesa do telemóvel começou a subir em grande escala e a conta conjunta começou a descer. Após receber a fatura detalhada, observou dois números, que não eram conhecidos e sempre com muito tempo de conversação e fora de horas laborais. A utente confrontou o marido para o sucedido ao qual ele lhe respondeu que eram para o pintor da oficina. Ela não acreditou, e decidiu ligar. Ficou a saber que eram para duas mulheres que se identificaram como amantes do marido. *"Fiquei desesperada como falaram comigo, e a lata daquelas brasileiras, sem respeito nenhum por mim, olhe Dr<sup>a</sup> que chegaram ao ponto de me dizer para ficar quieta no meu canto, porque ele só estava comigo até eu receber o dinheiro do seguro, que depois disso ele ia com elas para o Brasil. Que eu era uma deficiente e que lhe dava nojo, que não valia nada*".

Luísa começou a chorar, ficámos em silêncio um pouco. O choro acalmou, respirou fundo, mostrando um semblante de alívio. Pediu desculpa por aquele desabafo, ao qual eu disse, que aquele é o local onde falamos do que sentimos necessidade de falar e de exteriorizar os sentimentos. Agradeceu com um sorriso e continuou o relato, dizendo que depois o confrontou com esta situação e *"olhe ele não negou uma única palavra, e reafirmou-me que eu era mesmo uma anormal, que já não servia para nada e depois veja lá que começou a dizer-me as coisas que as outras lhe faziam, só que eu*

*mandei-o calar e disse-lhe que ele é que era um nojento, por estar a dizer aquelas coisas à mãe das filhas dele”.*

A utente disse ter ficado com um misto de dor com raiva e ódio, que só tinha vontade de acabar com ele. *“Porque eu era capaz de o fazer, mas depois desgraçava mais a minha vida, e pior a das minhas queridas filhas e netas, e eu não podia fazer isso”.*

Coimbra de Matos (2001) defende que o ódio e a raiva são sentimentos que conjugam com outros como o amor, levando a uma conduta determinada pela perceção do objeto e da sua intencionalidade e a perceção de si próprio e do seu desejo.

Perguntei-lhe o que decidiu fazer de seguida, disse que ligou para os cunhados, irmãos do marido, e que esses lhe disseram que era melhor manter-se como estava pois ele tinha casado com ela por piedade e que nunca a tinha amado e que toda a vida de casado tinha tido outras mulheres. Luísa disse que sentiu a vida desabar, pois tudo o que tinha construído durante aqueles 38 anos de casamento tinha desaparecido. Decidiu contar às filhas, as quais mostraram de imediato estar do lado dela para o que quisesse.

Luisa referiu que apesar das filhas quererem que ela saísse de casa e fosse viver com elas, negou-se dizendo *“não minhas filhas, não vou dar de bandeja ao vosso pai o que construi a punho, ele vai ter que aguentar até eu não conseguir mais”.*

Assim fez, permaneceu em casa, falando apenas o indispensável e sempre em relação ao trabalho. Mas a pressão que era exercida sobre si era elevada, quer da parte de pessoas externas ao casamento, que lhe contavam situações que viam relacionadas com o marido, quer da parte de familiares chegados que a tentavam rebaixar ao máximo devido à sua condição física.

Quando abordada à incapacidade de pedir o divórcio, a resposta foi que *“é uma forma de me vingar dele, porque assim ele vai ter que me ver em casa quer queira quer não e eu não vou largar as minhas coisas assim de uma maneira fácil”.*

Luísa começou a exibir sintomas depressivos, nomeadamente choro frequente, insónias, falta de apetite, ansiedade, ideias suicidas.

A paciente referiu ainda que a agressão e toda a pressão familiar, seria devido a que quando recebeu o dinheiro do seguro, quantia bastante elevada, muitos familiares e marido, estavam à espera que ela distribuísse o dinheiro, mas como a situação em que vivia era complicada, decidiu não o fazer. Resolução que não foi bem encarada, excetuando as filhas que se mantiveram sempre do lado da mãe.

As sessões foram prosseguindo, notando-se alguma resistência para a mudança da parte da paciente.

### **8ª Sessão**

Luísa chegou à consulta apresentando-se mais confiante. Referiu que esteve a pensar muito durante o fim de semana em tudo que já tínhamos falado em sessão. E que sentia que de facto tinha de mudar de atitude para poder ter alguma qualidade de vida.

Perguntei-lhe o que a levou a pensar assim, ao qual me respondeu que tinha pensado muito quando tínhamos chegado à conclusão que temos sempre muito para dar e que não podemos dar todos o mesmo, o importante é darmos o nosso máximo.

Começamos de imediato a criar uma lista de possíveis mudanças e como as concretizar.

A sessão acabou não sem antes elogiá-la pela mudança de atitude e encorajá-la para prosseguir nesse caminho.

### **9ª Sessão**

Luísa deu-me a notícia que tinha estado a falar com as filhas e que decidiram que estava na hora de ir para casa. Que era preferível estar perto delas do que longe.

*“E a Luísa o que sente em relação a essa decisão?”*

*“Bem Drª sinto algum receio, mas sabe, eu dou-lhes razão, porque aqui ferveo mais porque não sei o que se passa nas minhas costas. Além disso, sinto que nestas sessões houve um click que me fez abrir os olhos. Acho mesmo que vou conseguir...”*

Quando lhe sugeri manter terapia externa, acedeu logo e disse *“claro que sim, eu quero manter as sessões mas a nível externo”*.

Continuamos a sessão por arranjar estratégias face à mudança.

### **Resultados da Intervenção efetuada e Conclusões**

Apesar do pedido precoce de alta, sentiu-se que a intervenção realizada com Luísa levou a melhorias de sintomatologia apresentadas no início. O choro diminuiu consideravelmente, a postura tornou-se mais ereta, sorria com alguma frequência.

Foram trabalhados aspetos práticos do seu quotidiano, para que no período pós-alta mantivesse um processo de autorresponsabilização, em contexto terapêutico.

Foi interessante notar a evolução de Luísa no que diz respeito a tomar iniciativa própria para a mudança, a curto e médio prazo.

Como já referido anteriormente, devido à alta precoce, é recomendado continuidade regular de intervenção terapêutica.

## Conclusão

O estágio curricular realizado e sequente relatório, serve de ponte entre o meio académico *versus* mundo profissional, levando à imperiosa presença de objetivos a realizar no decorrer do estágio.

A supervisão semanal, em grupo, foi de grande importância porque a exposição e debate dos casos clínicos, interpretação dos resultados da avaliação psicológica, discussão das hipóteses diagnósticas, metas terapêuticas, análise das sessões terapêuticas e da progressão terapêutica, permitiram desenvolver e aperfeiçoar competências e consolidar conhecimentos. Proporcionou, ainda, a aquisição de novos saberes, aptidões, capacidades e atitudes, ao nível das técnicas utilizadas, e das consultas individuais

Foram desenvolvidas competências de trabalho com a equipa, mas também individualmente, ao nível da observação, iniciativa, pesquisa, dos procedimentos, análise e da reflexão.

Proporcionou, complementar o processo de ensino e da aprendizagem, numa vertente mais prática, proporcionando ao futuro psicólogo clínico o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico.

Foram realizadas diferentes intervenções psicológicas em doentes internados na unidade de curto internamento, através da avaliação psicológica e acompanhamento individual. Nas unidades de longo internamento foram dinamizadas atividades de grupo com índole terapêutica.

Sendo um primeiro contato com a futura profissão a desempenhar, foi uma excelente oportunidade de aprendizagem, pois houve um contato privilegiado com diferentes técnicos de saúde.

A relação estabelecida entre a estagiária e as utentes possibilitou compreender padrões de relacionamento interpessoal, tendo-se verificado que a relação terapêutica é essencial para a aquisição de autonomia, aumento da autoestima, estabelecimento

de diálogos construtivos e transformação de padrões estereotipados de funcionamento. Constatou-se que a qualidade da aliança terapêutica é amplamente influenciada pela personalidade do paciente, que entre outros aspetos se manifesta através do padrão defensivo do mesmo.

Há que espelhar a necessidade de se possuir uma orientação teórica de base e perceber que a parte académica foi apenas o começo. É fundamental continuar, na aprendizagem, no conhecimento e na interiorização, para que se possa entender mais intimamente abordagens teóricas que se queiram seguir no futuro.



## Reflexão Final

Este relatório teve o objetivo de mostrar e relatar o contato com a vida real de um psicólogo clínico. Transformou-se numa oportunidade ímpar de compreender o funcionamento da profissão nas suas diferentes valências. A Clínica Psiquiátrica de São José por ser um local de extrema complexidade na realização dos seus projetos terapêuticos, é sem dúvida alguma, um verdadeiro centro de estágio que me ensinou muitas temáticas, ampliando o meu perímetro de visão.

As supervisões eram pautadas por uma grande intensidade de sentimentos e emoções. Com o passar dos dias sentia-me crescer e desenvolver-me a par das teorias que estudava.

Mas, o cerne desta viagem foram as pacientes, a quem agradeço, elas foram as minhas mestres. Aprendi, que, por mais que estivesse preocupada com a postura técnica e conhecimentos teóricos, o mais importante era ter o entusiasmo, a dedicação e a humildade de permitir que as pacientes nos ensinassem a ter uma relação verdadeira e genuína, onde as vivências colocassem em jogo processos e benefícios psicológicos. Isso ficou patente, quando notava o progresso que faziam, nos seus sorrisos, quando me agradeciam por lhes mostrar que há sempre uma forma diferente de ver e sentir a vida.

Os livros, os autores, as teorias, vistas por uma panóplia de perspetivas, foram-se transformando em pura paixão e no querer saber cada vez mais e isso repercutiu-se no estágio. Todas as tarefas que desempenhei, foram com exaltação, embora me sentisse muitas vezes inundada por sentimentos de insegurança ligado ao medo de não corresponder às expectativas dos pacientes e da clínica. Mas sei que tudo o que alcancei com o meu ser envolveram todos os meus sonhos e fantasias iniciais.

Levou-me a crer que ainda há muito que fazer na questão da saúde mental em Portugal. Apesar de todos os planos e diretrizes escritas e assinadas, ainda há muito para concretizar, ou por em prática neste sentido.

Mais uma vez, e porque nunca é demais, quero agradecer a todos aqueles que se cruzaram nesta minha caminhada, pois ajudaram-me a crescer, a conhecer-me para que assim possa entender e ajudar melhor o outro.

Assim sendo, toda esta experiência fez-me acreditar cada vez mais nas palavras de Jung (cit. por Humbert, 1988, p. 133), quando certa vez disse “*O terapeuta deve ter em mente que o paciente está ali para ser tratado e não para verificar uma teoria.*”

## Referências

- Alonso, A. (2006). *Ética das profissões*. São Paulo: Edições Loyola.
- APA (2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Araújo, M. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: teoria e prática*, 9 (2), 126-141.
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Dissertação de doutoramento apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel.
- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (2008). Cognitive therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Australia: Thomson Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories–IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588–597.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Biggs, M. M., & Rush, J. (1999). Cognitive and behavioral therapies alone and combined with antidepressant medication in the treatment of depression. In D. S.

- Janowsky (Ed.), *Psychotherapy, indications and outcomes*, (pp. 121-171). Washington: American Psychiatric Press.
- Brito, S. (2008). A psicologia clínica: procura de uma identidade. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 5 (1), 63-68.
- Caballo, V. E. (1998). *El entrenamiento en habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Caplan, G. (1980). Um modelo conceptual para prevenção primária. In G. Caplan, *Princípios de psiquiatria preventiva*, (pp. 40-69). Rio de Janeiro: Zahar.
- Cardoso, L. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia argumento*, 29(67), 479-489.
- Castillo, H. (2004). *Personality disorder : temperament or trauma?* London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 1-84310-053-3
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry*, 17, 222-6.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Saúde mental*. Lisboa: Climepsi.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental –CNRSSM (2007). *Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental*. Lisboa: CNRSSM.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A., & Knapp, P. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30 (Supl II), 51-53.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição, da instituição para a família*. Lisboa: Climepsi.
- Daniel, M., & Gurczynski, J. (2010). Mental status examination. In D. Segal & M. Hersen (Eds.), *Diagnostic Interviewing* (4<sup>th</sup> ed., pp.61-88). New York: Springer.

- Del Prette, Z., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: administration, scoring & procedures: manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: administration, scoring & procedures: manual*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Frances, A., & Ross, A. (2004). *Casos clínicos: DSM-IV-TR: guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, A. C., Fernandes, S. C., Martins, C. C., & Ramalho, V. L. (2007). Supervisão: estilos, satisfação e sintomas depressivos em estagiários de psicologia. *Psico-USF*, 12(2), 239-248.
- Gatchel, R., & Oordt, M. (2003). *Clínical health psychology and primary care*. Washington: APA Books.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guterres, M. C. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Hales, R. E., Gabbard, G. O., & Yudofsky, S. C. (2011). *Tratado de Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 9788536326214.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clarck, D. M., (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Humbert, E. (1988). *C. G. Jung: the fundamentals of theory and practice*. Brooklyn: Chiron Publications. ISBN: 9780933029187

- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2004). *Manual de voluntariado hospitaleiro*. Documento não publicado.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (2010). *Identidade e missão: Carta de identidade da instituição*. Espanha: eMeDeCe Diseño Gráfico.
- Leal, I. (2010). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio* (2ª ed.). Lisboa: Placebo.
- Lei nº 57/2008 de 4 de Setembro. *Diário da República nº 171 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Liberman, J. A., Stroup, T., & Scott, D. O. (2013). *Fundamentos da Esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 9788565852074
- Liberman, R. P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press Inc.
- Lipp, M. N., Haythornthwaite, J., & Anderson, D. E. (1996). Medidas diversas em assertividade em adultos. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 19-26.
- Loureiro, L. M. J., Dias, C. A. A., & Aragão, R. O. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Referência*, 8, 33-44.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology: theory, research and practice* (pp. 3-24). London: Sage Publications.
- McIntyre, T. (1998). Entrevista de avaliação clínica: um guia prático. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 3(1), 127-142.
- McIntyre, T., & McIntyre, S. (1995). *Inventário de depressão de Beck: versão portuguesa*. Braga: Universidade do Minho.
- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-95146-6-9.
- Oliveira, S. (2002). Trechos da história da loucura. *Interações*, 2, 106-120.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico*. Lisboa: OPP.

- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório mundial de saúde 2001: saúde mental, nova compreensão, nova esperança*. Lisboa: DGS.
- Pais-Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Peixoto, A., Lowenkron, T., Hassene, D., Vidal, M., & Cruz, A. (2009). Avanços nos sistemas classificatórios de diagnóstico em psiquiatria e sua difusão no Brasil. *Neurobiologia*, 72(3), 31-44
- Pitta, A. (1996). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 19-26). São Paulo: Hucitec.
- Plotnik, R., & Kouyoumdjan, H. (2011). *Introduction to psychology* (9<sup>th</sup> ed.). New York: Wadsworth
- Reimão, C. (coord.) (2008). *Ética e profissão: desafios da modernidade: actas de colóquio*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(14), 589-599.
- Rodrigues, F. (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*. Lisboa: Climepsi.
- Rodriguez, A. (2002). *Rehabilitacion psicossocial de personas com transtornos mentales crónicos*. Madrid: Psicologia Pirâmide.
- Sanches, M., Marques A.P., Ortegosa, S., Freirias, A., Uchida, R., & Tamai, S. (2005). O exame do estado mental. *Arquivos Médicos do Hospital da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 50(1), 18-23.
- Santos, A. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.

- Soares, M. L. P. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses*. Dissertação de Doutoramento apresentada na Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Spaniol, L. (2000). *The role of the family in psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22(3), 441-448.
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1(18), 3-14.
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi.
- Vaz Serra, A., & Abreu, J. L. (1973). *Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”*. Coimbra Médica, 20, 713-736.
- Weiner, I., & Greene, R. (2008). *Handbook of personality assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2005). *Guia prático do tratamento da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada em esquemas* (3ª ed.) Porto Alegre: Artmed.



---

**ANEXOS**

### **Lista de Anexos**

**ANEXO A** – Diário de estágio

**ANEXO B** – “O mecanismo de defesa psicológica contra o desespero em Portugal em comparação com o Japão” – Poster apresentado no XXI Congresso Mundial sobre Psiquiatria Social

**ANEXO C** – IV Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente “Neuropsicologia e desenvolvimento” – Poster focado no consumo de cannabis entre os alunos do secundário

**ANEXO D** - Inventário de Avaliação da Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck

**ANEXO E** - Symptom Checklist-90 – Revised (SCL-90-R)

---

**ANEXO A**

Diário de estágio

<b>Semana</b>	<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Participantes</b>
1 outubro	Reunião de apresentação da Clínica, técnicos e membros da ordem religiosa	Apresentação e visita às instalações	Grupo de estagiárias de Psicologia; Orientador de estágio
2 outubro	Reunião Clínica; Reunião de orientação; Observação de consulta; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Entrega de casos clínicos; Supervisão	Estagiária; Orientadora; Utente da U2; Utentes da U1, U3, U4
3 outubro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Supervisão; Reabilitação psicossocial	Estagiária; Orientadora; Utente da U2; Utentes da U1, U3, U4
4 outubro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Supervisão; Reabilitação psicossocial	Estagiária; Orientadora; Utente da U2; Utentes da U1, U3, U4
1 novembro	Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Reabilitação psicossocial	Estagiária; Utente da U2; Utentes da U1, U3, U4
2 novembro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Supervisão; Reabilitação psicossocial	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4
3 novembro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Supervisão; Reabilitação psicossocial	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4

4 novembro	Passagem de turno; Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Supervisão; Reabilitação psicossocial	Enfermeiros; Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4
1 dezembro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Planificação do projeto em parceria com o Japão; Supervisão; Reabilitação psicossocial	Estagiárias; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4
2 dezembro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Planificação do projeto em parceria com o Japão; Supervisão; Reabilitação psicossocial	Estagiárias; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4
3 dezembro	Passagem de turno; Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Planificação do projeto em parceria com o Japão; Supervisão; Reabilitação psicossocial	Estagiárias; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4
2 janeiro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Planificação do projeto em parceria com o Japão; Supervisão; Aplicação de Pré-Teste; Reabilitação psicossocial	Estagiárias; Orientadora; Utente U4; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4

3 janeiro	Passagem de turno; Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Planificação do projeto em parceria com o Japão; Supervisão; Aplicação de questionários; Reabilitação psicossocial	Estagiária; Orientadora; 3 Utentes U3; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4
4 janeiro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Planificação do projeto em parceria com o Japão; Supervisão; Aplicação de questionários; Reabilitação psicossocial	Estagiária; Orientadora; 3 Utentes U3 e U2; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4
1 fevereiro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4; Reunião Residência Externa	Planeamento de atividades para a semana; Planificação do projeto em parceria com o Japão; Supervisão; Aplicação de questionários; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; 3 Utentes U3 e U2; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
2 fevereiro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4 Reunião Residência Externa	Planeamento de atividades para a semana; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
3 fevereiro	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia;	Planeamento de atividades para a semana;	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2;

	Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4 Reunião Residência Externa	Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
1 março	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4; Reunião Residência Externa	Planeamento de atividades para a semana; Discussão de dados; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
2 março	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4; Reunião Residência Externa	Planeamento de atividades para a semana; Análise de dados; Discussão de dados; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
3 março	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4; Reunião Residência Externa; Reunião familiar	Planeamento de atividades para a semana; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais;	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6); Familiares de uma Utente
4 março	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4; Reunião Residência Externa;	Planeamento de atividades para a semana; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais;	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
1 abril	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Visita ao Hospital Prisional Caxias;	Planeamento de atividades para a semana; Reabilitação psicossocial;	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4;

	Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4; Reunião Residência Externa	Treinamento de aptidões sociais;	Utentes Residência Externa (6)
2 abril	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4; Reunião Residência Externa; IV Congresso de Psicologia da Criança e do Adolescente	Planeamento de atividades para a semana; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
3 abril	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4; Reunião Residência Externa	Planeamento de atividades para a semana; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
4 abril	Passagem de turno; Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; 3 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
1 maio	Reunião da manhã; Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Resumo dos dados clínicos dos utentes; Planeamento de atividades para a semana; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; 3 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
2 maio	Reunião da manhã; Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Resumo dos dados clínicos dos utentes; Planeamento de atividades para a semana;	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4;



		Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Utentes Residência Externa (6)
3 maio	Passagem de turno; Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Discussão final de dados; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiárias; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
4 maio	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Preparação de Altas; Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; 2 utentes da U2; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)
1 junho	Reunião de orientação; Sessão de psicologia; Sessão de psicologia; Reunião terapêutica das Unidades 1, 3 e 4	Planeamento de atividades para a semana; Discussão de aspetos relativos ao final de estágio Reabilitação psicossocial; Treinamento de aptidões sociais	Estagiária; Orientadora; Utentes da U1, U3, U4; Utentes Residência Externa (6)

---

**ANEXO B**

Poster apresentado no XXI Congresso Mundial sobre Psiquiatria Social

THE PSYCHOLOGICAL COPING MECHANISM AGAINST DESPAIR IN PORTUGAL IN COMPARISON WITH JAPAN

E. Sugiyama, Meiji Gakuin University, Tokyo, Japan
E.S. Pereira, Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa, Portugal

C. Janeiro, Clínica Psiquiátrica de S. José, Lisboa, Portugal
T. Pontes, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

1. Introduction

One of the issues to be fought in psychiatric patients is despair. In Japan, there is the desperate situation of the damage caused by the Great East Japan earthquake in 2011, in Portugal there's severe situation relating the economy that make people despair. Therefore, the investigation about the mechanism against despair in Portugal and Japan is expected to have significance.

2. Purpose

To investigate the psychological coping mechanism against despair in Portugal in comparison with Japan, through the structure analysis of therapeutic factors and sense of coherence on psychiatric patients and the people who have some connection to psychiatric patients.

3. The Materials and Methods

3.1. Subjects

Table 1. Subjects. Comparison of demographic data between Portugal and Japan groups.

3.2. Research periods

Nov 2012-Mar 2013 (Portugal)
Feb 2011-May 2013 (Japan)

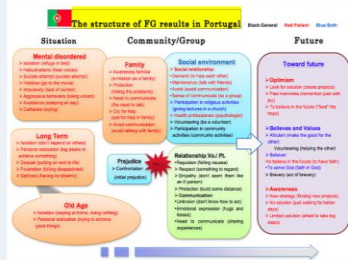
3.3. Methods

- Individual semi-structured interviews with questionnaire (for patients and families)
Focus group interviews (for patients and volunteers)
Design and setting
Instrument
The group therapeutic factors investigation inventory (Th.F. Ver.2012) (Sugiyama, 2012)
Antonovsky's sense of coherence questionnaire (Antonovsky, 1985)
Making questionnaires of Portuguese version and Pre-test
Ethical considerations: All subjects did informed consent and the interviews were recorded by IC-recorders in case of subject's agreement.
Statistical analysis: Use SPSS.
Qualitative analysis: For focus group interviews, 3 persons analyze the transcripts objectively according to the method of Focus Group Interview (categorise transcription and clarify the relation of categories).
We made Portuguese version Th.F. and did pre-test with cooperate of students, patients and families to check the procedure and translation and uniformity of interviewers. After that, we did minor change on the questionnaires such as format.

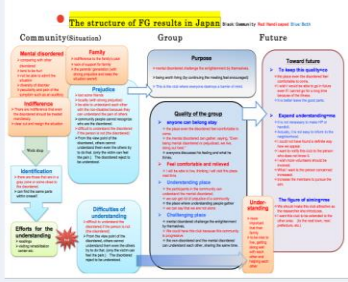
4. Result and Discussion

4.1. Focus Group

Portugal : All groups discuss about negative matters (attempting suicide, helplessness, "closed door", "the burden") as well as positive matters (gratitude they feel for being able to help others, positive qualities of persons, "opened window"). The factors mentioned as most important to have and maintain hope are psychological balance, keeping faith in the future, believing/expecting better, faith in God and the support they receive from others.



Japan : We found the categories in the community situation; Mental disorders, Indifference, Family and Prejudice. There are the categories to change this situation, Identification, Efforts for the understanding but there are still Difficulties of understanding. So, the group aimed to destroys a barrier of mind without family supports, and the quality of the group is Anyone can being stay, feel comfortable and relieved, Understanding place, Challenging place. For the future, to Continue this quality is important may relate with comprehensibility, Expand understanding (It may relate with manageability) and Figure of aiming (It may relate with meaningfulness) are expected to help keeping their hope.



4.2. The questionnaires:

4.2.1. Group therapeutic factors investigation inventory : Therapeutic Factors (Th.F.)

4.2.1.1. The mean of points.

There are significant differences between mean point of all subjects of Portugal and Japan. For Portuguese, they have found more meaning than Japanese to have hope(8), to be useful person in their society (1altruism 15to have own role) and to understand and examine themselves(6), their interpersonal relationship(12) and family(13).

Table 2. The mean points of Th.F. and comparison Portugal/Japan : all subject. Comparison of mean scores for various therapeutic factors between Portugal and Japan.

For the patients and general Patients ; Japan >3(safety), 14(prejudice), Portugal >11 (interpersonal learning input) The 13(Family) of Japanese patients is pretty low (the score is 0). Japanese patients have a more severe situation with families than the Portuguese and so that it is meaningful to get the place (group) as they are accepted and feel safe without prejudice like families.

For 8(hope), Portugal is higher than Japan in total, Patients, general. Table 3 The mean points of Th.F. and comparison Portugal/Japan : patients, general/community members

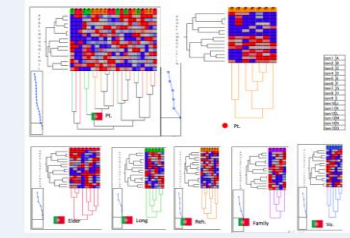
Table 3. The mean points of Th.F. and comparison Portugal/Japan : patients, general/community members. Comparison of mean scores for various therapeutic factors between Portugal patients and community members.

For the each groups in Portugal Family >Volunteer on 10(accept a hopeless matter) >Volunteer and elder group on 13(p<.01). Reh >volunteer on 13(family) (p<.01). Rehabilitation unit's patients and their family live in the midst of mental distress, so these results suggest that the experience of mental disorder for patients and families relies more on the meaningfulness and importance of family. Especially for family, to accept the fact that their family is suffering with mental diseases might be to accept a hopeless matter and this recognition has meaningfulness for them.

Table 4. The mean points of Th.F. of the each groups in Portugal. Comparison of mean scores for various therapeutic factors within different groups in Portugal.

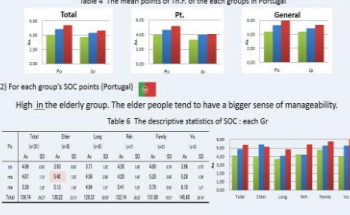
4.2.1.2. The cluster analysis:

Portugal : to face the main problem of oneself related to having hope. Japan : 8(hope) connects with 13(family), both hard to have meanings for them. This result suggest that Japanese people are not able to have hope because they live a very severe situation with their families. It was mentioned that they had various useful experiences and felt meaningfulness in this group, but still couldn't solve this problem, even within this group.



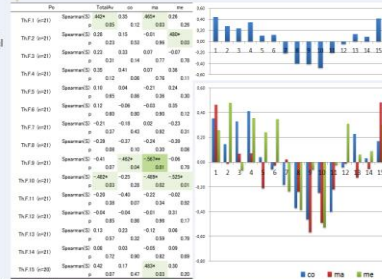
4.2.2. SOC (meaningfulness+comprehensibility+manageability=ma)

Before of analysis, we confirmed the reliability of SOC. The cronbachs were 0.88(alpha), 0.71(alpha), 0.71(alpha), 0.86(alpha). (1) comparison of Portugal and Japan. For mean of SOC, Portugal data are higher than Japan in all of the situations. The Portugal data are very similar to Japan's. All data of two countries, General>Patients, ma>ma>co.



4.3. The relation of Th.F and SOC( Portugal, Pt)

(1) Correlation of SOC and Th.F of Portugal.



The people who have meaning to help others(1) in a group have high sense of cohesiveness, to express their emotions(2) have high sense of meaningfulness in their life, and to take own role(5) have a high sense of manageability. Adversity, The people who have meaning to feel universality(9) and acceptance of a hopeless matter(10) have low sense of coherence.

(2) One way ANOVA The total score of SOC ; the high SOC > the low SOC in 1(altruism) (p<.05). Sub-scale ; the low ma >high ma in 9(universality) (p<.05), the low ma > the middle and high ma in 10(accept a hopeless matter) (p<.05), no significance in co, me.

5. Discussion about each groups in Portugal

5.1. Elder Patients

In the elder patients group, when analyzing the relationship between hope and the other therapeutic factors, we found that it is related mainly with Family Reenactment factor. The factor Hope is disclosed from the therapeutic factors of altruism, catharsis, guidance, identification and interpersonal learning = output. When we analyse all of the items of SOC, and therapeutic factors together, we found that Hope is closely related to the therapeutic factors of Identification and Interpersonal learning = output, but not with any of the SOC factors.

5.2. Long term inpatients

In the long term inpatients group, when analyzing the relationship between hope and the other therapeutic factors, we found that it is related mainly with the ablished perception to mental disorder factor. When we analyse all of the items of SOC and therapeutic factors together, we found that Hope is related to SOC factor "manageability".

5.3. Patients in Rehabilitation stage

In the rehabilitation group, when analyzing the relationship between hope and the other therapeutic factors, we found that it is related mainly with the self understanding factor. The factor Hope (8) does not seem to be related to the therapeutic factors of catharsis (2), belonging (4), role taking (15), universality (9) and interpersonal learning = input (11). When we analyse all of the items of SOC and therapeutic factors together, we found that Hope is closely related to the therapeutic factors of Existential factors 10(accept a hopeless matter) and interpersonal learning = output (12).

5.4. Families

In families Hope (8) appears to be related with altruism (1), accepting a hopeless matter (10) and family (13). In the individual interviews all families expressed the need to learn to accept that the mental health problem of their relative is some thing they cannot change, so they can provide the necessary support to that family member. This acceptance seems to give meaning to their altruism.

5.5. Volunteers

The analysis of the relationship between hope and the other therapeutic factors, regarding the Volunteers group, shows that it is mainly related to the Role Taking factor (15). On the other hand, the data also shows that hope is not as related to some of the factors as Altruism (1), Interpersonal Learning Output (12), Belonging (4), Family Re-enactment (13) and Catharsis (2). The focus group results show that, for the Volunteers, hope is related to 3 main categories: Social Environment, Relationship between Volunteers and Patients, and Beliefs and Values.

6. Conclusions

The results of this research suggest that the Portuguese can still have hope for the future, even having recognized that they're living a hopeless situation. From the results of SOC, to have meaningfulness in their life is the highest. In the therapeutic factors investigation, to have interpersonal relationships, especially helping others and having an own role in the group, shows as very important to maintain hope in the future. The results of relation between SOC and Therapeutic factors, helping others is strengthen their sense of cohesiveness. This result means to helping others strengthen their coping abilities against the despair situation. In the results of the interviews, the importance of believing that the future will be better is talked about. The results of patients and families show that the group helps to understand about their families and accept despairing situation. A meaning of mutual support was also found in the results of interviews. From these results, it is suggested that the Portuguese use the coping strategy of self believing and having hope for future with faith in God, and continue having hope by acceptance and change of cognition of the despair situation. meaningfulness and the mutual support with the others and their families. For them, being and maintaining hope depends highly on the strength of the bond with their families, and the meaningfulness that comes with helping others around them. From a comparison with Japan, the Japanese sense of cohesiveness is lower than the Portuguese's, and the situation of families is severe and almost of Japanese don't have hope. The way to have and maintain hope for the future, Portuguese are characterized in strength of their family bonding and their religion.

# THE PSYCHOLOGICAL COPING MECHANISM AGAINST DESPAIR IN PORTUGALIN COMPARISON WITH JAPAN

E. Sugiyama, Meiji Gakuin University, Tokyo, Japan<sup>1</sup>  
 C. Janeiro, Clinica Psiquiátrica de S. José, Lisboa, Portugal  
 E.S. Pereira, Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa, Portugal  
 T. Pontes, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

## 1. Introduction

One of the issues to be fought in psychiatric patients is despair. In Japan, there is the desperate situation of the damage caused by the Great East Japan earthquakes in 2011, in Portugal there's severe situation relating the economy that make people despair. Therefore, the investigation about the mechanism against despair in Portugal and Japan is expected to have significance.


## 2. Purpose


To investigate the psychological coping mechanism against despair in Portugal in comparison with Japan, through the structure analysis of therapeutic factors and sense of coherence on psychiatric patients and the people who have some connection to psychiatric patients.

## 3. The Materials and Methods

### Subjects

Table 1 Subjects

	Pt						Fa		Vo	
	Elder		Long		Reh		Q	FG	Q	FG
	Q	FG	Q	FG	Q	FG				
n	8	9	6	7	7	7	5	0	6	6
Age	Av	77.3		51.2		32.9		—		57.0
	SD	9.4		11.4		13.0		—		8.3
MEDICAL HISTORY(Yr.)	AV	3.00		5.11		0.47		—		7.67
	SD	3.79		2.37		0.35		—		7.00

		Pt	Ge.
n		7	9
Age	Av	28.6	50.0
	SD	3.8	13.2
Gr.HISTORY (Yr.)	AV	3.6	2.16
	SD	1.0	1.38

### Research periods

 Nov. 2012~ Mar. 2013     Feb. 2011~ May. 2013

### Methods

#### Design and setting

- Individual semi-structured interviews with questionnaire (for patients and families)
- Focus group interviews (for patients and volunteers).

#### Instrument

- The group therapeutic factors investigation inventory (Th.F.Ver.2012) (Sugiyama, 2012)
- Antonovsky's sense of coherence scale (SOC)(Antonovsky, 1987).

<sup>1</sup> 1-2-37 Shirokanedai Minato-ku Tokyo 108-8636 Japan, sugiyama@psy.meijigakuin.ac.jp

### Procedure

- Making questionnaires of Portuguese version and Pre-test<sup>2</sup>.
- Ethical considerations All subjects did informed consent and the interviews were recorded by IC-recorders in case of subject's agreement.
- Statistical analysis Use SPSS.
- Qualitative analysis For focus group interviews, 3 persons analyse the transcripts objectively according to the method of Focus Group interview (categorise transcription and clarify the relation of categories.).

## 4. Results and discussion

### Focus Groups


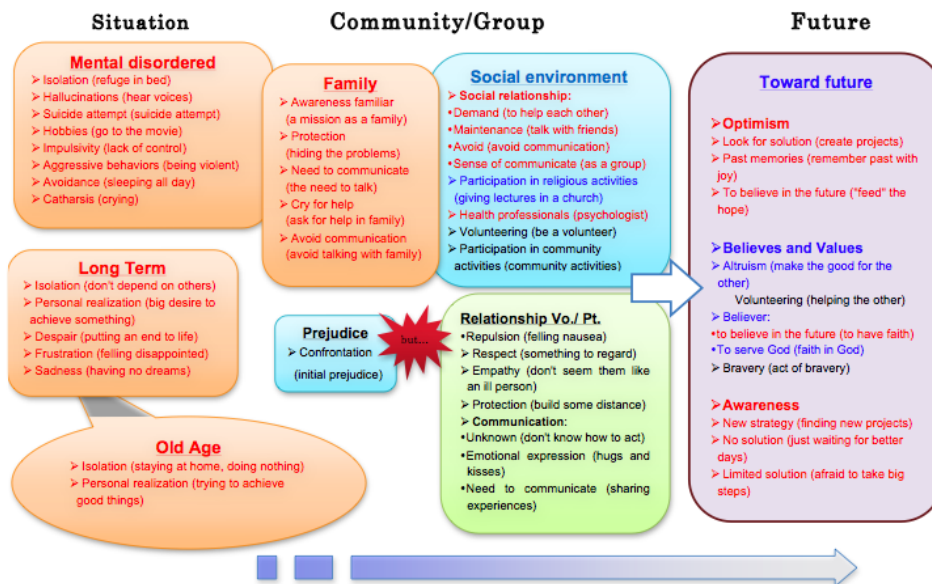
 Portugal : All groups discuss about negative matters (attempting suicide, helplessness, “closed door”, the burden) as well as positive things (gratitude they feel for being able to help others, positive qualities of persons, “opened window”). The factors mentioned as most important to have and to maintain hope are psychological balance, keeping faith in the future, believing/expecting better, faith in God and the support they receive from others.

 Figure 1 The structure of Focus Group results in Portugal

Black: General, Red; Patients, Blue; Both

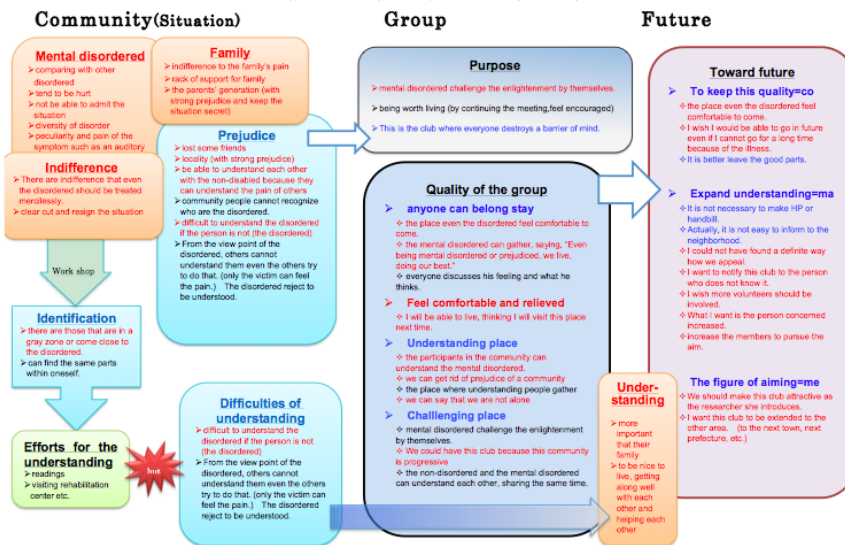


● Japan : We found the categories in the community situation; *Mental disordered, Indifference, Family and Prejudice*. There are the categories to change this situation, *Identification, Efforts for the unndarstanding* but there are still *Difficulties of understanding*. So, the group aimed to destroys a barrier of mind without family supports, and the quality of the group is *Anyone can belong stay, Feel comfortable and relieved, Understanding place, Challenging place*. For the future, to *Continue this quality* is important(it may relate with comprehensibility), *Expand understanding*( it may relate with manageability) and *Figure of aiming*(it may relate with meaningfulness) are expected to help keeping their hope.

<sup>2</sup> We made Portuguese version Th.F., and did pre-test with cooperate of students, patients and families to check the procedure and translation and uniformity of interviewers. After that, we did minor changes on the questionnaires such as format.



● Figure 2 The structure of Focus Group results in Japan  
Black; General, Red; Patients, Blue; Both



The questionnaires:

Group therapeutic factors investigation inventory : Therapeutic Factors (Th.F.)

4.1.1.1. The mean of points.

➤ For all subjects (Table 2) ●

There are significant differences between mean point of **all subjects** of Portugal and Japan (independent t-test). Portugal is significantly higher than Japan in 1(altruism), 8 (hope), 13(Family) ( $p < .01$ ) and 6 (self-understanding) 11( impersonal learning input) and 15(to have own role)( $p < .05$ ). Japan is higher in 3(safety) and 14(prejudice) ( $p < .05$ ). (Table2)

For Portuguese, they have found more meaning than Japanese to have hope(8), to be useful person in their society ( 1;altruism 15;to have own role) and to understand and examine themselves(6), their interpersonal relationships(11) and family(13). These factors are intended to work only in the presence of a sense of security. Thus, it is suggested that the reason why Portuguese don't have a meanings to safety (3) when comparing to the Japanese is already obtained.

Table 2 The mean points of Th.F. and comparison Portugal/Japan : all subjects ●

	Total(Po)			Total(Jp)			t-test		
	n	Av	SD	n	Av	SD	t	df	comparison
Th.F.1	30	10.97	4.21	18	4.63	5.92	3.64**	27.79	Po>Jp
Th.F.2	30	7.61	4.03	18	6.94	5.81	0.75	27.59	
Th.F.3	31	8.19	4.29	18	11.00	4.76	-2.20*	47	Po<Jp
Th.F.4	31	4.13	4.94	18	4.34	5.42	-0.48	47	
Th.F.5	31	7.52	4.89	18	7.00	5.91	0.12	47	
Th.F.6	31	9.39	5.08	18	5.63	5.78	2.17*	47	Po>Jp
Th.F.7	31	6.10	5.01	18	4.81	5.71	1.18	47	
Th.F.8	31	8.61	4.40	18	3.94	5.73	3.09**	47	Po>Jp
Th.F.9	31	6.97	4.77	18	8.84	5.15	-1.25	47	
Th.F.10	31	7.03	5.88	18	5.63	6.78	0.35	47	
Th.F.11	31	6.61	4.14	18	3.56	5.19	2.49*	47	Po>Jp
Th.F.12	31	7.68	5.29	18	6.31	5.53	0.53	47	
Th.F.13	31	6.87	5.66	18	0.94	2.86	5.03**	45.75	Po>Jp
Th.F.14	31	5.42	5.32	18	8.63	6.29	-2.33*	47	Po<Jp
Th.F.15	30	7.97	4.69	17	2.87	5.50	2.62*	45	Po>Jp

p<.05\* p<.01\*\*

➤ For the patients and general (Table 3) ●

To compare the results of Portugal and Japan with more detail, we divided the subjects to patients and general population.

For the **patients**, compared with Japan, Japan is significantly higher in 3(safety) and lost the significance in 14(abolishes the prejudice). Portugal is significantly higher in 11( interpersonal learning input). The 13(Family) score of Japanese patients is pretty low (patient’s score is 0). Those results suggest that Japanese patients have a more severe situation with families than the portuguese and so that it is meaningful to get the place as they are accepted and feel safe like families.

For the **general people**, it was significantly higher in 1( altruism), higher in 15(to have own role) as same as for patients. It is suggested that Portuguese find that being useful to the other people has higher meaning, when comparing with the Japanese population (in a group; 15(to have own role) and personal ; 1( altruism)). Japanese feel more meaningful than Portuguese patients in a group ; 2(cathalsis), 3(safety), 9(universality), 10(accept a hopeless matter), 14(abolishes the prejudice), being that focus group results shows all of these factors relate to the group aim.

**For 8(hope), Portugal is higher than Japan in total, Patients, general.**

Table 3 The mean points of Th.F. and comparison Portugal/Japan : patients, general(community members)

	Pt(Po)			Pt(Jp)			t-test			V(Po)			C(Jp)			t-test		
	n	AV	SD	n	AV	SD	t	df	comparison	n	AV	SD	n	AV	SD	t	df	comparison
Th.F.1	21	11.00	4.79	8	4.88	5.99	2.88**	27	Po>Jp	4	12.40	2.07	5	1.80	4.02	4.84**	7	V>C
Th.F.2	21	7.29	4.53	8	9.13	5.87	-0.90	27		4	7.80	3.49	5	5.60	5.32	0.67	7	
Th.F.3	21	8.10	4.18	8	12.69	2.55	-2.89**	27	Po<Jp	5	10.00	4.64	5	7.70	7.07	0.61	6.91	
Th.F.4	21	3.00	4.69	8	2.13	4.36	0.46	27		5	7.00	6.63	5	6.30	6.14	0.17	8	
Th.F.5	21	6.29	4.82	8	6.00	6.46	0.11	10.12		5	12.40	2.19	5	6.60	6.54	1.88	4.89	
Th.F.6	21	8.57	5.67	8	3.75	5.26	2.09*	27	Po>Jp	5	11.00	2.12	5	9.20	4.55	0.80	8	
Th.F.7	21	6.86	4.97	8	6.88	5.94	-0.01	27		5	5.00	5.10	5	2.80	5.72	0.64	8	
Th.F.8	21	8.86	4.25	8	2.00	3.70	4.01**	27	Po>Jp	5	9.40	5.41	5	3.80	6.10	1.54	8	
Th.F.9	21	7.43	5.27	8	8.81	6.01	-0.61	27		5	6.60	4.16	5	11.00	3.16	-1.88	8	
Th.F.10	21	7.24	5.59	8	7.88	6.88	-0.26	27		5	1.40	3.13	5	3.00	6.71	-0.48	8	
Th.F.11	21	6.90	4.29	8	1.63	3.02	3.18**	27	Po>Jp	5	5.40	3.44	5	7.60	7.02	-0.63	5.81	
Th.F.12	21	7.00	5.57	8	5.50	5.01	0.67	27		5	9.20	5.81	5	7.20	6.83	0.50	8	
Th.F.13	21	6.62	5.46	8	0.00	0.00	5.55**	20	Po>Jp	5	1.80	2.68	5	3.00	4.80	-0.49	8	
Th.F.14	21	6.38	5.20	8	7.63	6.44	-0.54	27		5	3.20	4.44	5	9.80	6.22	-1.93	8	
Th.F.15	20	7.62	4.80	8	1.88	5.30	2.72*	26	Po>Jp	5	11.00	3.94	5	3.20	5.63	2.54**	8	V>C

p<.05\* p<.01\*\*

➤ For the each groups in Portugal( Table 4)

Family is significantly higher in 10(accept a hopeless matter) than volunteer(p<.05) and in 13( family ) than elderly group and volunteer(p<.01). Rehabilitation group is also significantly higher than volunteer on 13(family) (p<.01).

Rehabilitation unit’s patients and their family live in the midst of mental diseases, so these results suggest that the experience of mental disorder for patients and families relies more on the meaningfulness and importance of family. Especially for family, to accept the fact that their family is suffering with mental diseases might be to accept a hopeless matter and this recognition has meaningfulness for them.

Table 4 The mean points of Th.F. of the each groups in Portugal

	Elder			Long			Reh.			F.			Vo.			eway ANOVA mul*tiple comparis	
	n	Av	SD	n	Av	SD	n	Av	SD	n	Av	SD	n	Av	SD	F	Tukey HSD
Th.F.1	8	12.63	3.42	6	7.67	5.85	7	12.00	4.28	5	9.40	2.88	4	12.40	2.07	1.821	
Th.F.2	8	6.63	5.71	6	7.17	4.88	7	8.14	3.02	5	8.80	2.17	4	7.80	3.49	0.241	
Th.F.3	8	7.63	5.37	6	6.17	3.37	7	10.29	2.36	5	6.80	4.76	5	10.00	4.64	1.163	
Th.F.4	8	1.75	2.87	6	3.50	5.09	7	4.00	6.22	5	6.00	2.74	5	7.00	6.63	1.107	
Th.F.5	8	5.75	5.92	6	4.83	3.54	7	8.14	4.41	5	7.80	4.55	5	12.40	2.19	2.349	
Th.F.6	8	8.25	5.90	6	9.83	5.81	7	7.86	6.01	5	11.20	4.21	5	11.00	2.12	0.519	
Th.F.7	8	7.50	5.29	6	9.83	2.79	7	3.57	4.61	5	4.00	5.34	5	5.00	5.10	1.928	
Th.F.8	8	9.38	5.18	6	7.17	5.00	7	9.71	1.98	5	6.80	4.55	5	9.40	5.41	0.548	
Th.F.9	8	4.25	6.39	6	10.00	3.46	7	8.86	3.53	5	5.40	3.21	5	6.60	4.16	1.864	
Th.F.10	8	7.13	5.94	6	4.33	6.12	7	9.86	3.93	5	11.80	4.97	5	1.40	3.13	3.64**	F>V
Th.F.11	8	5.38	4.81	6	8.83	4.31	7	7.00	3.46	5	6.60	4.77	5	5.40	3.44	0.702	
Th.F.12	8	8.13	4.45	6	6.33	6.74	7	6.29	6.29	5	9.00	3.67	5	9.20	5.81	0.38	
Th.F.13	8	5.00	4.99	6	5.00	6.75	7	9.86	3.76	5	13.00	2.12	5	1.80	2.68	5.21**	F>V,F>eld,Rih>V
Th.F.14	8	4.75	3.37	6	9.50	6.09	7	5.57	5.65	5	3.80	6.50	5	3.20	4.44	1.336	
Th.F.15	8	7.75	5.57	5	10.33	4.32	7	5.14	3.24	5	6.40	4.39	5	11.00	3.94	1.908	

p<.05\* p<.01\*\*

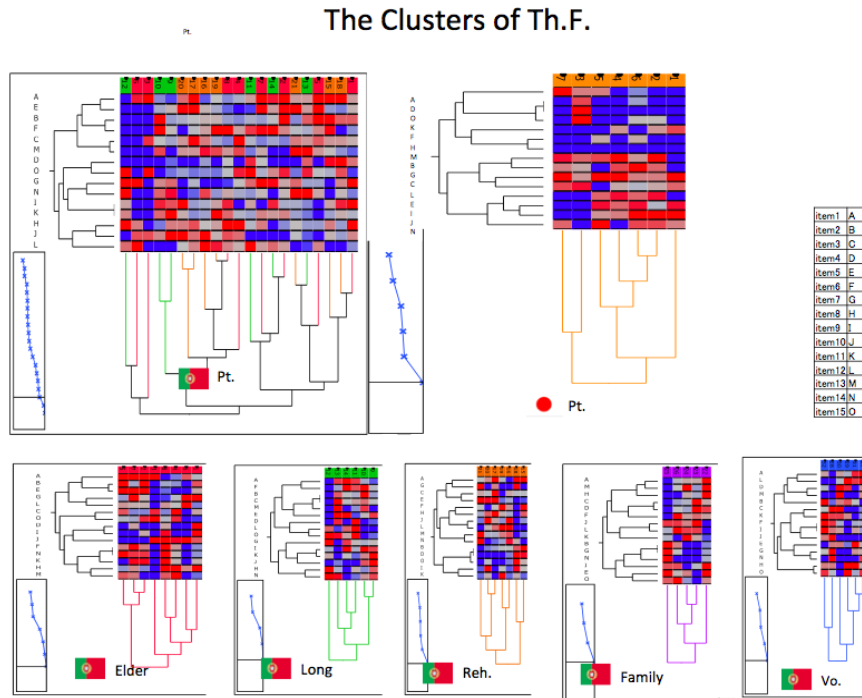
4.1.1.2. The cluster analysis

Portugal ; 8(hope) connects with 10(accept a hopeless matter) for patients. For each group, 8(hope) connects to Elder group ; 13(family), Long term group; 14(prejudice), Rehabilitation group ; 6(self

understanding), Family; 13(family) and 1(altruism), Volunteer ; 15(to have own role). These results suggest that to face the main problem of oneself is related to having hope.

Japanese ; 8(hope) connects with 13(family) because these two factors are both hard to have meanings for them. This result suggest that Japanese people are not be able to have hope because they live a very severe situation with their families. It was mentioned that they had various useful experiences and felt meaningfulness in this group, but still couldn't solve this problem, even within this group.

**From focus group results and Th.F., in Japan, To have hope for the future is more difficult than Portugal and one of the reasons for this is the severe situation surrounding Japanese families.**



SOC (meaningfulness: me comprehensibility: co manageability: ma)

Before all of the analysis, we confirmed the reliability of SOC. The cronbach $\alpha$  were 0.88(all), 0.71(co), 0.77(ma), 0.86(me).

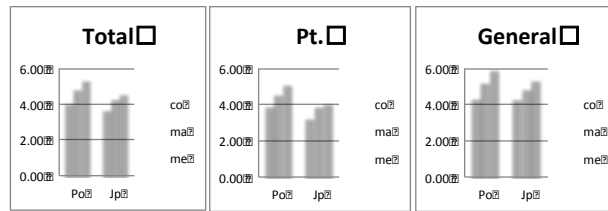
(1) Comparison of Portugal and Japan.(Table 5)

For mean of SOC, Portugal data are higher than Japan in all of the situations. The Portugal data are very similar to Japan's. All data of two countries, General > Patients, me > ma > co.

Table 5 The descriptive statistics of SOC

Po	Total (n=31)		Pt. (n=21)		General (n=10)		Jp	Total (n=14)		Pt. (n=8)		General (n=6)	
	Av	SD	Av	SD	Av	SD		Av	SD	Av	SD	Av	SD
co	4.09	0.93	3.98	0.98	4.39	0.80	co	3.74	0.89	3.27	0.75	4.36	0.68
ma	4.87	1.14	4.62	1.22	5.29	0.86	ma	4.35	1.11	3.95	1.17	4.88	0.84
me	5.39	1.28	5.14	1.36	5.94	1.03	me	4.64	1.26	4.08	1.39	5.38	0.56
Total	136.74	26.27	131.08	27.37	148.70	21.88	Total	121.71	27.54	108.13	26.65	139.83	17.00







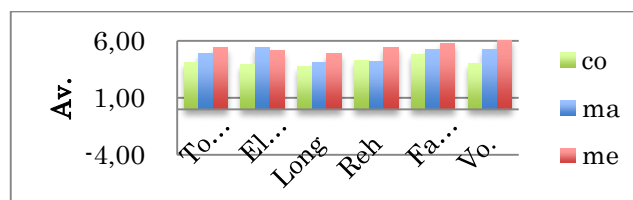

(2) For each group's SOC points (Portugal   
 High ma score characterizes the elderly group. This result suggests that the elder people tend to have a bigger sense of manageability.

Table 6 The descriptive statistics of SOC : each Gr 

Po	Total (n=31)		Elder (n=8)		Long (n=6)		Reh (n=7)		Family (n=5)		Vo. (n=5)	
	Av	SD	Av	SD	Av	SD	Av	SD	Av	SD	Av	SD
co	4.09	0.93	3.93	0.95	3.71	1.02	4.26	1.06	4.80	0.74	3.98	0.70
ma	4.87	1.14	5.40	1.05	4.08	0.68	4.20	1.40	5.28	0.69	5.28	1.08
me	5.39	1.28	5.13	1.36	4.84	1.81	5.41	1.03	5.78	0.93	6.10	1.21
Total	136.74	26.27	138.22	23.13	120.33	30.50	132.14	30.22	151.80	19.21	145.60	26.16



4.2. The relation of Th.F and SOC(Portugal, Pt.) 

(1) Correlation (spearman)

To examine the relation of therapeutic Factors and SOC, we calculated spearman's correlation. 1 (altruism) correlates Total, manageability and 2 (catharsis) correlates meaningfulness(  $p < .05$ ). 15 (to have own role) also has correlation with manageability(  $p < .05$ ). 9(Universality) has negative correlation with comprehensibility(  $p < .05$ ) and manageability(  $p < .01$ ). 10( accept a hopeless matter) also has negative correlation with Total, manageability and meaningfulness(  $p < .05$ ).

There are many factors which have negative correlation with manageability, especially **8 (hope)**, 9(Universality) and 10 (accept a hopeless matter) **have negative correlation with all subscales of SOC**. 1 (altruism), 4(Belonging), and 15 (to have own role) has positive relationship with all subscales of SOC.

These results suggest that the people who have meaning to help others(1) in a group have high sense of cohesiveness. Also, the people who have meaning to express their emotions(2) have high sense of meaningfulness in their life, and those who have meaning to take own role(15) have a high sense of manageability.

Adversely, the people who have meaning to feel universality(9) and acceptance of a hopeless matter(10) have low sense of cohesiveness.

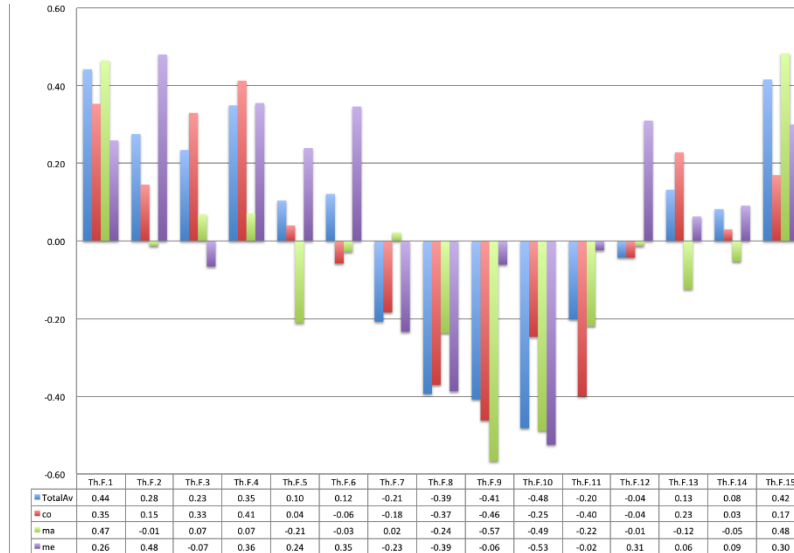
**For the relation of hope and each items, 14(-.513,  $p < .01$ )** "When you think about your life, you very often: feel how good it is to be alive/-ask yourself why you exist at all", **26(-.616,  $p < .01$ )** "When something happened, have you generally found that, you saw things in the right proportion /-you overestimated or underestimated its importance) have **negative correlation with 8(hope)**.

**This result suggests that when patients find themselves in these situations, to get hope within group is not as important.**

Table and Figure 7 The correlations of SOC and Th.F

Po		TotalAv	co	ma	me
Th.F.1 (n=21)	Spearman(S) p	.442* 0.05	0.35 0.12	.465* 0.03	0.26 0.26
Th.F.2 (n=21)	Spearman(S) p	0.28 0.23	0.15 0.53	-0.01 0.96	.480* 0.03
Th.F.3 (n=21)	Spearman(S) p	0.23 0.31	0.33 0.14	0.07 0.77	-0.07 0.78
Th.F.4 (n=21)	Spearman(S) p	0.35 0.12	0.41 0.06	0.07 0.76	0.36 0.11
Th.F.5 (n=21)	Spearman(S) p	0.10 0.85	0.04 0.86	-0.21 0.36	0.24 0.30
Th.F.6 (n=21)	Spearman(S) p	0.12 0.80	-0.08 0.80	-0.03 0.90	0.35 0.12
Th.F.7 (n=21)	Spearman(S) p	-0.21 0.37	-0.18 0.43	0.02 0.92	-0.23 0.31
Th.F.8 (n=21)	Spearman(S) p	-0.39 0.08	-0.37 0.10	-0.24 0.30	-0.39 0.08
Th.F.9 (n=21)	Spearman(S) p	-0.41 0.07	-.462* 0.04	-.567** 0.01	-0.06 0.79
Th.F.10 (n=21)	Spearman(S) p	-.482* 0.03	-0.25 0.28	-.489* 0.02	-.525* 0.01
Th.F.11 (n=21)	Spearman(S) p	-0.20 0.38	-0.40 0.07	-0.22 0.34	-0.02 0.92
Th.F.12 (n=21)	Spearman(S) p	-0.04 0.85	-0.04 0.86	-0.01 0.96	0.31 0.17
Th.F.13 (n=21)	Spearman(S) p	0.13 0.57	0.23 0.32	-0.12 0.59	0.06 0.70
Th.F.14 (n=21)	Spearman(S) p	0.08 0.72	0.03 0.90	-0.05 0.82	0.09 0.69
Th.F.15 (n=20)	Spearman(S) p	0.42 0.07	0.17 0.47	.483* 0.03	0.30 0.20

p<.05\*      p<.01\*\*



(2) One way ANOVA

The therapeutic factors of groups are useful for people of various health levels. To determine more detail of the relation between therapeutic factors and SOC, we made 3 groups by total score of SOC. We divided subjects each 33 percentile ; high, middle, and low score group. by one way ANOVA.

About the total score of SOC, the high SOC group is significant high between the low SOC group in 1(altruism) (p<.05). (Table 8).

About sub-scale co and me, there is no significant difference. (Table 9,11)

About sub-scale ma, the low SOC group is significantly high between the high group in 9(universality) (p<.05) and in10(accept a hopeless matter) between the middle and the high group.(p<.05)(Table 10).

These results showed that group experience is useful ma-low SOC people, to feel universality and accept a hopeless matter. Otherwise, especially for the high SOC people, to help the others (Altruism) is a useful experience in a group.

Table and Figures 8 The one-way ANOVA and multiple comparison : SOC Total

Po	SOC (Total)	H (n=7)	M (n=7)	L (n=7)	F Tukey HSD
Th.F.1	Av SD	14.00 1.73	11.00 4.00	8.00 6.03	F(2,18)=3.42 H>L
Th.F.2	Av SD	9.00 5.10	7.57 3.41	5.29 4.75	F(2,18)=1.23
Th.F.3	Av SD	8.43 3.74	9.86 2.97	6.00 5.16	F(2,18)=1.62
Th.F.4	Av SD	3.71 5.62	4.71 5.44	0.57 1.13	F(2,18)=1.57
Th.F.5	Av SD	7.57 5.06	5.71 4.46	5.57 5.38	F(2,18)=0.35
Th.F.6	Av SD	8.29 6.21	10.71 3.55	6.71 6.82	F(2,18)=0.87
Th.F.7	Av SD	5.71 4.75	7.43 5.41	7.43 5.32	F(2,18)=0.26
Th.F.8	Av SD	6.29 3.59	9.29 4.75	11.00 3.37	F(2,18)=2.55
Th.F.9	Av SD	4.57 5.09	8.29 4.96	9.43 5.19	F(2,18)=1.75
Th.F.10	Av SD	3.86 4.71	7.29 5.59	10.57 4.96	F(2,18)=3.04
Th.F.11	Av SD	6.43 5.47	5.86 1.46	8.43 5.00	F(2,18)=0.67
Th.F.12	Av SD	6.00 5.48	7.43 6.27	7.57 5.68	F(2,18)=0.16
Th.F.13	Av SD	6.86 5.79	7.43 5.97	5.57 5.32	F(2,18)=0.20
Th.F.14	Av SD	6.71 4.23	5.43 5.53	7.00 6.32	F(2,18)=0.17
Th.F.15	Av SD	9.86 4.49	7.29 5.09	5.33 4.84	F(2,17)=1.45

p<.05\*      p<.01\*\*      1  
n=6

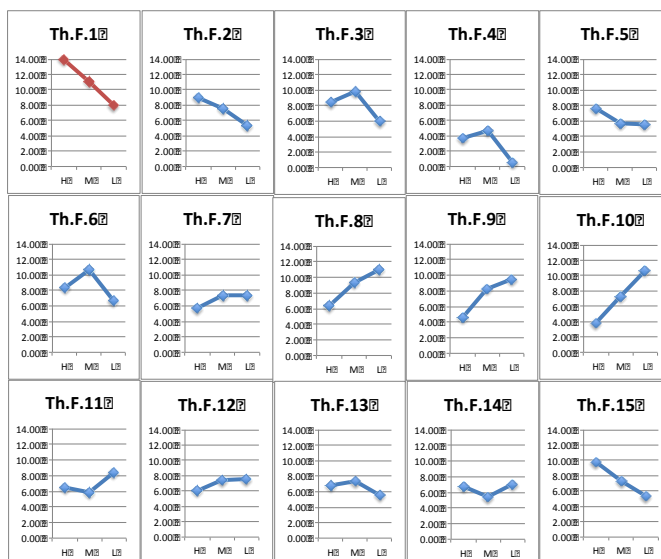


Table and Figures 9 The one-way ANOVA and multiple comparison : co

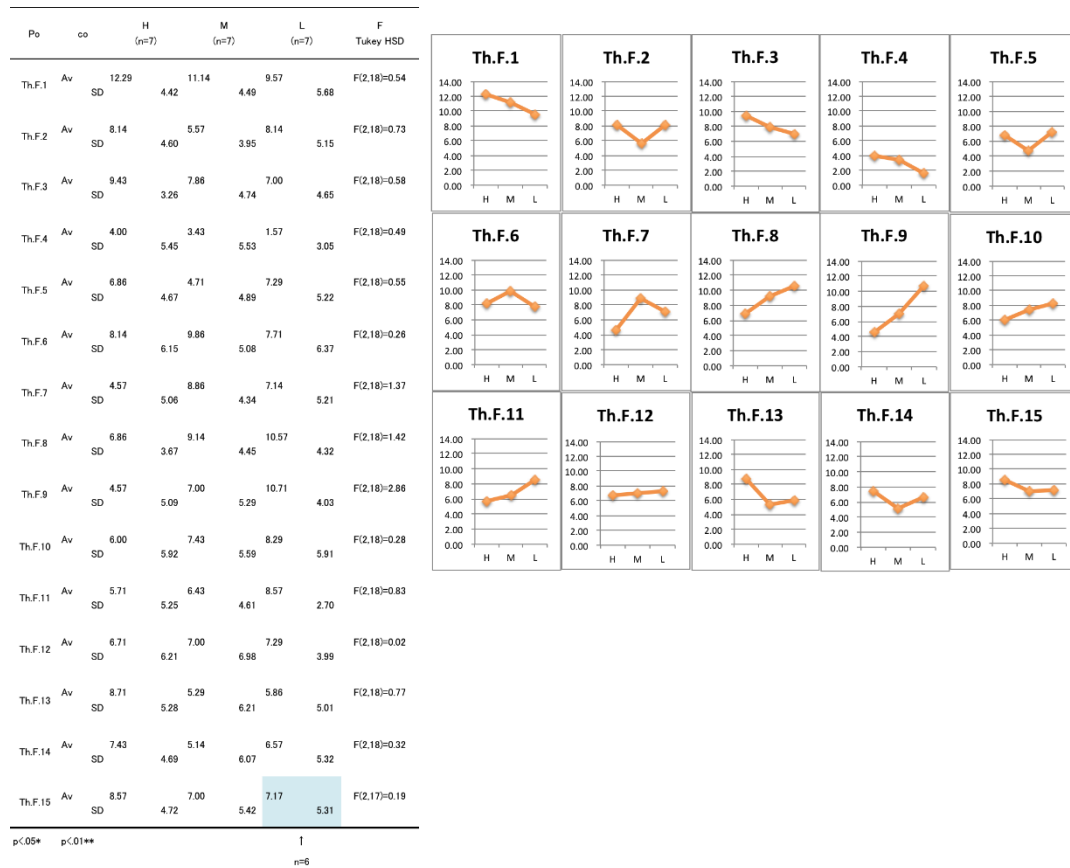


Table and Figures 10 The one-way ANOVA and multiple comparison : ma

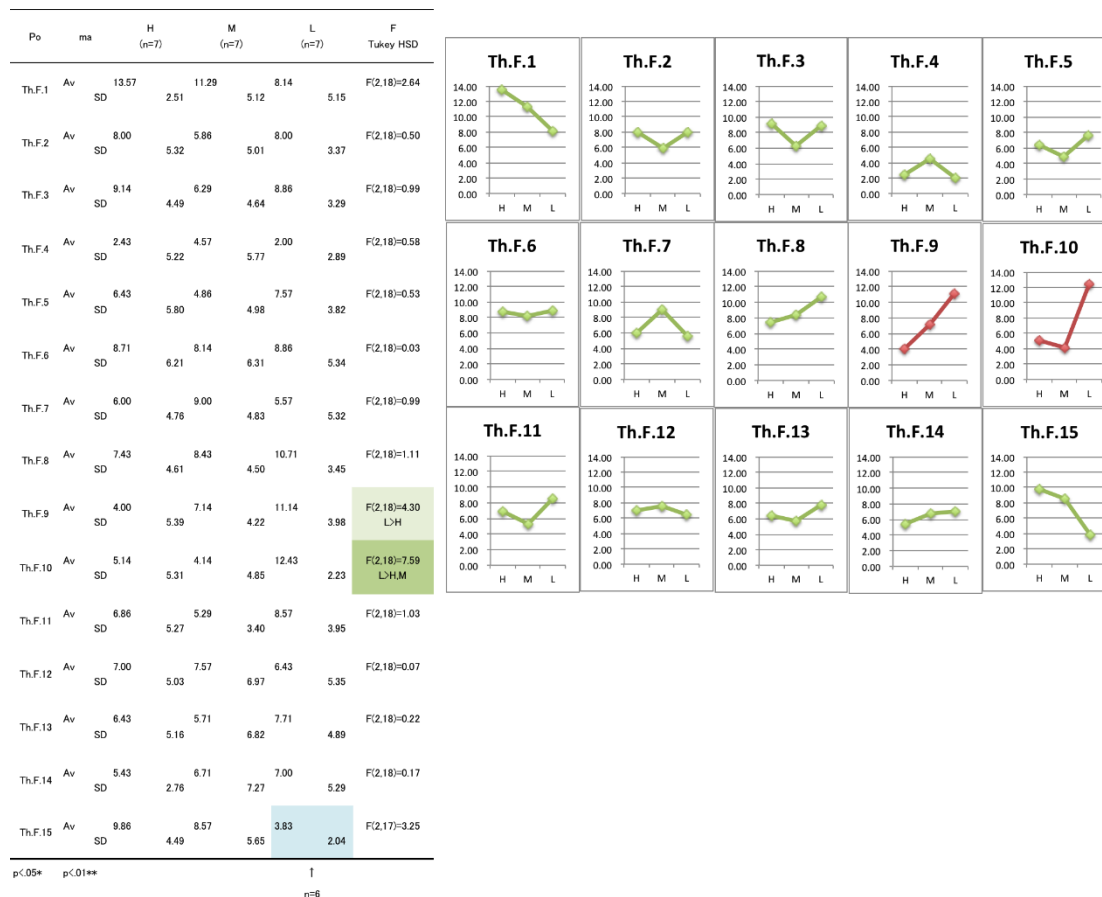
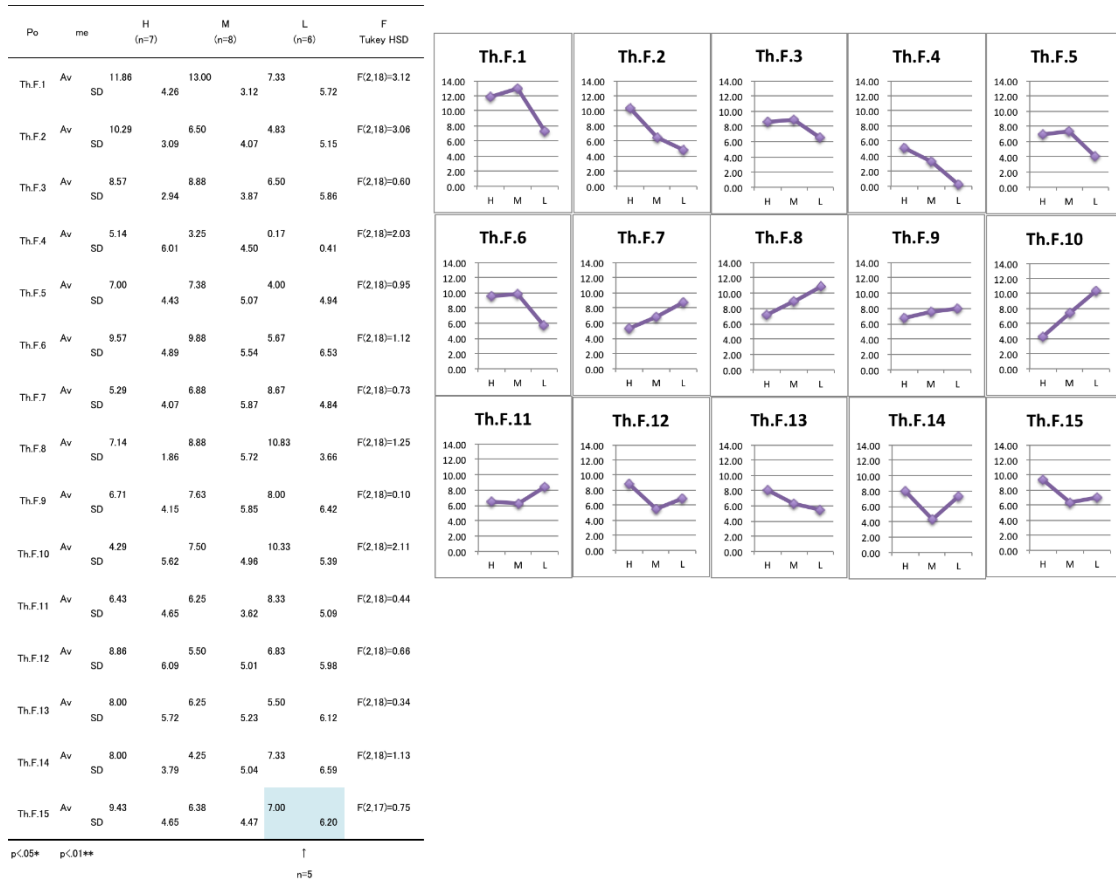


Table and Figures 11 The one-way ANOVA and multiple comparison : me



## 5. Discussion about each groups in Portugal

### Elder patients

In the elder patients group, when analysing the relationship between hope and the other therapeutic factors, we found that it is related mainly with Family Reenactment factor. The factor Hope is disclosed from the therapeutic factors of altruism, catharsis, guidance, identification and interpersonal learning – input.

When we analyse all of the items of SOC and therapeutic factors together, we found that Hope is closely related to the therapeutic factors of Identification and Interpersonal learning – output, but not with any of the SOC Factors.

The focus group results show us that, for patients in elder patients, hope is related to six categories: believes and values, family, elder age, awareness, optimism and social environment. In the first category, Believes and values, altruism and believing in the future are the themes that appear to be more associated with hope.

For the family category we found that family awareness is the theme connected with hope. In the elder age category, two themes appear to be related with hope: personal realization and isolation. In the category of awareness, themes such as new strategy, no solution and limited solution are related to hope.

The last category found in the focus group was the social environment. In this case, hope appears associated with social relationships, support groups and communication.

### Long term inpatients

In the long term inpatients group, when analysing the relationship between hope and the other therapeutic factors, we found that it is related mainly with the abolish prejudice to mental disorder factor.

When we analyse all of the items of SOC and therapeutic factors together, we found that Hope is related to SOC Factor '*manageability*'.

The focus group results show us that, for patients in long term inpatients, hope is related to six categories: *believes and values, family, long term, awareness, optimism* and *social environment*. In the first category, *Believes and values*, believing in the future is what appears to be more associated with hope. For the *family* category, family awareness is the theme associated with hope. In the *long term* category, it was found a large amount of symptoms associated with hope, such as isolation, despair, sadness and frustration but also personal realization. In the category of *awareness*, themes as new strategy, no solution and limited solution are associated with hope. The last category found in the focus group was the *social environment*. In this case, hope appears associated with social relationships.

#### Patients in Rehabilitation stage

In the rehabilitation group, when analysing the relationship between hope and the other therapeutic factors, we found that it is related mainly with the self understanding factor(6). The factor Hope (8) does not seem to be related to the therapeutic factors of catharsis (2), belonging (4), role taking (15), universality (9) and interpersonal learning – input (11).

When we analyse all of the items of SOC and therapeutic factors together, we found that Hope is closely related to the therapeutic factors of Existential factors (10(accept a hopeless matter)) and Interpersonal learning – output (12).

The focus group results show us that, for patients in rehabilitation treatment, hope is related to six categories: *believes and values, family, mental disorder, awareness, optimism* and *social environment*. In the first category, *Believes and values*, altruism is what appears to be more associated with hope. For the *family* category we found five important themes: cry for help, protection, need to communicate, family awareness and avoiding communication. For this group of patients, the role played by the family is extremely important as they will live and relate to them after the treatment. In the *mental disorder* category, it was found a large amount of symptoms, such as hallucinations, suicide attempt, isolation, impulsivity, aggressive behaviours and avoidance, but also hobbies and catharsis. This group of patients is yet recovering from a crisis period, so it is very natural that the impact that the symptoms had in their recent lives is related to the hope they feel. Also, it is a group with a relative short story in mental health problems and for that reason, yet adapting to the situation and learning how to live and to deal with the problem. In the category of awareness, this topic continues as they associate hope with the use of new strategies for dealing with the problem, or also, having no solution, in a reverse way. The last category found in the focus group was the social environment. In this case, hope appears associated with social relationships, participation in religious activities, support groups and health professionals.

#### Families

In families hope (8) appears to be related with altruism (1), accepting a hopeless matter (10) and family (13). In the individual interviews all familiars emphasise the need to learn to accept that the mental health problem of their relative is some think they cannot change, so they can provide the necessary support to that family member. This acceptance seems to give meaning to their altruism.

#### Volunteers

The analysis of the relationship between hope and the other therapeutic factors, regarding the Volunteers group, shows that it is mainly related to the Role Taking factor (15). On the other hand, the data also shows that hope is not as related to some of the factors as Altruism (1), Interpersonal Learning Output (12), Belonging (4), Family Re-enactment (13) and Catharsis (2).

The focus group results show us that, for the Volunteers, hope is related to 3 main categories: *Social Environment*, *Relationship between Volunteers and Patients*, and *Beliefs and Values*. In the first category, the volunteering itself, and the participation in religious and community activities, appear to be more associated with hope. Hope also seems to be related to the category *Relationship between Volunteers and the Patients*, being that themes like prejudice (or lack thereof), respect, empathy, protection and communication emerge as relevant. Regarding the category *Beliefs and Values*, hope shows a relation with themes such as altruism and religious reliefs.

## 6. Conclusions:

The results of this research suggest that the Portuguese can still have hope for the future, even having recognized that they're living a hopeless situation.

From the results of SOC, to have meaningfulness in their life is the highest. In the therapeutic factors investigation, to have interpersonal relationships, especially helping others and having an own role in the group, shows as very important to maintain hope in the future. The results of relation between SOC and Therapeutic factors, helping others is strengthen their sense of cohesiveness totally. This result means to helping others strengthen their coping abilities against the despair situation.

In the results of the interviews, the importance of believing that the future will be better is talked about. The results of patients and families show that the group helps to understand about their families and accept despairing situation. A meaning of mutual support was also found in the results of interviews.

From these results, it is suggested that the Portuguese use the coping strategy of simply believing and having hope for future **with faith in God**, and continue having hope by acceptance and change of cognition of the despair situation with meaningfulness and the mutual support with their families. For them, having and maintaining hope depends highly on the strength of the bond with their families, and the meaningfulness that comes with helping others around them.

From a comparison with Japan, the Japanese sense of cohesiveness is lower than the Portuguese's, and the situation of families is severe and **almost of Japanese don't have religion**. **The way to have and maintain hope for the future, Portuguese are characterized in strength of their family bonding and their religion.**

## 7. Reference

Antonovsky A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass

Sugiyama E. (2012). *Studies on the Effects of Interaction between the Psychologically Handicapped and Communities: Utilizing Therapeutic Factor*. International Conference on Community Psychology, Barcelona



---

**ANEXO C**

Poster - IV Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente  
“Neuropsicologia e desenvolvimento”



## Clínica Psiquiátrica de S. José

Elisabete Santos Pereira\*  
Catarina Janeiro\*\*



Irmãs  
Hospitaleiras  
CLÍNICA PSQUIÁTRICA DE SÃO JOSÉ

Segundo dados do Instituto da Droga e da Toxicod dependência, referentes ao ano de 2006, a Cannabis é a droga mais consumida em Portugal, com indicadores de aumento de consumo (IDT, 2006). Em 2011, mais de um quarto dos alunos do secundário referiram já ter consumido Cannabis (Feijão, 2011). Os efeitos psíquicos do consumo desta droga a curto prazo podem expressar-se por um quadro psicótico alucinatório delirante agudo, sonolência ou euforia, fragmentação do pensamento ou alterações de memória; e a longo prazo por alteração/empobrecimento da personalidade. É frequente o atendimento nos serviços de saúde mental de jovens que, pelo consumo da Cannabis, despoletam uma crise psicótica aguda, que tendencialmente será transitória, mas que poderá ter uma evolução desfavorável e conduzir à necessidade de tratamento para estabilizar a sintomatologia, ou mesmo a tornar-se uma patologia crónica. Os riscos que estes consumos comportam para a saúde mental dos jovens consumidores são reais e é necessária uma intervenção incisiva e eficaz para reduzir o dano mas também para informar e educar estes jovens em relação ao consumo da substância e aos seus efeitos e riscos.

A Clínica Psiquiátrica de São José é uma Instituição Particular de Solidariedade Social dirigida pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Foi fundada como estabelecimento de Saúde em 1956 e em 1995 mudou de instalações para a estrutura onde se situa atualmente. O objetivo da instituição consiste em proporcionar, às pessoas com problemas de saúde mental atendidas nos seus Centros, uma oferta de saúde integral, que inclui aspetos físicos, psíquicos, éticos, sociais e espirituais, com um carácter iminentemente humanizador. A Clínica Psiquiátrica de S. José tem valência de internamento e de consulta externa.

No serviço de psicologia exercem funções 3 psicólogos de diferentes orientações teóricas. Esta multiplicidade de orientações teóricas presentes constitui uma mais-valia, pois faculta uma maior diversidade de intervenções nas várias unidades desta clínica. Assim sendo temos a avaliação e consulta psicológica em internamento e externa. Dinamização de reuniões terapêuticas de grupo nas unidades de longo internamento e participação na equipa multidisciplinar. Na UCI promovem actividades de grupo e o acompanhamento enquanto terapeuta de referência. Envolvendo-se na participação em projectos de investigação e na orientação de estagiários de psicologia. As intervenções são adaptadas à população a que se destinam e às diferentes problemáticas da saúde mental.

Agradecimentos  
Professora Doutora Luisa Gentil Camino  
Professora Doutora Tânia Gaspar

\*Mestranda em Psicologia Clínica da Universidade Lusitana  
\*\* Mestre em Psicologia Clínica, Orientadora de Estágio  
Feijão, F. (2011). Inquérito nacional em meio escolar - Secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. Lisboa: SICAD.  
Instituto da Droga e da Toxicod dependência (2006). Drogas in Portugal: situações e respostas. Lisboa: IDT.

---

**ANEXO D**

Inventário de Avaliação da Depressão de Beck  
Inventário de Ansiedade de Beck

---

**ANEXO E**

Symptom Checklist-90 – Revised (SCL-90-R)