



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Vera Maria de Sá Raposo

Uma vida no meio de tantas outras

Junho 2013



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Vera Maria de Sá Raposo

Uma vida no meio de tantas outras

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Sónia Ferreira Gonçalves

Junho 2013

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ____/____/_____

Assinatura: _____

Índice

Introdução.....	7
Parte I – <i>Curriculum Vitae</i>	8
1. Identificação.....	8
2. Percurso Formativo	8
2.1 Formação Académica.....	8
2.2 Formação Complementar	8
3. Percurso Profissional.....	9
3.1 Formação Profissional.....	9
3.2 Certificação Profissional	9
3.3 Experiência Profissional	9
4. Aptidões e competências pessoais	10
5. Aptidões e competências de organização e trabalho em equipa	10
6. Participação em Projetos de Investigação Científica	11
7. Publicações.....	11
8. Comunicações e Posteriores apresentados	12
Parte II – Descrição de atividades	15
1. Caraterização da instituição principal em que se implementaram as atividades	15
2. Caraterização da Unidade de Psicologia	15
3. Atividades implementadas	16
3.1 Avaliação Psicológica	16
3.2 Intervenção Psicoterapêutica.....	18
3.2.1 Intervenção Psicoterapêutica em P.D.....	18
3.2.1.1 Intervenção psicoterapêutica individual em P.D.	20
3.2.1.2 Intervenção psicoterapêutica grupal em P. D.	21
3.2.2 Intervenção psicoterapêutica noutros quadros clínicos.....	21
3.3 Articulação com estruturas sedeadas na comunidade.....	22
3.4 Formação	22
3.5 Investigação	23
Parte III – Reflexão crítica	23
Bibliografia.....	28

Agradecimentos

À Professora Doutora Sónia Ferreira Gonçalves que, sábia e pacientemente, soube lidar com as idiossincrasias e dificuldades que envolveram a elaboração deste trabalho, pela sua prestimosa e disponível orientação e generosa simpatia

Ao Professor Doutor Pedro Rosário, cuja eficiência e disponibilidade tornaram a concretização deste projeto possível, pelo empenho e dedicação imputados “a esta causa”

A todos os colegas “multi” e “uni” disciplinares, pela partilha de ideias e vivências e pelo estímulo e alento sempre transmitidos

A todos os alunos e estagiários de Psicologia, pelo voto de confiança e pelo compromisso que me fazem assumir com a atualização e qualidade técnico-científicas

A todos os familiares e amigos, pela eterna paciência e carinho, pelas horas de ausência, pelos risos e choros não partilhados durante o tempo roubado por este projeto

Ao Gui e à Inês, por tudo o que eles sabem e não é necessário nem possível traduzir em palavras

Por fim... a todos os doentes, por permitirem que a minha vida esteja no meio das suas, tornando-me assim uma pessoa melhor.

Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Minho

Área de Especialização de Psicologia Clínica e da Saúde

Relatório de Atividades: Uma vida no meio de tantas outras

Autora: Vera Maria de Sá Raposo

Orientador: Professora Doutora Sónia Ferreira Gonçalves

Resumo: O presente relatório de atividades profissionais tem como objetivo destacar a experiência e competências profissionais da autora no domínio da Psicologia Clínica e da Saúde. Pretende-se assim descrever as funções exercidas e papéis desempenhados pela autora na prática da Psicologia, bem como as competências teórico-práticas adquiridas e fortalecidas ao longo do seu percurso académico e profissional. Na generalidade, será abordado o trabalho desenvolvido no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Sobral Cid, descrevendo, sobretudo, atividades clínico-assistenciais (avaliação e intervenção psicoterapêutica) e, igualmente, de formação e investigação.

O presente trabalho incluirá ainda uma reflexão crítica acerca da pertinência e limitações dos modelos teóricos e interventivos no âmbito da Patologia Dual.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Terapia Cognitivo-comportamental; Patologia Dual

Master in Psychology – University of Minho
Specialization area: Clinical and Health Psychology
Report Activities: One life between many other
Author: Vera Maria de Sá Raposo
Thesis advisor: PhD Sónia Ferreira Gonçalves

Abstract: The present professional activities report has the objective of pointing out the author's experience and professional competencies in the domain of Clinical and Health Psychology. It is aimed to describe the functions and roles performed by the author in the field of psychology practice as well as the theoretical and practical skills acquired and strengthened throughout her academic and professional career. In general, the work in the Psychiatric Service on the Coimbra Hospital and University Centre - Sobral Cid Hospital will be addressed, describing, mainly, the clinical-care activities (assessment and psychotherapeutic intervention) and, equally, the training and research activities. The present work will also include a critical reflection about the relevance and limitations of the theoretic and psychotherapeutic models on the Dual Pathology field.

Key words: Clinical Psychology; Cognitive Behavioral Therapy; Dual Pathology

Lista de Abreviaturas

A.D.E.B. – Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares

A.P.A. – American Psychiatric Association

C.H.C. – Centro Hospitalar de Coimbra

C.H.P.C. – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra

C.H.U.C. – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

C.I.D.-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (10ª Edição)

D.F.P. – Departamento de Formação Permanente

D.S.M.-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª versão)

F.P.C.E.-U.C. – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

H.P.L. – Hospital Psiquiátrico do Lorvão

H.S.C. – Hospital Sobral Cid

H.U.C. – Hospitais da Universidade de Coimbra

I.E.F.P. – Instituto de Emprego e Formação Profissional

I.P.S.S. – Instituição Particular de Solidariedade Social

N.S.P. – Novas Substâncias Psicoactivas

O.P.P. – Ordem dos Psicólogos Portugueses

P.D. – Patologia Dual

P.H.D.A. – Perturbação e Défice de Hiperactividade no Adulto

U.P.D. – Unidade de Patologia Dual

Introdução

O presente relatório de atividades profissionais surge no âmbito da conclusão do Mestrado Integrado em Psicologia ao abrigo do despacho RT/38-2011. Tem como principal objetivo mencionar uma série de evidências da atividade profissional da autora, nomeadamente em termos do desenvolvimento de competências-base no domínio da Psicologia Clínica e da Saúde. Este trabalho consiste, então, numa reflexão sistematizada ao nível teórico e prático acerca das atividades realizadas ao longo do percurso profissional da autora, e encontra-se organizado em três partes distintas.

Na parte inicial é apresentado o *curriculum vitae*, que pretende descrever o percurso formativo e profissional da autora, incluindo informação relativa à formação académica, complementar e profissional, à certificação e experiência profissionais, a outras aptidões e competências pessoais, bem como dados relativos a investigações, publicações e comunicações.

De seguida são enumeradas e descritas as atividades desempenhadas na qualidade de Psicóloga Clínica no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Sobral Cid (C.H.U.C.-H.S.C.). Iniciando com uma caracterização geral da instituição onde se implementam as atividades, o foco principal da segunda parte do presente relatório recai sobre as atividades e funções na área clínico-assistencial (avaliação e intervenção psicoterapêutica) - em particular no domínio da Patologia Dual (P.D.) - e igualmente, no âmbito da formação e investigação, pretendendo descrever funções e papéis desempenhados na prática profissional da Psicologia, assim como as competências teórico-práticas adquiridas e fortalecidas neste percurso laboral.

Por último, a terceira parte constitui um espaço de reflexão no qual a autora optou por se centrar na área da P.D.. Esta opção prende-se com o interesse pessoal da autora por esta problemática, bem como pelo maior investimento dedicado à mesma, não só ao nível da investigação e formação, mas também em termos clínico-assistenciais. Assim, a autora procurará refletir criticamente acerca da pertinência e limitações dos modelos teóricos e interventivos no âmbito da P. D., das aprendizagens alcançadas com o investimento e trabalho, com a experiência e a formação nesta área e das dificuldades com que se depara e consequentes estratégias delineadas na tentativa de superá-las ou minimizá-las.

Parte I – Curriculum Vitae

1. Identificação:

Nome: Vera Maria de Sá Raposo

Sexo: Feminino

Data de nascimento/ Idade: 23 de Outubro de 1979/ 33 anos

Habilitações escolares: Licenciatura em Psicologia

Morada: Rua da Padaria nº 18, 3040-820 Vila Pouca, Cernache, Coimbra

Contactos: 00351919686836; veraposo@gmail.com

2. Percurso Formativo

2.1 Formação Académica

Data	Instituição de Ensino	Qualificação atribuída	Classificação
2008-09	Universidade Pablo Olavide (Sevilha)	Máster Universitario on line en Neurociencia y Biología del Comportamiento	10 valores (escala de 1 a 10)
2007-08	Instituto Nacional de Psicologia e Neurociências	Pós-Graduação em Neuropsicologia Clínica	16 valores
2003-04	Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho	Pós-Graduação em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia Clínica	17 valores
2002-03	Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (F.P.C.E.-U.C.)	Estágio extra-curricular em Orientação Escolar e Profissional	18 valores
1997-2002	F.P.C.E.-U.C.	Licenciatura em Psicologia, Área de Especialização de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental	16 valores (médica final de Licenciatura)

2.2. Formação Complementar

Data	Entidade Promotora	Denominação da formação	Classificação
5 a 20/01/10	Destaque Certo Unipessoal Lda.	Curso “Provas Complementares no Exame da Demência”	Apto
26/01 a 25/11/09	Departamento de Formação Permanente do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (D.F.P.-C.H.P.C.)	Curso “Intervenções Psicoeducativas na Esquizofrenia”	Bom
12 a 19/12/05; 11/11 a 20/12/05; 1 a 22/10/04	D.F.P. do Hospital Psiquiátrico do Lorvão (H.P.L.)	Cursos: “Distúrbios do Sono”; “Aspectos Comportamentais das Debilidades Mentais”; “Orientação para a Integração do Doente Mental”	4 valores (escala de 0 a 5)

1999-03 1999	Núcleo de Estudantes da F.P.C.E.-U.C.	“Língua Gestual Portuguesa” “Hipnose Clínica”	15 valores 18 valores
-----------------	---------------------------------------	--	--------------------------

3. Percurso Profissional

3.1 Formação Profissional

Data	Entidade Promotora/ Certificadora	Denominação da Formação	Qualificação atribuída	Classificação
01/04 a 30/06/1 1	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. - Ministério da Saúde	Processo formativo no âmbito do procedimento concursal especial de obtenção do grau de especialista Em Psicologia Clínica	Grau de Especialista por equiparação ao estágio da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde	16,04 valores
13/07 a 05/08/1 0	HJPN Consultores Associados, ACE e Instituto de Emprego e Formação Profissional (I.E.F.P.)	Curso de Actualização Pedagógica de Formadores	Formador	Muito Bom
01/07/0 3 a 15/07/0 4	H.P.L. e I.E.F.P.	Estágio Profissional em Psicologia		Bom

3.2 Certificação Profissional

Data	Entidade Certificadora	Denominação da Certificação	Certificação atribuída
Desde 05/08/1 1	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. - Ministério da Saúde	Certificação da Especialidade em Psicologia Clínica	Grau de Especialista por equiparação ao estágio da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde
Desde 24/05/1 0	Ordem dos Psicólogos Portugueses (O.P.P.)	Certificação para o exercício da profissão	Membro efetivo - Cédula Profissional nº 7627
Desde 13/07/0 5	I.E.F.P.	Certificação de Aptidão Profissional	Certificado de Aptidão Profissional nº EDF 18518/2004

3.3 Experiência Profissional

Data	Denominação do empregador	Tipo de empresa/ sector	Função ocupada	Principais atividades
Desde Jan/ 05	Empresas privadas de consultoria e formação; D.F.P.- C.H.U.C.	Setor privado e público (Ministério da	Formadora	Dinamização de formações: Avaliação e Intervenção

		Saúde)		Psicoterapêutica; Abordagem Motivacional; Prevenção da Recaída
Desde Set/04	Clínica Saúde em Dia; Centro Clínico de Poiares; Clínica Matrix, Saúde e Bem-estar	Clínicas Privadas do Setor da Saúde	Psicóloga	Avaliação Psicológica/ psicodiagnóstico; Elaboração de relatórios (ex.: juntas de reforma); Psicoterapia individual
Desde 16/07/ 03	C.H.U.C. (inclui a prestação de serviços no H.P.L. e no C.H.P.C.-H.S.C., extintos com estas designações)	Instituição do Sistema Nacional de Saúde	Estagiária Profission al e de 1º/2º ano; Assistente de Saúde	Avaliação Psicológica; Psicoterapia individual e grupual; Intervenções sedeadas na comunidade; Orientação de estágios; Formação e investigação
Mar/0 6 a Mar/0 7	Centro de Acolhimento Temporário do Centro Social Paroquial do Lorvão (Penacova)	Instituição Particular de Solidariedade Social (I.P.S.S.)	Psicóloga	Avaliação Psicológica; Psicoterapia individual e grupual
Jan a Maio/ 03	Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares (A.D.E.B.)	I.P.S.S.	Psicóloga	Avaliação Psicológica; Intervenção psicoterapêutica individual e grupual;
Dez/0 2 a Dez/0 3	Centro de Apoio Pedagógico e Terapêutico da Lousã	I.P.S.S.	Psicóloga Clínica	Avaliação Psicológica; Intervenção psicoterapêutica individual

4. Aptidões e Competências pessoais

Primeira Língua	Português				
Outras Línguas	Inglês	Francês	Alemão	Espanhol	Língua Gestual Portuguesa ¹
Compreensão Escrita	Excelente	Boa	Elementar	Excelente	Não se aplica
Expressão Escrita	Excelente	Elementar	Elementar	Boa	Não se aplica
Expressão Oral	Excelente	Elementar	Elementar	Elementar	Não se aplica

5. Aptidões e Competências de organização e trabalho em equipa

Sócia	Associação Portuguesa de Patologia Dual (fundadora e secretária da direcção) Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental Associação Portuguesa de Suicidologia
Comissão	I, II e III Congressos de Patologia Dual e Comportamentos Aditivos

¹ Competências elementares de compreensão e expressão gestual

organizadora	<p>Cursos de Formação da A.P.P.D. Workshop: “Sem abrigo e patologia dual: Cuidadores e Serviços de Saúde Mental” I Jornadas do Serviço de Adições do C.H.P.C. Ciclo de Conferências de Psicologia Clínica do H.P.L. I, II e III Encontros Internacionais de Psicologia Clínica do H.P.L.</p>
--------------	--

6. Participação em projectos de investigação científica

- *Emotional consequences in alcoholic patients relatives: a follow-up study considering treatment outcomes;*
- *Estigma e representações sociais da doença mental na população portuguesa;*
- *Eficácia da atomoxetina na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (P.H.D.A) no adulto (Lydo study);*
- *Momento representacional na Esquizofrenia;*
- *Causalidade Social na Esquizofrenia;*
- *Hábitos e motivos da ingestão de álcool nos jovens;*
- *Hábitos e motivos da ingestão de álcool no alcoolismo, na patologia dual e em consumidores da população geral;*
- *A Eficácia do tratamento coercivo em patologia dual.*

7. Publicações

Data	Título	Publicação²
2007	Quando as estrelas estão contra nós: Intervenção Psicológica em desastres naturais	*Saúde Mental, nº 9
2010	Para a morte do suicídio... Aspectos teórico-práticos na intervenção psicoterapêutica em comportamentos suicidários	Peritia - Revista Portuguesa de Psicologia, nº 4
2013	A Null Effect of Target's Velocity in the Visual Representation of Motion With Schizophrenic Patients	*Journal of Abnormal Psychology, nº 122
2013	Interfaces of THDA, psychosis and substance abuse: a clinical case study	*Sociedad Española de Patología Dual (Ed). Casos em Patología Dual 3, Barcelona
No prelo	Abordagem cognitivo-comportamental das perturbações pelo uso de substâncias: A entrevista motivacional e o modelo de prevenção da recaída	Livro de comunicações do II Congresso Internacional de Aditologia “Substâncias de Abuso, que intervenções?”, Açores

² Recorre-se ao símbolo * para assinalar os trabalhos que contaram com a participação de outros autores

8. Comunicações e pósteres apresentados

Data	Título	Local
Comunicações²		
Dez/12	*Perturbações pelo uso de substâncias: da compreensão à intervenção	Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra
Nov/12	* Patologia Dual, Internamento Compulsivo e Raiva: Um Programa Psicoterapêutico	VIII Congresso Nacional de Psiquiatria, Porto
Out/12	*Tratamiento compulsivo en Patología Dual	XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual, Madrid
	Factores de vulnerabilidade na dependência	III Fórum Boas Práticas em Saúde Mental, Curia
Jun/12	Intervenções psicoterapêuticas em patologia aditiva e dual	II Congresso Internacional de Aditologia, Açores
Maio/12	- Serviço de Adições do CHUC – Unidade Sobral Cid, a procura de respostas para problemas específicos; - A história do ovo e da galinha: Psicopatologia, patologia aditiva e patologia dual	XVIII Jornadas do GAF, Viana do Castelo
Mar/12	Em busca da recaída (que se pretende para sempre) perdida	Colóquio de Sensibilização sobre Alcoolismo, Oleiros
Fev/12	Abordagem Psicoterapêutica em Patologia Dual	II Congresso de Patologia Dual e Comportamentos Aditivos, Coimbra
Out/11	Enfoques específicos para pacientes com patologia dual	II Congresso Internacional de Patologia Dual, Barcelona
Set/10	*Rehospitalización en Patología Dual	II Congresso Iberoamericano de Patología Dual y Transtornos Adictivos, Buenos Aires
Jun/10	Abordagem cognitivo-comportamental em Patologia Dual	I Jornadas do Serviço de Adições do C.H.P.C., Coimbra
Abril/10	Intervenção breve em alcoologia	II Jornadas do IMGF, Ovar
2009	- Intervenções comportamentais e cognitivas; -* Distúrbios alimentares: como motivar para a mudar	D.F.P. do C.H.P.C., Coimbra
Abril/09	Os jovens face ao alcoolismo	Alunos do agrupamento de escolas, Proença-a-Nova
Abril/09	- Dependência alcoólica: Modelos teóricos e estratégias de intervenção; - Alcoolismo: conceitos e práticas	Alunos do 4º ano da licenciatura em Psicologia da F.P.C.E.-U.C., Coimbra
Abril/08	Toxicod dependência e alcoolismo	Escola EB 2,3/S de Penacova, Lorvão, Penacova
Dez/06	- *Caracterização sociodemográfica e clínica das Unidades de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada do Hospital Psiquiátrico do Lorvão. - * Avaliação da reincidência no crime	III Encontro de Psiquiatria “Prevenir, intervir e reabilitar num mundo em mudança(s)”, Coimbra

Jun/06	Prevenção de comportamentos aditivos	Escola Dra. Maria Alice Gouveia, Coimbra
	- Representações sociais da doença mental. - O papel do psicólogo clínico nos C.A.T.s	III Jornadas do Projecto Quarto Crescente, Lorvão
Mai/06	Abordagem cognitivo-comportamental do alcoolismo	Ação de Sensibilização sobre Alcoolismo, Anadia
Fev/06	Reabilitação Profissional: A experiência do Hospital Psiquiátrico do Lorvão	Seminário “Reabilitação Profissional”, Condeixa
	Alcoolismo: Interfaces e tratamentos	Escola Profissional Beira-Aguieira, Penacova
Nov/05	Abordagem cognitivo-comportamental do alcoolismo crónico	Estabelecimento Prisional Regional de Coimbra
Jun/04	- Stress e Depressão; - Stress e Família	Escola EB 2/3 e Secundária de Vilar Formoso
Nov/03	*O papel das novas terapêuticas na recuperação do doente esquizofrénico	V Congresso Nacional de Psiquiatria, Coimbra
	Doença Bipolar: as duas faces da mesma doença	Sessão psicopedagógica da A.D.E.B., Castelo Branco
Formação²		
Nov/12	Abordagens psicoterapêuticas em Patologia Dual (4 horas)	Curso “O doente com P.D. e os cuidados de saúde primários”, Coimbra
Nov/11	Abordagem psicoterapêutica da P.H.D.A. no Adulto (8 horas)	D.F.P. do C.H.P.C., Coimbra
Mai/11	Sessões de Educação para a Saúde (prevenção de comportamentos aditivos em adolescentes)	Escolas da área de referência do ACES do Baixo Mondego
2010	Trabalho em equipa para a eficácia da prestação de cuidados (24 horas)	HJPN, Consultores associados, ACE
Nov/09	Abordagem motivacional (8 horas)	Formação em serviço, Clínica Feminina do C.H.P.C., Coimbra
Poster²		
Fev/13	-* Drogas novas... ou velhas disfarçadas? Smart Shops, “drogas legais” e... nova geração de dependentes? -* Pelos caminhos do álcool: múltiplas trajetórias, múltiplos destinos... Consumo de álcool, razões e psicopatologia na dependência, na patologia dual e na população normal -* Jogo Patológico: E se não for só uma Perturbação do Controlo dos Impulsos? O papel de variáveis psicológicas, de personalidade e ambientais -* O ciclo vicioso no Doente Dual com Personalidade Borderline: Etiologia e Intervenção	III Congresso Nacional de Patologia Dual e Comportamentos Aditivos, Coimbra
Nov/12	* Dar de beber à dor: Hábitos e razões de consumo na dependência, patologia dual e na comunidade	VIII Congresso Nacional de Psiquiatria, Porto
	*Imagem de um Portugal Envelhecido: O olhar da	26ª Reunião do grupo de

Jun/12	Psicologia Clínica na Consulta de Psicogeriatría do CHUC-HSC	estudos do envelhecimento cerebral e demência, Tomar
	-* Da Tempestade à Bonança – Um programa de Gestão da Raiva -* Versos e Reversos do humor – Grupo Psicoterapêutico na Perturbação Afectiva Bipolar	“Reencontro com a AERPPSM: Um Olhar para o Futuro, (Re) pensar a mudança”, Coimbra
Nov/11	*A percepção de eventos dinâmicos em doentes esquizofrénicos: uma dissociação entre causalidade física e social	VII Congresso Nacional de Psiquiatria e Saúde Mental, Coimbra
Out/11	-* Modelo de intervencion en Servicio de Adiciones -* El corazon tiene razones que la razón misma... desconoce? Psicopatología y motivos para la ingestión de bebidas alcoholicas en pacientes com dependência del alcohol - The effectiveness of coercive treatment in substance use disorders: review of the literature	II Congresso Internacional de Patologia Dual, Barcelona
Jun/11	-* De pequenino se torce o pepino: hábitos de consumo de álcool numa amostra de jovens de Coimbra -* Eficácia dos tratamentos coercivos em Patologia Dual -* Quando a diversão se transforma em adicção	I Congresso de Patologia Dual e II Jornadas do Serviço de Adições do C.H.P.C., Coimbra
Set/10	*Motivación: estado o proceso? Las hospitalizaciones y el enfoque motivacional en los trastornos adictivos	II Congresso Iberoamericano de Patología Dual y Transtornos Adictivos, Buenos Aires
Jun/10	-*Dependência da Internet: Uso e Abuso de substâncias; - Patologia Dual em... Pessoa	I Jornadas do Serviço de Adições do C.H.P.C.
Abril/09	* Obsessive spectrum disturbances in the postpartum period	World Psychiatric Association International Congress, Florença, Itália.
Jun/07	* Perturbação de Pós-Stress Traumático, Abuso do Álcool e Violência Doméstica – a propósito de um caso clínico	5ª Jornadas de Alcoologia do Hospital Miguel Bombarda, Sesimbra
Mar/07	- Abordagem cognitivo-comportamental do alcoolismo -* Caracterização do Serviço de Reabilitação do Hospital Psiquiátrico do Lorvão	Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Sobral Cid – Clínica Masculina, Coimbra
Dez/06	*Alcoolismo: um modelo de intervenção cognitivo-comportamental	III Encontro de Psiquiatria, Coimbra
Out/06	*Abordagem cognitivo-comportamental do alcoolismo	III Congresso de Psiquiatria e Saúde Mental dos Açores
Abril/04	*Estudo de follow-up em doentes inimputáveis perigosos	Congresso Internacional de Psiquiatria Forense da Universidade do Minho, Braga

Parte II – Descrição das atividades

Com o intuito de sintetizar a informação constante deste subcapítulo, optou-se por incluir no mesmo apenas a descrição das atividades inerentes ao trabalho prestado na principal instituição que integra - o C.H.U.C.-H.S.C. -, uma vez que as atividades descritas, nomeadamente as de cariz clínico-assistencial, são, na sua maioria, sobreponíveis às implementadas em clínica privada.

1. Caracterização da instituição principal em que se implementaram as atividades

O C.H.U.C. é uma instituição pública de saúde, sob dependência do Ministério da Saúde e que foi constituída, com a sua atual composição, pelo Decreto-Lei 30/2011 de 02 de março. Resulta da fusão de três instituições prestadoras de cuidados de saúde –Hospitais da Universidade de Coimbra (H.U.C.), Centro Hospitalar de Coimbra (C.H.C.) e C.H.P.C. (no qual se integrava o H.S.C.).

O H.S.C integra o Serviço de Psiquiatria do C.H.U.C. e destina-se à prestação de cuidados especializados na área da Psiquiatria e Saúde à população da zona centro do país, com idade superior a 16 anos. Em termos físicos, situa-se nos terrenos da Quinta da Conraria (Coimbra) e apresenta uma estrutura pavilhonar. De acordo com a sua última constituição, é composto pelos seguintes serviços: Internamento - Residentes, Forense, Violência Familiar; Sub-agudos, Agudos (inclui a Unidade de Cuidados Especiais em Psiquiatria; a Unidade de Patologia Dual (U.P.D.) e o Hospital de Dia de Adições). Aqui, funcionam ainda algumas das valências da Unidade Funcional de Reabilitação - Reabilitação Cognitiva, Formação Profissional e Terapia Ocupacional, bem como várias valências de Consulta Externa (Psiquiatria/ Psicologia Geral, Forense, Gerontopsiquiatria, Adições, Co-dependências, Psicologia Cognitivo-Comportamental, Adolescência, Stress Pós-Traumático e Gerontopsicologia).

2. Caracterização da Unidade de Psicologia Clínica

A atual Unidade de Psicologia Clínica integra o Serviço de Psiquiatria do C.H.U.C. e é composta por 9 elementos que asseguram a atividade clínico-assistencial nas mais diversas valências directamente ligadas ao Serviço de Psiquiatria, e noutras unidades do C.H.U.C., nomeadamente no Serviço de Saúde Ocupacional (Consulta de *Burn-out*) e noutros serviços de internamento (ex. Consulta de Psico-oncologia).

As atividades descritas neste subcapítulo referem-se às funções exercidas pela autora deste relatório nas valências/serviços do C.H.U.C.-H.S.C. onde se encontra integrada -

Consulta Externa (Psicologia Geral, Cognitivo-Comportamental, Adições e Psicologia Forense), U.P.D. e Hospital de Dia de Adições - e funções desempenhadas no âmbito da formação e da investigação.

3. Atividades implementadas

3.1 – Avaliação psicológica

A realização da avaliação psicológica e do psicodiagnóstico é uma atividade transversal a todos os contextos clínico-assistenciais nos quais a autora exerce as suas funções, tratando-se do “ponto de partida” de qualquer atividade psicoterapêutica.

Tomando como referencial os manuais de diagnóstico mais comumente utilizados em psiquiatria e saúde mental - o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, APA, 2000) e a *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (CID-10, OMS, 1992), é feita uma recolha de informação clínico-biográfica dos doentes sinalizados à consulta de Psicologia Clínica. Esta sinalização pode ocorrer: via médico de família e/ou médico psiquiatra assistente; Instituto de Medicina Legal ou médico perito (avaliações psicológicas forenses); ou pode ser solicitada *motu proprio* pelo doente.

Para realizar a avaliação psicológica, recorre-se à observação direta e entrevista clínica ao próprio e, sempre que possível, a significativos. A mesma pode também assentar e/ou ser complementada pelo uso de instrumentos de avaliação, dos quais se destacam pela sua utilidade e abrangência, os seguintes:

Tipo de Escala³	Nome	Avalia
Entrevistas	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i> (SCID-I, First et al., 1996)	Psicopatologias do eixo I do DSM-IV
	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders</i> (SCID-II, First et al., 1997)	Perturbações da Personalidade
	<i>Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV</i> (ADIS-IV, Brown, Di Nardo & Barlow, 1994)	Perturbações da Ansiedade
	<i>Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia</i> (PANSS, Kay et al., 1987)	Esquizofrenia
	<i>Borderline Personality Disorder Severity Index</i> (BPDSI, Arntz & J.Giesen-Bloo, 1999)	Perturbação Borderline da Personalidade
Questionários	<i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI, Derogatis, 1993) <i>Symptom Checklist</i> (SCL-90-R, Derogatis, 1992)	Rastreo geral da psicopatologia
	<i>Beck Depression Inventory</i> (BDI-II, Beck et al., 1996)	Depressão
	<i>Zung Self-rating Anxiety Scale</i> (1971; Versão	Perturbações da

³ O tipo de instrumento a que se recorre para complementar a avaliação depende da problemática de base de que há suspeita

	Portuguesa de E. Ponciano e colaboradores, 1982)	Ansiedade
	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> (MMPI-II, Hathaway & Mckinley, 1940) <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i> (MCMI –III, Millon, Davis & Millon, 1997)	Perturbações da Personalidade
Avaliação das Capacidades Cognitivo-Intelectuais		
	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition</i> (WAIS-III, Weschler, 1997)	Capacidades cognitivo-intelectuais
Avaliação Neuropsicológica		
	<i>Addenbrooke Cognitive Examination Revised</i> (ACE-R, Mioshi, et al., 2006) <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MOCA, Nasreddine, 2005)	Várias áreas do funcionamento neuropsicológico
Incapacidade Funcional⁴		
	Inventário de Avaliação Funcional em Adultos e Idosos (IAFAI, Sousa, 2008)	

Particular destaque merece o protocolo de avaliação no âmbito das perturbações induzidas por substâncias, no qual se incluem os seguintes instrumentos: URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*, McConaughy, Prochaska & Velincer, 1983, para avaliação da fase motivação); Questionário de Hábitos de Bebida (Pinto Gouveia & Duarte, 1995); Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA, Pinto Gouveia et al., 1993); Questionário de Razões para Beber (Duarte & Pinto Gouveia, 1995); Questionário de Razões para Consumir (adaptado de Questionário de Razões para Beber, Duarte & Pinto Gouveia, 1995).

No que concerne à avaliação psicológica, a autora considera que estes instrumentos psicométricos de avaliação psicodiagnóstica, embora sejam um bom complemento à compreensibilidade do caso clínico e à definição do diagnóstico, detêm potencialidades limitadas (ex.: escassez de instrumentos validados e aferidos à população portuguesa, ausência de normas específicas). Assim, defende que a base da avaliação psicológica deve ser a entrevista clínica, auxiliada por instrumentos como a SCID e complementada pelos restantes questionários.

Seguidamente, após a redação de um relatório de avaliação psicológica/história clínica, e em função dos objetivos e contextos do encaminhamento, o doente pode manter-se em acompanhamento ou ter alta clínica da consulta de Psicologia Clínica, como ocorre nas seguintes situações: avaliação psicológica em contexto pericial; solicitação visando apenas a realização de avaliação psicodiagnóstica; encaminhamento para outras instituições; ausência

⁴ Avaliação frequentemente solicitada em contexto pericial e em contexto privado, sobretudo em processos jurídicos envolvendo acidentes de trabalho, seguradoras, bem como no âmbito de avaliações psicológicas para juntas psiquiátricas/ de reforma.

de condições para integrar psicoterapia (exs.: demências e/ou deficiências mentais graves, indisponibilidade para a frequência de consultas); presença de dificuldades/sintomas reativos, temporários e/ou que não justificam acompanhamento. No caso dos utentes que se mantêm em acompanhamento psicoterapêutico, o mesmo é delineado nos moldes que seguidamente se descrevem.

3.2 Intervenção Psicoterapêutica

A intervenção psicoterapêutica tem como população-alvo doentes em regime de internamento e de ambulatório, assentando no modelo cognitivo-comportamental (Beck, 1995; Ellis, 1973) que sugere, de uma forma genérica, que as nossas crenças e atribuições desempenham um papel determinante nas nossas emoções e comportamentos, podendo aquelas ser monitorizadas e alteradas. A aplicação deste modelo é adaptada, tendo em conta as especificidades inerentes ao tipo de problemática/psicopatologia em causa, as particularidades do doente, bem como o contexto de implementação. Neste sub-capítulo, a autora optou por dar particular destaque às atividades psicoterapêuticas implementadas no âmbito da P.D., na medida em que esta constitui a principal área de interesse técnico-científico e de intervenção, detendo as restantes áreas um peso quase que residual no seu âmbito de actuação.

3.2.1. Intervenção psicoterapêutica em P.D.

Segundo Szerman (2010), a P.D. resulta de uma série de aspetos etiológicos, genéticos e ambientais, que geram alterações neurobiológicas (cuja relação está demonstrada em ambos os distúrbios), sobre os quais o indivíduo vai desenvolvendo uma série de cognições, comportamentos e emoções dando origem à P.D., formada por, pelo menos, duas entidades nosológicas: uma patologia aditiva e uma doença mental.

Embora entendida por muitos como uma denominação arbitrária para o que se poderia entender como a existência, num mesmo doente, de perturbações coocorrentes ou de comorbilidade psiquiátrica, vários autores defendem, com base em múltiplos argumentos que a autora do presente relatório subscreve, que a designação desta realidade clínica deve ser unificada no conceito “P.D.”:

1º Mais do que a “soma das partes”, a interseção de ambas as disfunções corresponde a uma entidade clínica específica, com particularidades ao nível da sua expressividade sintomática. Exemplificando, um estudo (Szerman, 2010) demonstrou que doentes que cursam quadro depressivo major e perturbação aditiva apresentam taxas de suicídio 3 a 4

vezes superiores, quando comparados com doentes depressivos sem consumo de substâncias.

2º Com o advento do século XXI, investigadores como Volkow (2001), presidente do *National Institute on Drug Abuse*, e as neurociências têm trazido novos conhecimentos, identificando os mecanismos neurobiológicos e substratos cerebrais subjacentes comuns às entidades patológicas que constituem a P.D. (ativação do sistema de stress, alterações no sistema de recompensa, anomalias na transmissão sináptica, etc.). Por exemplo, os estudos apontam para a existência de uma disfunção definitiva no sistema opióide em doentes com perturbação de personalidade borderline e em utentes com perturbação pelo uso de substâncias; assim, quer o auto-dano, quer o consumo de substâncias funcionariam como métodos de regulação do sistema opióide (New & Stanley, 2010).

3º O facto de ser comumente aceite na sociedade científica que a denominada P.D. se encontra entre as perturbações mentais mais prevalentes no mundo. Nos EUA, o estudo ECA sugere que 28.9% dos pacientes psiquiátricos têm uma dependência de substâncias comórbida (Regier et al., 1990), e que 32% dos pacientes depressivos, 47% dos doentes esquizofrénicos, 56.1% dos pacientes bipolares e 83.6% dos pacientes com perturbação da personalidade anti-social têm dependência de substâncias comórbida. Em Portugal, num estudo não publicado que abrangeu os 218 doentes internados na U.P.D. do C.H.U.C. – H.S.C. durante o ano de 2009, e no qual a autora do presente relatório participou, verificou-se que, dos 155 doentes com perturbação induzida pelo uso de álcool, 82,4% cursava psicopatologia; dos 30 utentes dependentes de drogas, 89,2% apresentava igualmente pelo menos um quadro psicopatológico. Os diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes encontrados neste estudo foram as perturbações de personalidade (29,7%), as perturbações induzidas pelos consumos (25,9%), as perturbações afetivas (14%) e as deficiências mentais (10,9%).

4º O facto de, cada vez mais, as normas atuais de um tratamento de excelência para os doentes com P.D. preconizarem o tratamento integrado, preferencialmente em dispositivos assistenciais especializados no âmbito da saúde mental, com intervenção conjunta em ambas as patologias, com uma equipa multidisciplinar devidamente treinada, na qual intervêm técnicos com conhecimentos e competências mais complexas e específicas do que as exigidas pelo tratamento de cada uma das entidades em separado (Negrete, 2005; Szerman, 2010).

Todos estes argumentos consubstanciam a pertinência da utilização do termo “P.D.”, para além de que justificam, de certa forma, não só o interesse da autora por este campo, mas também a relevância dada, no presente relatório, a esta patologia.

Seguidamente, serão então descritas as atividades clínico-assistenciais de cariz

psicoterapêutico realizadas no foro da P.D.

3.2.1.1 Intervenção psicoterapêutica individual em P.D.

No que concerne ao internamento na U.P.D. (13 doentes) e no Hospital de Dia de Adições (12 doentes), após a avaliação e o estabelecimento do diagnóstico é dado início à intervenção psicoterapêutica. Nestes contextos, e à semelhança da consulta externa de adições (cerca de 200 doentes em acompanhamento atualmente), os dois modelos de intervenção primordiais são a abordagem motivacional e a prevenção da recaída (de inspiração cognitivo-comportamental).

A abordagem motivacional trata-se de um paradigma desenvolvido por Miller e Rollnick (1991) com base no modelo transteórico de mudança (Prochaska & Diclemente, 1982) que permite identificar diferentes níveis de predisposição que uma pessoa com perturbação induzida por substâncias pode apresentar no que diz respeito à modificação do comportamento aditivo. Refere-se a um estilo de aconselhamento diretivo, centrado na pessoa, para aumentar a motivação intrínseca. Tratando-se de um tipo de problemática em que a motivação para a mudança constitui um fator fundamental para o sucesso do tratamento, esta abordagem afigura-se como uma estratégia fulcral a ser implementada junto de indivíduos com patologias aditiva, e/ou sempre que o doente não tem crítica para a doença e/ou motivação para a mudança. Especificamente, nos casos de doentes internados compulsivamente ao abrigo da Lei de Saúde Mental n.º 36/98 de 24 de julho, afigura-se como “porta de entrada” para chegar ao doente e pano de fundo premente de qualquer abordagem psicoterapêutica futura.

Relativamente ao modelo de prevenção de recaída, o mesmo foi delineado por Marlatt (Marlatt & Gordon, 1985) e consiste num programa de “auto-gestão” desenhado para atingir o estágio de manutenção do processo de mudança de hábitos. No caso das patologias aditivas, é um método utilizado para manter a abstinência e alcançar um estilo de vida equilibrado. Os componentes incluem a interação entre a pessoa (afeto, auto-eficácia, expectativas de resultado) e os fatores de risco ambientais (influências sociais, acesso à substância, exposição a situações desencadeadoras dos consumos). Integra uma série de estratégias de intervenção específicas que visam ajudar o doente a reconhecer e lidar com situações de alto risco que podem conduzir a um lapso e a modificar cognições e outras reações como forma de prevenir que um lapso evolua para uma recaída.

No caso dos doentes com limitações cognitivas de base (deficiência mental) e/ou adquiridas (quadros demenciais), é utilizada uma adaptação deste último modelo,

desenhando-se planos comportamentais com base no controlo externo de estímulos.

Concomitantemente à intervenção especificamente dirigida aos comportamentos aditivos, recorrem-se aos modelos de intervenção cognitivo-comportamentais específicos para cada quadro psicopatológico apresentado pelo doente. Exemplificando, caso estejamos perante um doente que curse uma perturbação de personalidade recorre-se à terapia focada nos esquemas (Young, 1990), que tem por base o conceito de esquemas precoces mal-adaptativos, e cujo propósito é modificar os mesmos através de intervenções cognitivas, comportamentais, experienciais e interpessoais. Caso estejamos perante um quadro depressivo, ansioso ou psicótico concomitante utilizam-se uma série de técnicas e estratégias cognitivas e comportamentais (Barlow, 1993; Leahy & Holland, 2000), como: atividades de mestria e prazer, exposição, relaxamento, modelamento, estratégias distrativas, registos de auto-monitorização, reestruturação cognitiva; treino de competências.

3.2.1.2. Intervenção psicoterapêutica grupal em P.D.

A autora implementa recorrentemente na U.P.D. um programa cognitivo-comportamental grupal para doentes com problemas ligados ao álcool, sustentado nos princípios da aprendizagem social (Bandura, 1977) e no modelo de prevenção de recaída (Marlatt & Gordon, 1985). Este programa, desenvolvido por Figueiredo (1997), procura: aumentar a motivação para a mudança comportamental e a auto-eficácia; ajustar crenças e expectativas face ao álcool; desenvolver competências assertivas de recusa do álcool; promover a auto-monitorização e o auto-reforço. Este programa tem sofrido alguns ajustes, no sentido de incluir doentes com consumos de substâncias que não o álcool. Atualmente, encontra-se em fase de implementação experimental uma versão reduzida e adaptada do programa *A Cognitive-Behavioral Treatment Program for Overcoming Alcohol Problems* (Epstein & McCrady, 2009), que, com objetivos e metodologia semelhante ao anterior, integra áreas de intervenção como: análise funcional dos comportamentos de consumo; motivação para a mudança; situações de alto risco; planos de auto-gestão; treino de assertividade, gestão do humor, afeto e pensamentos; gestão da raiva e prevenção da recaída.

3.2.2. Intervenção psicoterapêutica noutros quadros clínicos

Dos modelos de intervenção cognitivo-comportamentais específicos para cada quadro psicopatológico (que não a patologia aditiva) derivam os procedimentos replicados no âmbito da consulta externa de cognitivo-comportamental, onde as estratégias são aplicadas, individualmente, com as respetivas adaptações, em função do tipo de psicopatologia e do

utente. Regra geral, após uma avaliação rigorosa das suas queixas e da construção do seu modelo idiossincrático, inicia-se o tratamento com o racional do modelo cognitivo-comportamental e dos modelos explicativos do quadro clínico presente (psicoeducação). De seguida, e após ter sido dedicado tempo à identificação de pensamentos e distorções cognitivas (registos de auto-monitorização, p.ex.), são aplicadas várias estratégias cognitivo-comportamentais como as citadas anteriormente, que visam a mudança cognitiva/comportamental.

Convirá também fazer referência ao programa “Versos e reversos do humor: intervenção psicoterapêutica grupal na perturbação afectiva bipolar”, dinamizado em colaboração com alguns dos estagiários que orienta. Este programa, inspirado nos modelos psicoeducativo de Colom e Vieta (2006) e psicoterapêutico (de cariz cognitivo-comportamental) de Basco e Ruth (2005), pretende melhorar os sintomas, evolução e prognóstico da doença, de modo a reduzir a duração da fase aguda e a aumentar a qualidade de vida, através do aumento do conhecimento da doença e adesão ao tratamento. Contempla também duas sessões para familiares com o intuito de aumentar o conhecimento da doença, promover uma comunicação eficaz e competências de *coping* ajustadas junto dos familiares, e reduzir a expressividade emocional.

3.3 Articulação com estruturas sedeadas na comunidade

Outra função profissional da autora passa pela articulação com estruturas e instituições sedeadas na comunidade. Em particular, e sobretudo no âmbito forense, é por vezes solicitada a sua presença no tribunal, bem como em reuniões alargadas da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. No âmbito da sua intervenção junto de doentes com perturbações aditivas, a autora colabora com a Associação para o Desenvolvimento e Formação Profissional de Miranda do Corvo, e com os técnicos do Projeto de Intervenção Junto dos Sem-Abrigo de Coimbra, em termos de consultas deslocalizadas e em atividades de consultadoria/discussão de casos clínicos e formação.

3.4 Formação

Em termos de formação, importa referir, que desde 2007, a autora é orientadora de estágios curriculares de alunos do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde da F.P.C.E.-U.C., bem como, mais recentemente, de estágios pré-profissionais para a O.P.P. A orientação de estágios implica supervisionar as

consultas, resumos/histórias clínicas e relatórios de avaliação psicológica elaboradas pelos estagiários. Para além disso, existem reuniões clínicas semanais com discussão de casos, reuniões mensais de formação, bem como orientação e supervisão de trabalhos, como pósteres ou comunicações apresentados pelos estagiários em eventos científicos.

A autora do presente relatório colabora ainda com o D.F.P. do C.H.U.C., na qualidade de formadora, ministrando vários cursos de formação em áreas como intervenções cognitivo-comportamentais, abordagem motivacional e prevenção da recaída, abordagem psicoterapêutica no alcoolismo e patologia dual e na P.H.D.A. no adulto.

3.5 Investigação

A autora tem, igualmente, participado em vários projetos de investigação (cf. Tópico 6 da Parte I do presente trabalho), sobretudo em termos de recolha de dados clínico-demográficos (consulta de processos clínicos, realização de entrevista de diagnóstico e aplicação de instrumentos psicométricos), bem como na colaboração na revisão da literatura e na elaboração da análise e discussão dos resultados.

Parte III – Reflexão Crítica

Pelos motivos anteriormente explanados, e que se prendem com o interesse pessoal da autora e pelo maior investimento dedicado à área, optou-se por centrar a reflexão crítica em torno do tema da P.D., procurando refletir acerca da pertinência e limitações dos modelos teóricos e interventivos, das aprendizagens alcançadas com o investimento, experiência e formação nesta área, e das dificuldades com que se depara e consequentes estratégias delineadas na tentativa de superá-las ou minimizá-las.

Recuperando a definição de P.D., é de salientar os mecanismos neurobiológicos e psicológicos partilhados pela patologia mental e aditiva. Assim, do ponto de vista neurobiológico, importa saber que todas as substâncias têm um correlato endógeno (ex: sistema opióide endógeno – álcool e opiáceos; sistema canabinóide endógeno – cannabinóides) e que as perturbações pelo uso de substâncias e a psicopatologia geralmente co-ocorrem, na medida em que partilham vulnerabilidades genéticas/biológicas comuns (Szerman, 2010). Exemplificando, a elevada comorbilidade entre a esquizofrenia e o consumo de *cannabis* seria justificada pela diminuição da atividade frontal nos esquizofrénicos, necessitando os mesmos de aumentar a atividade excitatória, surgindo a *cannabis* (ao bloquear a libertação de GABA, produz excitação cerebral) como meio para a alcançar. Porém, a exposição crónica à substância conduz a uma dessensibilização dos recetores, que

por sua vez agrava as dificuldades neurobioquímicas *à priori* existentes (Friedman et al., 2008).

A necessidade de aprofundar os conhecimentos nesta área, pela sua atualidade e pertinência, levou a autora a fazer formação pós-graduada na área das neurociências e biologia do comportamento. Particularizando, a sustentação neurobioquímica da P.D. permitiu-lhe, através da psicoeducação junto dos doentes/familiares, dotá-los de uma visão mais realista e cientificamente fundamentada acerca das patologias cursadas, contribuindo assim para a desconstrução de conceitos derivados das formulações mais “clássicas” (modelo moral – visão cristã, e modelo espiritual – alcoólicos anónimos) acerca da etiologia, desenvolvimento e manutenção das patologias aditivas e para a redução da estigmatização associada a este tipo de patologias, potenciando o ajuste de crenças e expectativas face à problemática, a melhoria da adesão ao tratamento e da compreensibilidade/ suporte por parte da família.

Contudo, a autora considera que na compreensão da P.D., pelo seu carácter multifacetado, devem estar incluídos os mecanismos psicológicos partilhados pela patologia aditiva e mental, considerando serem os modelos bio-psicossocial e cognitivo-comportamental (sobretudo nos aspetos que vai adotar da teoria da aprendizagem social) os que melhor contemplam estes mecanismos comuns.

De acordo com Marlatt e Gordon (1985), o modelo bio-psicossocial encara este tipo de patologia como um fenómeno multifatorial, que resulta de (e é mantido por) fatores biológicos, sociais, situacionais e psicológicos (personalidade, crenças, pensamentos, expectativas, afetos e comportamentos). A ênfase é colocada na auto-determinação comportamental, na proatividade e envolvimento ativo do sujeito na procura de soluções, aspetos que são transmitidos e trabalhados com os doentes com P.D. e que a autora considera serem fulcrais na adesão e sucesso do tratamento.

Aplicada às perturbações pelo uso de substâncias, a teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977) aponta para o facto de existirem múltiplas vias conducentes aos diversos padrões de relação com a substância, reguladas pelos princípios de aprendizagem cognitivo-social, não existindo necessariamente uma combinação-tipo dos fatores que estão na origem e desenvolvimento das patologias aditivas. Esta conceptualização teórica permite-nos perspetivar que fatores predisponentes de ordem biológica, genética e farmacológica podem, em conjugação com aspetos psicossociais, constituir fatores sensíveis de vulnerabilidade quer para a patologia aditiva, quer para a psicopatologia. No seguimento, importa referir que as expectativas sociais e regras para o comportamento aditivo são também culturalmente

transmitidas por modelamento (Bandura, 1977). Num estudo não publicado, realizado por um grupo de trabalho no qual a autora do presente relatório integrou, verificou-se que o número de sujeitos que refere possuir familiares com consumo excessivo de álcool é superior nas amostras de dependentes do álcool e doentes com P.D., relativamente à amostra da população geral. Este resultado vai ao encontro do descrito na literatura acerca da importância dos fatores sócio-familiares (aprendizagem por modelamento; construção de expectativas acerca dos efeitos das substâncias, etc.), enquanto possíveis fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de quadros aditivos/psicopatológicos.

No modelo cognitivo-comportamental, a atenção é voltada para o estudo dos determinantes dos comportamentos (antecedentes situacionais e ambientais, crenças e expectativas, história familiar/individual, aprendizagens anteriores) e das consequências dos mesmos, ou seja, dos efeitos reforçadores que podem contribuir para potenciar o comportamento (ex.: o consumo de álcool pode ser reforçado por mecanismos de reforço negativo, pois pode provocar uma diminuição de estados emocionais negativos devido ao seu carácter desinibitório) ou das consequências negativas que podem servir para o inibir. As distorções cognitivas e as expectativas também desempenham um papel fundamental na manutenção dos comportamentos aditivos (ex.: crenças irracionais, expectativas positivas acerca dos efeitos da substância e baixas expectativas de auto-eficácia) e psicopatológicos (ex.: crenças relacionadas com a tríade cognitiva da depressão - visão negativa de si, dos outros e do mundo). A perspetivação da P.D. de acordo com o modelo cognitivo-comportamental abre consideráveis potencialidades à intervenção psicoterapêutica, sobretudo quando nos referimos à psicoterapia conjunta, simultânea, da patologia aditiva e da psicopatologia, que poderão partilhar fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção do tipo inter e intrapessoais (exs.: apoio social, relações familiares, cognições, perceções, etc.), que se retroalimentam com base em mecanismos de determinação recíproca. Não obstante a relevância e eficácia deste modelo numa perspetiva global, refletindo sobre a prática diária, a autora considera que o mesmo encerra algumas limitações quando aplicado à P.D.:

1. Escassez de estratégias específicas dirigidas aos comportamentos aditivos, nomeadamente pelos construtos próprios encerrados nesta problemática (ex.: lapso, recaída, expectativas de resultados positivos em relação às substâncias); a mesma deve ser intervencionada com recurso a estratégias próprias derivadas do modelo de prevenção da recaída, concomitantemente à aplicação de estratégias mais genéricas do modelo cognitivo-comportamental mais “clássico”.

2. Especificidades relacionadas com o nível de motivação e as particularidades dos tratamentos, que se traduz na necessidade de investir na investigação para aprofundar o conhecimento acerca de realidades específicas e da eficácia de certas abordagens terapêuticas junto destes doentes, e de flexibilizar as intervenções em função das necessidades que vão surgindo. Exemplificando, aquando do início do trabalho com doentes em regime compulsivo, surgiu a questão da pertinência e eficácia da intervenção junto destes doentes. Assim, numa investigação não publicada da qual foi coautora, envolvendo uma amostra de doentes com P.D., pôde constatar-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo compulsivo e o voluntário em variáveis como a taxa de abandono do tratamento, tempo até ao primeiro consumo e até à recaída, e evolução do tratamento aos 9 meses, sugerindo estes resultados que o estatuto de compulsividade não se traduz *à priori* num entrave para o tratamento, justificando-se implementar psicoterapia junto destes doentes. Por outro lado, o modelo cognitivo-comportamental “clássico” revelava-se pouco eficaz e adequado para intervir, o que conduziu a autora do presente relatório a aprofundar os seus conhecimentos no âmbito da abordagem motivacional, e a adotá-la na sua prática clínica.

3. Especificidades relacionadas com as particularidades cognitivas dos sujeitos: dificuldades na aplicação eficaz e proveitosa das estratégias decorrentes do modelo cognitivo-comportamental em doentes com deficiência mental, devendo adaptar-se os programas de intervenção (ex.: uso de estratégias englobadas nos programas de controlo externo de estímulos e de bebida moderada, Marlatt & Gordon, 1985). O mesmo é válido para doentes que apresentam rebate cognitivo significativo fruto da patologia aditiva e/ou da psicopatologia, surgindo a necessidade de incluir primeiramente, o treino de estimulação, reabilitação e/ou remediação cognitiva, que se torna condição *sine qua non* para que a psicoterapia possa funcionar. Daí a autora ter optado por fazer formação na área da neuropsicologia clínica.

4. Especificidades relacionadas com “Novas Substâncias Psicoativas” (N.S.P.), cujos efeitos e consequências são, na sua maioria, ainda desconhecidas. A necessidade de conhecer melhor esta nova realidade levou a autora, conjuntamente com o seu grupo de estágio, a implementar uma investigação junto da população não clínica consumidora deste tipo de substâncias, destacando-se os principais resultados: existe consumo prévio ou atual de drogas ilícitas e/ou álcool; o baixo preço, a sua acessibilidade e a curiosidade surgem como principais motivos de consumo; este tipo de consumo associa-se a expectativas positivas acerca do efeito das substâncias. Os resultados deste estudo apontam para algumas especificidades relacionadas com o consumo das N.S.P. o que sugere que as intervenções

devam ser ajustadas de forma idiosincrática.

Em síntese, a autora deste relatório defende que a prática clínico-assistencial deve ser sustentada num conhecimento teórico sólido e cientificamente comprovado, sendo indispensável que o psicólogo domine os modelos teóricos que fundamentam e vão enquadrar a sua intervenção. Considera que a realidade clínica vai criando necessidades e permitindo identificar dificuldades que só podem ser supridas com uma formação e atualização contínuas (investigação científica, ações de formação, estudo sistemático), acreditando que é fundamental acompanhar as evoluções teórico-científicas e práticas, e atualizar incessantemente conhecimentos, para que a Psicologia seja dignificada e praticada de forma cada vez mais ética e rigorosa, contribuindo para a sua importância enquanto ciência e área de intervenção.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Arntz, A., & Giesen-Bloo, J. (1999). *Borderline Personality Disorder Severity Index* (4th version). University of Maastricht, Department of Medical Clinical and Experimental Psychology, Maastricht.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barlow, D. (1993). *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2^a ed.). New York: Guilford Press.
- Basco, M., & Rush, A. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. (1995). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: American Library Trade.
- Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1996). *Beck Depression Inventory II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation/Graywind Publications Incorporated.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation for Bipolar Disorder*. New York: Cambridge University Press.
- Derogatis, L. (1992). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures, Manual-II* (2^a ed.). USA: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring, and Procedure Manual* (4^a ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Duarte, F., Pinto Gouveia, J. (1995). Questionário de Razões para Beber. In F. Duarte (1997) *Consumo de Álcool: Do Uso à Dependência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press.
- Epstein, E., & McCrady, B. (2009). *A Cognitive-Behavioral Treatment Program for Overcoming Alcohol Problems*. Oxford: University Press.
- Figueiredo, P. (1997). Abordagem cognitivo-comportamental do alcoolismo: um modelo de intervenção terapêutica. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 225-232.

- First, M., Gibbon M., Spitzer R., Williams, J., & Benjamin L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & William, J. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Friedman, J., Goetz, R., Colibazzi, T., Cressman, B., & Malaspina, D. (2008). Temporal association of cannabis use with symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 106 (2-3), 286-293.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, pp. 249-254.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Leahy, R., & Holland, S. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Anxiety Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (1^a ed.). New York: Guilford Press.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: The Guilford Press.
- Millon, T., Davis, R. D., & Millon, C. (1997). *MCMII-III manual* (2^a ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (11), pp. 1078-1085.
- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Negrete, J. (2005). Introducción. In N. Szerman, C. Vara, & M. Casas (Eds). *Patología dual en Esquizofrenia: Opciones terapéuticas*. Barcelona: Editorial Glosa.

- New, A., & Stanley, B. (2010). An Opioid Deficit in Borderline Personality Disorder: Self-cutting, substance abuse, and social dysfunction. *The American Journal of Psychiatry*, *167*, pp. 882-885.
- Organização Mundial de Saúde, OMS (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneve: World Health Organization.
- Pinto Gouveia J., Duarte, F. (1995). Questionário de Hábitos de Bebida. In F. Duarte (1997). *Consumo de Álcool: Do Uso à Dependência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Pinto Gouveia, J., Ramalheira, C., Robalo, M., Borges, J. C., & Almeida, J. R. (1993). Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA). *Psiquiatria Clínica*, *14*, 147-163.
- Ponciano, E., Serra, A. V., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung, numa amostra de população portuguesa- II- Sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*, *3* (4), 203-213.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, *19*, 276-288.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA). *JAMA*, *264* (19), 2511-2518.
- Sousa, L. B., Simões, M. R., Pires, L., Vilar, M., & Freitas, S. (2008). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): Manual de Administração e Cotação*. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Szerman, N. (2010). *Guía práctica de actuación patología dual en depresión, suicidio y dolor: Recomendaciones de expertos*. Madrid: SEPD.
- Volkow, N. (2001). Drug abuse and mental illness: Progress in understanding comorbidity. *The American Journal of Psychiatry*, *158*, pp. 1181-1183.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition (WAIS®–III)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.