



## Universidades Lusíada

Campana, Alexandre Miguel Marques de Carvalho,  
1970-

### **A intervenção psicológica em contexto privado : Oficina de Psicologia**

<http://hdl.handle.net/11067/1257>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2014-11-21
<b>Resumo</b>	Este relatório de estágio é o culminar de 9 meses de experiência de interligação entre a teoria adquirida na faculdade, e a prática profissional na Oficina de Psicologia, o que proporcionou compreender o trabalho multifacetado do psicólogo clínico, bem como adquirir competências profissionais e interpessoais fundamentais à prática da profissão. Numa primeira fase deste relatório caracteriza-se o local de estágio e a sua população-alvo. Na segunda fase apresenta-se um enquadramento teórico que su...
<b>Palavras Chave</b>	Terapia cognitiva, Psicologia clínica - Prática profissional, Oficina de Psicologia - Ensino e estudo (Estágio)
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T21:12:14Z com  
informação proveniente do Repositório



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 privado:  
Oficina de Psicologia**

**Realizado por:**

Alexandre Miguel Marques de Carvalho Campana

**Supervisionado por:**

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

**Orientado por:**

Dr. Nuno Filipe Dias dos Reis Mendes Duarte

**Constituição do Júri:**

Presidente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Alexandra Ferreira Valente

Vogal:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Relatório aprovado em:

18 de Novembro de 2014

Lisboa

2014



**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 privado:  
Oficina de Psicologia**

Alexandre Miguel Marques de Carvalho Campana

Lisboa

Julho 2014



**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 privado:  
Oficina de Psicologia**

Alexandre Miguel Marques de Carvalho Campana

Lisboa

Julho 2014

Alexandre Miguel Marques de Carvalho Campana

## A intervenção psicológica em contexto privado: Oficina da Psicologia

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

Supervisor de estágio: Prof.<sup>o</sup> Doutor António Rebelo

Orientador de estágio: Dr. Nuno Filipe Dias dos Reis Mendes Duarte

Lisboa

Julho 2014

## Ficha Técnica

<b>Autor</b>	Alexandre Miguel Marques de Carvalho Campana
<b>Coordenadora de mestrado</b>	Prof. <sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
<b>Supervisor de estágio</b>	Prof. <sup>o</sup> Doutor António Rebelo
<b>Orientador de estágio</b>	Dr. Nuno Filipe Dias dos Reis Mendes Duarte
<b>Título</b>	A intervenção psicológica em contexto privado: Oficina de Psicologia
<b>Local</b>	Lisboa
<b>Ano</b>	2014

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

CAMPANA, Alexandre Miguel Marques de Carvalho, 1970-

A intervenção psicológica em contexto privado : Oficina de Psicologia / Alexandre Miguel Marques de Carvalho Campana ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por António Martins Fernandes Rebelo ; orientado por Nuno Filipe Dias dos Reis Mendes Duarte. - Lisboa : [s.n.], 2014. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

II - DUARTE, Nuno Filipe Dias dos Reis Mendes, 1983-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

#### LCSH

1. Terapia cognitiva
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Oficina de Psicologia - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Cognitive therapy

2. Clinical psychology - Practice

3. Oficina de Psicologia - Study and teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. RC489.C63 C36 2014

## **Agradecimentos**

A vida é feita de encontros e desencontros, partidas e chegadas, ganhos e perdas. Durante esta viagem algumas pessoas vão-nos marcando e contribuem de alguma forma para o nosso enriquecimento pessoal e profissional, por isso o meu muito obrigado a todos aqueles que me ajudaram a ser aquilo que sou hoje e que me deram o trampolim para continuar a ser melhor.

Ao Professor Doutor António Rebelo, meu supervisor, pelo apoio, empenho e disponibilidade.

À Dra. Madalena Lobo e ao Dr. Nuno Mendes Duarte, da direção da Oficina de Psicologia por terem confiado em mim, e me terem dado a oportunidade de estagiar na OP.

À Dra. Ana Beirão, pela forma como me acolheu, e me ajudou a integrar na equipa de excelência que trabalha na Oficina de Psicologia, bem como pelo apoio prestado ao longo do estágio.

À Dra. Joana Florindo pelo apoio na orientação dos casos clínicos, pela sua competência profissional, conhecimento, assim como pelas críticas e sugestões sempre eficazes, fundamentais para a realização deste trabalho.

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.

Ao meu amigo Ruben, por estar lá sempre que é preciso.

Ao meu Pai, pela educação e os ensinamentos que me transmitiu desde sempre, e pelo apoio incondicional que sempre demonstrou.

Às minhas filhas, Joana e Inês, por serem o meu “Yin” e o meu “Yang”, o meu equilíbrio, a minha inspiração, e sem dúvida os melhores feitos por mim realizados na vida.

*Jamais desespere no meio das aflições sombrias da sua vida, pois das nuvens mais  
negras cairá sempre água límpida e fecunda.*

*Provérbio Chinês*



## Resumo

Este relatório de estágio é o culminar de 9 meses de experiência de interligação entre a teoria adquirida na faculdade, e a prática profissional na Oficina de Psicologia, o que proporcionou compreender o trabalho multifacetado do psicólogo clínico, bem como adquirir competências profissionais e interpessoais fundamentais à prática da profissão. Numa primeira fase deste relatório caracteriza-se o local de estágio e a sua população-alvo. Na segunda fase apresenta-se um enquadramento teórico que suporta as atividades efetuadas ao longo do período de estágio. Na terceira parte descrevem-se os instrumentos utilizados, nos diferentes exames psicológicos realizados. Na quarta parte procede-se à análise de dois casos clínicos, a nível de acompanhamento psicológico individual, remetendo para a abordagem cognitivo-comportamental. Finalmente, nas considerações finais refletiu-se, de forma crítica, sobre o trabalho desenvolvido ao longo dos 9 meses de estágio, resultado da aprendizagem adquirida e possíveis consequências para a vida futura em termos profissionais.

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

## **Abstract**

This internship report is the culmination of 9 months of experience linking theory acquired in college, and professional practice in Oficina de Psicología, which gave the chance to understand the multifaceted work of the clinical psychologist as well as acquire essential professional and interpersonal skills to practice the profession. Initially this report characterizes the internship site and its target population. In the second phase it presents a theoretical framework that supports the activities undertaken during the internship period. In the third part it describes the instruments used in the various psychological examinations. In the fourth part it proceeds to the analysis of two clinical cases, at the level of individual psychological counseling, referring to the cognitive-behavioral approach. Finally, the concluding remarks are reflected in a critical way on the work developed over the nine months of internship, a result of the learning acquired and possible consequences for future life in professional terms.

**Keywords:** Clinical Psychology, Cognitive-behavior Therapy, Adult

## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caso 1	28
Tabela 2 – Caso 2	28
Tabela 3 – Caso 3	28

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

BAI - Inventário de Avaliação da Ansiedade de Beck

BDI - Inventário de Avaliação da Depressão de Beck

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

OMS – Organização Mundial de Saúde

OP – Oficina de Psicologia

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

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

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

## Índice

Introdução	01
Caracterização da Instituição	02
Caracterização da População-alvo	05
Enquadramento Teórico	06
O papel do Psicólogo Clínico	06
Terapia Cognitivo-comportamental	10
Depressão	16
Modelo transteórico de Prochaska e DiClemente	20
Compulsão alimentar	22
Teoria da Vinculação	23
A Ética e Deontologia em Psicologia Clínica	25
Objetivos do Estágio	28
Método	29
Participantes	29
Caso 1	29
Caso 2	29
Caso 3	29
Procedimentos	30
Cronograma	30
Outras atividades desenvolvidas	30
Instrumentos	31
Entrevista Clínica	31
Exame do Estado Mental	33
Contrato Terapêutico	36
Questionário da História de Vida	36

Folha de registo de pensamentos automáticos	36
Folha de auto-monotorização alimentar	37
Provas Psicológicas	37
Estudo de Caso	41
Caso 1 – Rui	41
Motivo da Consulta	41
Exame do Estado Mental	41
História Clínica	41
Hipótese de Diagnóstico	42
Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major	42
Objetivos Terapêuticos	42
Progressão Terapêutica	43
Discussão de caso	52
Caso 2 – Sara	56
Motivo da Consulta	56
Exame do Estado Mental	56
História Clínica	57
Hipótese de Diagnóstico	57
Objetivos Terapêuticos	57
Progressão Terapêutica	57
Discussão de caso	63
Conclusão	67
Reflexão Final	68
Referências	69

## Introdução

O presente relatório pretende apresentar o trabalho desenvolvido durante o Estágio Académico ao longo do ano letivo 2013/2014, na Oficina de Psicologia, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Lusíada de Lisboa.

Tendo em conta os objetivos do estágio, foram desenvolvidas diversas atividades, nomeadamente, intervenção individual em pacientes; observação de terapia de grupo; realização de um projeto individual de estágio; formação contínua em diversos modelos teóricos; elaboração de um trabalho teórico com tema à escolha pelo estagiário.

Na primeira parte deste relatório, apresenta-se a caracterização da instituição, bem como as áreas de intervenção e a população-alvo que a mesma serve.

Após a contextualização do local de estágio, é feito um enquadramento teórico sobre o papel do Psicólogo Clínico. É, ainda, elaborada 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 Psicólogos Clínicos.

A seguir, discriminam-se as técnicas que foram aplicadas nas diversas atividades, e os pacientes acompanhados neste estágio. Pretendeu-se, também, analisar e discutir o trabalho realizado em dois casos de acompanhamento psicológico individual.

Na última parte é feito um balanço entre os objetivos propostos e atingidos, bem como a conclusão e os resultados alcançado. Para concluir, 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.

## Caracterização da Instituição

A Oficina de Psicologia (OP) é uma clínica privada de Psicologia Clínica, atualmente a mais reconhecida em Portugal, agregando 63 pessoas e mantendo um ritmo crescente (taxas de crescimento na ordem dos 67%/ano).

Foi criada no início da crise económica de 2008, sem qualquer apoio externo, recurso a crédito ou ajuda de qualquer ordem, baseando toda a sua estrutura e crescimento no trabalho constante e sério de um conjunto de psicólogos com um forte sentido de missão.

Em 2012, foi a única empresa de saúde apurada pelo ranking das melhores empresas para trabalhar em Portugal (Revista Exame e Accenture), no qual conquistou o 19º lugar geral.

Uma das suas prioridades é o investimento na formação. Procura estimular esta valência instituindo momentos específicos, ao longo do ano, nos quais os elementos da equipa desenvolvem ações de formação internas com o objetivo de sedimentar novas abordagens que possam constituir ferramentas de trabalho válidas e pragmáticas para os restantes colegas. Esta visão de trabalho de equipa permite sinergias de conhecimento entre profissionais, que melhoram a qualidade e o desempenho dos psicólogos que nelas investem.

A idade dos profissionais que trabalham na OP varia entre os 28 e os 57 anos, estando a Clínica presente em Lisboa, Porto, Coimbra, Cascais, Faro, Viseu, Leiria, Braga, Guimarães, Aveiro, Viana do Castelo, Santa Maria da Feira, Açores, Madeira, tendo o objetivo de se expandir para os países de língua portuguesa como Brasil, Angola e Moçambique. A sua sede em Lisboa encontra-se situada na Rua Pinheiro Chagas 48, 4º Andar.

A OP refere que a psicoterapia é uma necessidade de saúde e, como tal, deve ser acessível a quem dela precisa. Assim, reuniu vários psicólogos qualificados, a



nível nacional, aptos a oferecer a maior qualidade de intervenção em saúde mental. Hoje, é já um modelo pela qualidade e eficácia de apoio a largas centenas de pessoas nas suas crises pessoais.

A equipa de psicólogos tem uma abordagem focada nas soluções para os problemas, bem como para intervenções rápidas, partilhando diversas abordagens de intervenção, o que permite um elevado alcance e eficácia do trabalho efetuado. São garantidos os mais rigorosos parâmetros de qualidade e ética. O acompanhamento é efetuado por psicólogos credenciados, com experiência na área estando em constante formação nas técnicas mais atualizadas e cientificamente comprovadas.

A sua oferta de serviços é diversificada e abrange a Psicoterapia individual de Adultos e Crianças, a Terapia de Grupo para Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia, para Ansiedade Generalizada, para Fobia Social, para Depressão, para Perturbações do Comportamento Alimentar, para Perturbações do Controlo de Impulso. Oferece também serviços na área da Terapia de Casal, e Sexologia. Na OP realizam-se mais de 25.000 consultas individuais por ano, e atualmente encontram-se cerca de 1000 clientes ativos nos seus consultórios. Destes, 9% são referenciados por médicos e 38% por outros clientes.

Segundo os estudos mais recentes, 1 em cada 4 pessoas sofre de uma perturbação do foro psicológico, além de todos aqueles que sofrem mas não apresentam os critérios necessários a um diagnóstico de perturbação psicológica.

Nas perturbações mais frequentes, encontram-se os problemas de ansiedade e depressão. Nas crianças, por vezes, estes problemas são invisíveis, porque se escondem atrás de outros comportamentos mais facilmente detetáveis, como a hiperatividade, a agressividade ou alguns problemas de aprendizagem.

Cientificamente está demonstrado, que a forma de resolver eficazmente estas situações é através de intervenção psicoterapêutica, no entanto, por mais breve e focado na solução que este tipo de intervenção possa ser, exige sempre alguma

capacidade financeira, que nem todos possuem. Pensando um pouco nessa carência, a OP juntou um grupo de psicólogos, movidos por um espírito de contributo social, que optaram por dedicar parte do seu tempo a acompanhar pessoas que precisam, mas não podem.

Na OP distinguem-se três áreas de intervenção: em primeiro lugar, o tratamento de patologias de claro diagnóstico, sendo que as mais comuns se referem a perturbações da ansiedade e a perturbações do humor. Para se conseguir ter resultados especialmente bons nestes problemas, foram criadas formações, estudo e investigação, concentrando-se no apuramento das metodologias mais científicas e mais eficazes para haver um tratamento rápido e duradouro.

Em segundo lugar, o acompanhamento de situações de vida nas quais as pessoas se sentem mais confortadas por terem apoio, tais como: divórcios, ruturas emocionais, luto, indecisões sobre rumos a tomar na vida, dificuldades relacionais e emoções difíceis. Sempre que se deteta que existe uma necessidade elevada nalguma área do funcionamento humano, desenvolvem-se formas de intervir que possam beneficiar mais pessoas, estruturando-as sob a forma de *workshops* ou atividades de grupo. Salvo raras exceções, as atividades que disponibilizam, representam uma oferta única em Portugal, tendo sido desenhadas pela equipa da OP, com base nas necessidades sentidas durante a prática clínica e fazendo recurso à formação diversificada e atualizada dos psicólogos que integram este projeto.

Finalmente, como em qualquer outra área da saúde, consideram que mais e melhor deveria estar a ser feito rumo à prevenção em saúde mental. Neste sentido, oferecem alguns *workshops* que visam o bem-estar (por exemplo, as atividades de prevenção de stress ou as atividades dedicadas à melhoria das relações emocionais).

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 (Oficina de Psicologia, 2009).

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

As pessoas que recorrem à OP são, habitualmente, estudantes, jovens em início de vida profissional, casais com filhos pequenos, reformados e, de uma forma generalizada, pessoas que se debatem diariamente com as vicissitudes diárias a nível económico. Desta forma e pensando um pouco nesta situação foi criada a Bolsa Micro que corresponde a um esforço adicional da Oficina de Psicologia, ou seja consiste em encontrar soluções financeiramente viáveis, para que a maior parte das pessoas tenha acesso ao tratamento por um preço reduzido (Oficina de Psicologia, 2009).

O acompanhamento individual corresponde ao pedido mais frequente por parte dos clientes, tanto para adultos, como para crianças e jovens (idem, 2009).

## Enquadramento Teórico

### 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 (Pedinielli, 1999).

Cada vez mais se torna necessário o apoio de um especialista do comportamento humano no sistema geral de saúde. No atual conceito de saúde, são contemplados elementos causais das doenças, fatores tanto do próprio sujeito como do seu meio, e, por isso, as variáveis biológicas analisam-se em função do comportamento do próprio. Assim, a intervenção do psicólogo deverá ser exercida no âmbito multidisciplinar, dirigida a todas as pessoas, visando fundamentalmente a promoção da saúde. Os psicólogos são chamados a prestar serviços de consulta psicológica individual, mas têm também que dar respostas ao nível dos projetos de saúde e a muitos tipos de problemas humanos e institucionais (Trindade, 1999).

Nos cuidados de saúde primários, os psicólogos podem e devem prestar vários serviços e desempenham vários papéis, e serão tanto melhor sucedidos quanto melhor forem capazes de adaptar os seus conhecimentos e competências ao contexto de saúde onde estão a trabalhar. Em certos casos, isso significa desenvolver conhecimento aprofundado sobre uma doença ou uma população, enquanto noutros casos é necessário um conhecimento genérico sobre uma ampla variedade de problemas médicos, que podem ocorrer em diferentes fases do ciclo da vida (idem, 1999).

Entre as tarefas de intervenção psicológica destacam-se a gestão do *stress*, treino de autocontrolo e eficácia no *coping*, técnicas comportamentais (relaxamento, modelagem, treino de competências), educação para a saúde, simplificação de mudança de comportamentos de risco e entrevista motivacional, intervenção na crise, aconselhamento psicológico, psicoterapias, grupos de suporte e ajuda mútua (Bennett, 2000; Johnston & Weinman, 1995, citado por Teixeira, 2004). Os objetivos destas intervenções são facilitar uma mudança comportamental adequada e ajudar os indivíduos a enfrentar as exigências específicas que se lhes deparam, quer como resultado da doença, quer como resultado do seu tratamento (Bennett, 2000, citado por Teixeira, 2004).

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).

A 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. A intervenção do psicólogo clínico incide 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 (Pardinielli, 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 envolve 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). Reunindo-se na avaliação, prevenção, melhoria e reabilitação das problemáticas psicológicas, o seu objetivo primário 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).

Assim, 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 já referido, 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).

De salientar 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).

### **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, & Clark, 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 vai causar a mudança a nível comportamental, porque os mecanismos de perceção 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, & Clarck, 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. 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 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 percepção 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 é adotado 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). Assim sendo, será necessário focalizar o sujeito no que aconteceu e que contraria a sua teoria, ou seja, teremos 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 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:

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 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, ou seja, quando um aspeto de uma situação complexa é o foco da atenção enquanto outros aspetos relevantes da situação é ignorada; 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 (a) 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; (b) 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; (c) 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; (d) estabelecimento de uma lista de problemas e avaliação dos mesmos através de escalas ou questionários; (e) identificação de fatores de vulnerabilidade que podem dificultar o trabalhar nos problemas; (f) 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 envolve o utente no processo terapêutico, como sendo ele 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

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, a depressão teve uma particular importância no contexto do estágio realizado. 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 herméctica 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).

O DSM IV-TR (2002) refere que 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 tempo 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 apoio 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).

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).

### **Modelo transteórico de Prochaska e DiClemente**

A mudança comportamental é um processo contínuo, uma vez que a pessoa tem diversos níveis de motivação. Podemos definir a motivação como a probabilidade de que uma pessoa se envolva, continue e adira a uma estratégia específica de mudança. Por isso é que não deverá ser vista como um traço de personalidade intrínseca ao carácter da pessoa, mas à vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra. A alteração do estilo de vida do

paciente assume-se como um aspeto basilar e comum da promoção da saúde e da prevenção da doença. Nela assenta a mudança de comportamentos na procura de estilos de vida saudáveis, como por exemplo, relativamente à alimentação ou à atividade física (DGS, 2001).

O modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1982) está orientado para a mudança comportamental na procura de estilos de vida saudáveis, e quando aplicado aos consumos de substâncias psicoativas é uma ferramenta útil, orientando o profissional nas suas práticas. As diversas etapas descritas pelos autores identificam e caracterizam cada uma dessas fases de mudança e das mudanças internas que ocorrem, sendo assim possível delinear intervenções adequadas ao estágio identificado e assim, às necessidades da pessoa (Ferreira-Borges e Cunha Filho, 2004).

As fases deste modelo não são lineares, ou seja, a sua evolução pode implicar recuos quer por lapsos ou recaídas. No entanto, o indivíduo progride sempre com os avanços conseguidos não se considerando, assim, o trabalho anterior perdido. Sendo assim descreve-se, de seguida, os estágios deste modelo: Pré-contemplanção (*"I won't"*) - Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão; Contemplanção (*"I might"*) - Admite o problema, é ambivalente e atenta adotar mudanças; Preparação (*"I will"*) - Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas; Ação (*"I am"*) - Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança; Manutenção (*"I have"*) - Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída; Recaída - Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores.

Os fatores cognitivos mais relevantes no processo de mudança comportamental, neste modelo, são a motivação intimamente relacionada com a vulnerabilidade sentida, a ansiedade e a autoeficácia. A motivação é o que faz mover

o indivíduo levando-o a agir, neste caso a procurar a mudança em busca de comportamentos de saúde. É através do conhecimento que a pessoa adquire sobre os prejuízos de certos comportamentos do seu estilo de vida, que sente a sua vulnerabilidade e assim a necessidade de mudança ou motivação. As suas capacidades para extrapolar as resistências a essa mudança, bem como a ansiedade, desempenharão também um papel determinante (DGS, 2001).

### **Compulsão alimentar**

Durante muito tempo, indivíduos obesos foram estimados como pertencendo a um grupo homogêneo focado num ponto em comum, o peso, ignorando-se assim as possíveis diferenças comportamentais que podem, em determinados casos, ter sido as desencadeadoras da obesidade. Obesos, que têm a compulsão de comer, podem constituir uma subcategoria entre a população obesa, apresentando níveis mais elevados de psicopatologia, especialmente a depressão e perturbação da personalidade (Napolitano, 2001).

Este comportamento alimentar é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos num período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controlo sobre o quê ou o quanto se come. Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda do controlo e não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso (Apa, 1994).

Existem variabilidades notáveis no comportamento alimentar de comedores compulsivos tanto durante os episódios de compulsão alimentar como nos intervalos. Este comportamento foi descrito como caótico diferindo dos indivíduos portadores de bulimia nervosa e obesos sem perturbação de compulsão alimentar. Estes apresentaram baixos relatos de dietas restritivas quando comparados a pacientes com bulimia nervosa, que alternam entre compulsões e restrições alimentares. Os

episódios compulsivos variavam quanto à hora em que costumam ocorrer com perda de controlo, a hora sem esta perda e/ou perda de controlo sem o consumo de uma grande quantidade de alimentos (Grilo, 2002).

A compulsão alimentar também é acompanhada por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa. Afirma-se que um comedor compulsivo abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo (a sensação de perda de controlo) e o objetivo (a quantidade do consumo alimentar). Há uma unanimidade geral no aspeto subjetivo da compulsão para o seu diagnóstico, havendo ainda controvérsias em relação ao aspeto objetivo, quanto ao tamanho e à duração de uma compulsão. Esta incerteza é refletida numa definição imprecisa da grandeza de um episódio de compulsão alimentar, sobre uma quantidade que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria e, para além do fato do critério de duração também ser polémico. Opondo-se à bulimia nervosa, onde uma compulsão é claramente concluída por comportamento purgativo, na compulsão alimentar, não há uma terminação lógica; conseqüentemente, a duração tem sido designada num período de duas horas, uma solução claramente insatisfatória (Stunkard, 2003).

Assim, a compulsão alimentar é uma perturbação do comportamento alimentar com características ainda incertas e às vezes conflituantes. Apesar de já existirem alguns sinais e critérios sugestivos para um diagnóstico, no entanto, faltam diretrizes mais apuradas para organizar um grupo razoavelmente homogêneo e caracterizá-lo como categoria diagnóstica (Grilo, 2002).

### **Teoria da Vinculação**

Segundo Bowlby, desde o nascimento que o bebé necessita de desenvolver uma relação de vinculação, habitualmente com a mãe ou com uma figura materna substituta. Este comportamento de vinculação é determinado biologicamente (sistema inato de comportamentos de aproximação do bebé às figuras cuidadoras) com o objetivo de assegurar a proximidade à figura materna. Esta proximidade irá garantir a

proteção face a situações de ameaça e funcionará como a base segura para a redução da ansiedade e para a exploração do ambiente. A relação de vinculação irá, então, conduzir ao desenvolvimento de representações mentais que moldarão o padrão de relações futuras e influenciarão a organização do comportamento, afetos e cognições. A vinculação é definida como a propensão dos seres humanos para estabelecerem laços afetivos fortes com determinadas pessoas, tendo como consequência ficar emocionalmente afetado quando ocorrem separações ou perdas inesperadas e/ou indesejadas. A teoria aborda os fundamentos dos laços da criança com quem cuida dela. Assume que as crianças possuem um sistema de comportamentos vinculação de base genética, que é sensível a uma ativação pelo meio ambiente (Bowlby, 1998).

O autor designou estas representações de Modelos Internos Dinâmicos, sendo que estes funcionam como guias para interpretar os acontecimentos interpessoais, influenciando expectativas, comportamentos e futuras interações. Quando a criança estabelece uma vinculação segura possui um modelo representacional das figuras de vinculação como estando disponíveis para a interação e capazes de proporcionar ajuda e bem-estar. Crianças com pais afetivos, previsíveis e acessíveis, que oferecem apoio, conforto e proteção terão maiores probabilidades de ativar respostas que permitem a adaptação a situações adversas opondo-se a crianças com relações familiares negativas e que cresceram com pais indisponíveis ou abusivos - estas estabelecerão uma vinculação insegura (idem, 1998).

As relações de vinculação para além da infância têm um papel importante no ajustamento geral das pessoas. Na adolescência ocorre uma grande reorganização passando gradualmente das relações com os pais para as relações e o desenvolvimento de laços com os pares, embora grande parte dos adolescentes deseje e necessite manter os pais como figuras de reserva, continuando a procurar o suporte parental em momentos de distress. Por outro lado, e ainda segundo estes

autores, o sucesso no desenvolvimento de laços com outras figuras é influenciado decisivamente pelos padrões desenvolvidos anteriormente com as figuras parentais (West, Rose, Spreng, Sheldon-Keller & Adam, 1998).

Se está bem estabelecido que uma vinculação inadequada aumenta a probabilidade da existência de perturbação emocional, e que uma melhor vinculação melhora o bem-estar, não há evidência de que a saúde vista como um todo físico, mental e social seja influenciada do mesmo modo. Ainda assim, e avocando que a saúde é um bloco deste tipo presume-se que vinculação inadequada estará associada a comportamentos de saúde inadequados.

### **A Ética e Deontologia em Psicologia Clínica**

Quando mencionamos o papel do psicólogo clínico, é essencial focar aspetos relativos aos Princípios Éticos e Deontológicos que regulam a prática profissional do mesmo.

A ética e deontologia têm sido seguidas pela divulgação de textos e o desenvolvimento de códigos de conduta que abrangem todas as áreas científicas, e assim 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 (Pedinelli, 1999).

Olhando para a prática 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).

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). Portanto, 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 orientada 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).

Assim, pretendeu-se com este estágio que decorreu entre outubro de 2013 a junho de 2014:

- Observar e dinamizar grupos terapêuticos;
- Acompanhar e intervir individualmente em pacientes da Clínica;
- Realizar um projeto individual de estágio;
- Elaborar um trabalho teórico com tema á escolha pelo estagiário;
- Formação contínua em diversos modelos teóricos;
- Ter um contato o mais concreto possível com a realidade profissional.

## Método

### Participantes

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

**Tabela 1. Caso 1**

<b>Caso 1</b>	<b>Rui</b>
<b>Idade</b>	42 anos
<b>Escolaridade</b>	12º Ano
<b>Profissão</b>	Técnico Administrativo
<b>Motivo da consulta</b>	Cansaço físico e mental, dificuldades em dormir, dificuldades de concentração, receio de “esgotamento”
<b>Antecedentes clínicos</b>	Já teve acompanhamento Psicológico e Psiquiátrico, na juventude e também recentemente
<b>Hipótese de diagnóstico</b>	Perturbação Depressiva Major
<b>Terapêutica atual</b>	Anti hipertensor
<b>Nº de Sessões de Psicologia</b>	19

**Tabela 2. Caso 2**

<b>Caso 2</b>	<b>Sara</b>
<b>Idade</b>	22 anos
<b>Escolaridade</b>	Licenciatura em Psicologia
<b>Profissão</b>	Estudante de Mestrado
<b>Motivo da consulta</b>	Ingestão de bolos e bolachas sem controlo desses impulsos, nomeadamente quando está sozinha ou visita os pais
<b>Antecedentes clínicos</b>	Nenhum registado
<b>Hipótese de diagnóstico</b>	Compulsão Alimentar e Vinculação Inadequada
<b>Terapêutica atual</b>	Nenhuma
<b>Nº de Sessões de Psicologia</b>	12

**Tabela 3. Caso 3**

<b>Caso 3</b>	<b>Andreia</b>
<b>Idade</b>	20 anos
<b>Escolaridade</b>	12º Ano
<b>Profissão</b>	Estudante de Licenciatura em Psicologia
<b>Motivo da consulta</b>	Vê e ouve pessoas que conheceu e que já faleceram
<b>Antecedentes clínicos</b>	Nenhum registado
<b>Hipótese de diagnóstico</b>	Esquizofrenia Tipo Paranoide
<b>Terapêutica atual</b>	Nenhuma
<b>Nº de Sessões de Psicologia</b>	15

## **Procedimentos**

O estágio teve início com a integração na Instituição, quando fui convidado a conhecer as instalações, e os colaboradores da mesma.

Fiquei responsável pelo acompanhamento individual, sempre com supervisão semanal, observação de grupos terapêuticos, participação em reuniões de coordenação de equipa, elaboração de um protocolo individual de estágio, elaboração de um trabalho teórico com tema à escolha por mim e formação contínua através dos diversos *workshops* realizados pela Oficina de Psicologia durante o período de estágio.

### **Cronograma**

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

### **Outras atividades desenvolvidas**

De acordo com o Plano de Estágio Curricular, foram realizadas várias atividades ao longo da duração do mesmo:

Formação específica nos Modelos Teóricos seguidos pela Equipa da Oficina de Psicologia: *Workshop* Depressão; *Workshop* Perturbação Obsessivo Compulsiva; *Workshop* Perturbação de Pânico; *Workshop* Perturbação de Personalidade Evitante e Dependente; *Workshop* Terapia Cognitivo Comportamental; *Workshop* Terapia de Aceitação e Compromisso; *Workshop* *Mindfulness*; *Workshop* Terapia Sistémica; *Workshop* Perturbação de Ansiedade Generalizada; *Workshop* Terapia Focada nas Emoções Nível 1; *Workshop* *Gestalt* (Anexo H).

Apresentação de Comunicação Oral com revisão de literatura, com o título Terapia Cognitivo Comportamental e a sua aplicação no tratamento de várias Perturbações (Anexo C).

Projeto Individual de Estágio, com o desenvolvimento de um Protocolo de Intervenção que ainda não existia na oferta de serviços da Oficina de Psicologia. Foi

elaborado um protocolo de intervenção na ajuda á transição da vida ativa para a reforma, destinado á população reformada ou em vias de se reformar, denominado Activaldade (Anexo E).

Acompanhamento psicoterapêutico indireto, através do visionamento de vídeos de terapeutas da OP, e participação como observador na terapia de grupo da Ansiedade Social com a duração de 12 sessões de 90 m cada (Anexo B).

Elaboração de textos mensais relativos a temas de interesse na área da Psicologia (Anexo D).

Acompanhamento psicológico direto de 3 casos e respetiva supervisão (Anexo F).

### **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, o contrato terapêutico, o questionário da história de vida, a folha de registo de pensamentos automáticos, a folha de auto-monitorização alimentar, e a avaliação psicológica através de provas psicológicas (Anexo G).

#### **Entrevista Clínica**

A entrevista, enquanto técnica de investigação científica, é genericamente utilizada nas ciências sociais e humanas e mais especificamente na psicologia, sendo um instrumento essencial de intervenção, sobretudo do método clínico. Consta num método de recolha de informação através de 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).

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. Designam-se de entrevistas psicológicas,

aquelas entrevistas que, por serem realizadas por psicólogos, contêm objetivos claros, sustentáveis à luz das teorias da psicologia, ou seja, diferenciam-se das demais por recorrerem a teorias e modelos psicológicos, que possibilitam a organização da própria informação adquirida por esta via e das interações que se estabelecem. 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 (Leal, 2010).

Será, portanto, um instrumento insubstituível 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 (Pedinelli, 1999).

Para se alcançar 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. Em princípio, 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 (Pedinelli, 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 princípio 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 & Gurczynski, 2010).

O primeiro foco do exame refere-se 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. Em relação 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 investigar 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, será a parte mais difícil e ilusiva do exame do estado mental, pois há que compreender a descrição do estado emocional do indivíduo durante a avaliação. Esta subjetividade decorre nas inúmeras variações encontradas na forma como as emoções e sentimentos são vivenciados e expressos. Designa-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).

Referente 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 percepção depreende-se a capacidade que o sujeito tem de captar, interpretar e interiorizar dados externos oriundos dos sentidos, sendo que havendo alterações de percepção 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).

### **Contrato Terapêutico**

Este documento visa clarificar e regular a relação terapêutica entre psicólogo e cliente, com o objetivo de promover uma relação orientada por princípios de total transparência, e com uma estrutura conhecida por ambas as partes. Inclui os princípios terapêuticos, questões de periodicidade e duração, de confiança e sigilo, de responsabilidade, de respeito, questões específicas a crianças e adolescentes, honorários, e responsabilidade social (Oficina de Psicologia, 2009).

### **Questionário da história de vida**

O objetivo deste questionário é obter um quadro completo do passado do cliente, obtendo assim informação em um curto espaço de tempo, que de outra forma demoraria várias sessões. Em psicoterapia os questionários são necessários porque permitem uma mais adequada avaliação e compreensão dos problemas. Ao responder às questões da forma mais completa e precisa possível, o cliente estará a facilitar o processo terapêutico (Lazarus, 1991).

### **Folha de registo de pensamentos automáticos**

Os pensamentos e as imagens automáticas são geralmente difíceis de identificar, não só porque vão e vêm rapidamente, mas também pelo facto de serem tão familiares que pode-se não ter propriamente consciência deles.

Encontrar os pensamentos automáticos implica assim um esforço consciente da própria pessoa, sendo importante aprender a reexaminar a forma como pensa, com o objetivo de aprender a questionar os pensamentos, em vez de os aceitar como fatos. Dessa forma, pode-se verificar que não existe uma forma certa de fazer as coisas, antes pelo contrário existem muitas possibilidades.

A procura de formas alternativas de pensar é uma das principais atitudes a ter para que o indivíduo se sinta melhor. A forma como pensa e aquilo que se escolhe

pensar, afetará o modo como a pessoa se sente, sendo este o objetivo desta folha de registo (Serra, 2007).

### **Folha de auto-monotorização alimentar**

No tratamento da compulsão alimentar, é importante efetuar um registo de tudo o que é ingerido (sólido ou líquido), assim como o que se está a passar na altura em que o fazemos. Este registo tem dois propósitos: fornecer uma imagem detalhada de como a pessoa se alimenta, e trazer à sua atenção e à do terapeuta a natureza exata do problema alimentar, e torná-la mais consciente das ações que pratica, no momento em que as executa. A auto-monitorização ajuda a mudar comportamentos que eram previamente vistos como automáticos e que estavam fora do seu controlo. A auto-monitorização precisa e imediata é fundamental para o tratamento, pois irá ajudar a mudar. Cada sessão de tratamento inclui uma revisão detalhada das últimas folhas de monitorização (Fairburn, 2008).

### **Provas Psicológicas**

Para além das técnicas implícitas 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 Symptom Checklist – 90 – Revised – SCL-90-R, o Inventário da Depressão de Beck – BDI e o Inventário da Ansiedade de Beck – BAI, provas que foram aplicadas 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, tive a oportunidade de seguir três pacientes em apoio psicológico, dos quais apresentarei em seguida dois estudos de caso.

## **Estudo de Caso**

No que diz respeito a sessões individuais de psicologia, foram acompanhados 3 pacientes, contudo no capítulo que se segue serão alvo de análise dois desses casos. As sessões foram realizadas em setting de gabinete, tendo como duração média 50 minutos.

### **Caso 1 – Rui**

O Rui tem 42 anos, o 12º ano de escolaridade e é técnico administrativo. Está separado, vive com o pai, e encontra-se atualmente em situação de insolvência pessoal, devido aos numerosos créditos que contraiu.

### **Motivo da Consulta**

Apresenta-se na consulta com queixas de cansaço físico e mental, dificuldades em dormir, dificuldades de concentração e receio de “esgotamento”.

### **Exame do Estado Mental**

Recebo o Rui na sala de espera, e numa primeira análise reparo que é uma pessoa obesa, com poucos cuidados na apresentação e aparentando um certo nível de gaguez. Durante a sessão, demonstra alguma dificuldade cognitiva, embotamento e dificuldade de se expressar, com um discurso pobre.

Tem uma postura rígida, e senta-se na ponta da cadeira num estado de aparente tensão física, sem se recostar no assento.

### **História Clínica**

A sua história clínica revela que teve acompanhamento psicológico no final da adolescência, princípio da idade adulta, não tendo sido muito específico quanto ao motivo, mas admitindo que fora aconselhado pelo médico de família. Em 2011, também aconselhado pelo médico de família, e na sequência da sua separação e entrada em insolvência, teve acompanhamento no serviço de psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, o qual abandonou pouco tempo depois.

## **Hipótese de Diagnóstico**

Segundo o que foi possível apurar ao longo das sessões de Psicologia, tudo aponta para um quadro de Perturbação Depressiva Major, preenchendo os critérios de diagnóstico do DSM-IV:

### **Crítérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major**

O diagnóstico desta patologia efetiva-se, tendo como critérios dois ou mais episódios depressivos major com um intervalo maior ou igual a 2 meses consecutivos, e quando cinco ou mais dos seguintes sintomas se registam durante um período de duas semanas e representam uma mudança em relação à atividade prévia; sendo que um dos três sintomas, o humor deprimido, a perda de interesse ou a perda da capacidade de sentir prazer (anedonia), terá de estar presente. Os sintomas característicos são:

1. Humor triste durante a maior parte do dia
2. Diminuição acentuada do interesse em geral ou da capacidade de sentir prazer nas diversas atividades
3. Perda de peso (mais frequente) ou ganho de peso
4. Insónia (mais frequente) ou hipersónia
5. Agitação ou lentificação psicomotora
6. Fadiga ou perda de energia
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessivos ou inapropriados
8. Diminuição da capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões
9. Pensamentos recorrentes de morte, ideação, planos ou tentativa de suicídio.

Estes sintomas fazem-se acompanhar de mal-estar clínico significativo e deterioração social, laboral ou de outras áreas importantes da atividade do indivíduo.

### **Objetivos Terapêuticos**

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

- Desenvolver estratégias para hábitos de sono saudáveis;



- Reconhecer, aceitar e lidar com a ansiedade, e com sentimentos depressivos;
- Desenvolver padrões cognitivos e crenças saudáveis sobre si e o mundo, que levem ao alívio de sintomas e ajudem a prevenir a recaída.
- Efetuar uma reestruturação cognitiva que permita diminuir ou eliminar a sintomatologia apresentada;
- Aumentar a autoestima;
- Inculir uma motivação para a mudança, evitando a procrastinação.

## **Progressão Terapêutica**

### **1ª Sessão – 26/10/2013**

Recebo o Rui na sala de espera, e numa primeira análise reparo que é uma pessoa obesa, com poucos cuidados na apresentação e aparentando um certo nível de gaguez.

Dou-lhe as boas vindas á OP, questionando se conhecia o local. Refere que não, que apenas nos tinha “visitado” através do facebook. Relativamente ao pedido de consulta, refere que a razão principal é por dormir mal, custa-lhe a adormecer e já acorda cansado. Sente-se “descoordenado”, cansado física e mentalmente, com dificuldades em se concentrar. Tem receio de ter um esgotamento e teme que algo de mal lhe aconteça no futuro. Confirmo a sua manifesta gaguez.

Refere estar de momento a divorciar-se e está em insolvência pessoal desde Agosto de 2012, até 2017. Ao questioná-lo a que se deveu essa insolvência, diz que foi devido a excesso de créditos. Refere que do que ganha no final do mês fica apenas com o ordenado mínimo nacional, entregando o resto ao tribunal (cerca de 60% do ordenado).

Pergunto-lhe se faz algum tipo de medicação, ao que responde que apenas toma um medicamento para a hipertensão. Questiono ainda se é seguido em Psiquiatria, ao que responde que não.

Peço-lhe que me indique aproximadamente desde quando é que se apercebeu dos sintomas descritos, referindo que em 2012 foi operado a um joelho e como teve de ficar acamado, foi nessa altura que se começou a sentir pior.

Ao explorar o seu historial clínico, constato que por volta dos seus 20 anos teve

acompanhamento psicológico durante cerca de dois anos, segundo ele, “ na sequência de uns testes psicotécnicos que fez”, após os quais lhe foi aconselhado esse acompanhamento. Em meados de 2011, na sequência do deterioramento da relação conjugal, a médica de família encaminhou-o para efetuar “uns testes” no Hospital Júlio de Matos, onde foi a uma consulta de Psiquiatria em que o médico se limitou a “referir o seu curriculum” e passar-lhe medicação, que ele se recusou a tomar, exceto pontualmente para conseguir adormecer. Diz ainda ter sido encaminhado para uma terapia de grupo onde estariam cerca de 50 pessoas ao mesmo tempo, segundo afirma. Não terá gostado da experiência e devido a isso encontra-se um pouco cético relativamente às consultas de Psicologia.

No campo profissional, referiu estar desde 1998 na atual empresa, no cargo de técnico administrativo, e durante cerca de 10 anos parte do seu trabalho envolveu viagens frequentes á Guiné, onde conheceu a sua mulher.

Diz ter tido uma infância feliz, onde foi “mimado e protegido”, sendo o irmão do meio de uma fratria de 3.

Em termos académicos tem o 12º ano, referindo ainda que chegou a estar matriculado na Universidade de Beja, que nunca chegou a frequentar pois “era muito longe”.

Expliquei e entreguei o contrato terapêutico, esclarecendo que após o ler em casa, ambos o assinaremos na sessão seguinte. Finalizei a sessão, validando a sua presença, ao referir que o mais difícil já o fez, que foi tomar a decisão de marcar a consulta, e que durante as próximas sessões iremos traçar objetivos e trabalhar técnicas e ferramentas que nos ajudem a atingi-los.

Constatei que o Rui tem alguma dificuldade em se expressar (não me refiro á gaguez), e explicar os seus sentimentos e pensamentos de forma coerente.

## **2ª Sessão – 02/11/2013**

Começámos por assinar ambos o contrato terapêutico, tendo o Rui pedido uma cópia para si. Referiu que durante a semana lembrou-se de mais coisas que me queria dizer, mas depois esquece-se. Devolvo que quando assim for, tome nota num papel e traga na sessão seguinte.

Diz que foi pesquisar na internet por sintomas de depressão, e o que encontrou coincidia com o que sentia. Ao lhe pedir alguns exemplos, referiu perturbação do sono, falta de concentração, apatia, pouca vontade de fazer coisas que antes lhe davam prazer como nadar ou sair. Disse que apesar de tudo tenta sempre aparentar uma

imagem de que está bem, quando por vezes não está, e pretende “sentir-se mais estável, mais organizado, mais concentrado, e encontrar objetivos de vida que neste momento não tem”.

Pedi-lhe para me falar um pouco sobre ele. Disse que a mãe morreu em 2006, e que vive com o Pai na casa deste. A ex-mulher é Guineense, tendo-a conhecido na Guiné no âmbito do trabalho que aí desenvolveu, e casado em 2009. Está de momento a divorciar-se, salientando o facto de a mulher dizer que “se davam melhor quando estavam distantes”. Pergunto a sua opinião, ao que responde ter havido “um choque de culturas e que não se adaptaram um ao outro”.

Perguntei se me queria falar acerca da insolvência. Disse que essa questão começou porque na empresa onde trabalha, ganhava além do ordenado base, mais cerca de 500€ “por fora”, tendo a direção mudado em 2005 e isso deixou de acontecer. Tinha um crédito á habitação, e teve de vender a casa onde morava por impossibilidade de cumprir as prestações mensais, tendo sido igualmente fiador da compra de um carro de uma amigo que foi preso, ficando ele com esse encargo adicional.

Solicitei-lhe para me dizer como sentia atualmente em termos profissionais, referindo que começou como operário e quando foi promovido para o cargo atual de técnico administrativo, sentiu o peso das responsabilidades a aumentar. Fala-se na possível privatização da empresa, e diz ter receio de ser despedido se isso acontecer.

E *hobbies* ou momentos de lazer? Escreve poesia, e faz yoga de vez em quando, mas faz isso cada vez menos pois tem sentido menos motivação.

Terminámos a sessão com a prática de respiração abdominal, que enfatizei ser importante fazer diariamente, para mais tarde poder usar que se sentir mais ansioso ou stressado. Entreguei o Questionário da História de Vida para preencher e entregar na sessão seguinte.

Notei que nesta 2ª sessão já se encontrava mais descontraído, recostando-se na cadeira, ao contrário da 1ª sessão.

### **3ª Sessão – 09/11/2013**

No início da sessão o Rui referiu ter experimentado fazer a respiração abdominal quando estava mais stressado, mas não resultou. Voltei a referir a importância de praticar primeiro antes de poder utilizar com eficácia, e que isso só aconteceria após algum tempo de prática.

Entregou o Questionário da História de Vida, referindo que o facto de o

preencher o fez pensar em coisas menos boas sobre si próprio, daí não ter sido fácil fazê-lo. Validei e devolvi questionando se gostaria de me ajudar a perceber quais as questões mais difíceis. Refere que foram as relacionadas com o sexo oposto, pois sempre foi muito tímido devido á sua gaguez e á sua forma física. Teve poucas namoradas, e as que teve foram principalmente quando esteve na Guiné, mas com nenhuma o namoro durou muito tempo, exceto com a Neuza (ex-mulher). Antes dela, teve uma namorada também Guineense com teve casamento marcado, mas ela desistiu próximo da data e voltou para o pai do seu filho.

Por iniciativa própria falou-me sobre a sua gaguez, da qual diz “se *ter apercebido*” por volta dos 14 anos, não sabendo responder se anteriormente já era ou não gago, pois ao questionar os pais sobre o assunto estes evitavam sempre responder, parecendo este assunto ser tabu na sua família, apesar de ter estado em terapia da fala até aos 16 anos, sem resultado. Pergunto se existem outros assuntos tabu na sua família, ao que me responde que a mãe teve uma depressão grave, não tendo a certeza da razão, mas pensa que foi pelo facto de ter tido um irmão que faleceu á nascença, e que esse é um outro tabu. Tem um irmão 15 anos mais velho e outro 1 ano mais novo. Apesar de morar com o Pai de 83 anos, não comunicam muito, e diz que nunca falou de sexo com os pais (e vice-versa).

Perguntei-lhe porque nunca quis tomar a medicação prescrita pelo médico de família e pelo psiquiatra, referindo que eram muitos medicamentos ao mesmo tempo, tendo receio dos efeitos secundários e do risco de dependência, preferindo medicamentos naturais.

Relativamente ao seu trabalho, referiu que fica muitas vezes até mais tarde no escritório pois sente que se assim não fosse não saberia o que fazer. “Ir para casa?”.

### **5ª Sessão – 21/12/2013**

O Rui chegou á sessão contente com os resultados conseguidos com o Relaxamento Progressivo de Jacobson, nomeadamente no que concerne ao facto de conseguir adormecer com mais facilidade (pelas 23h), acordando no entanto muito cedo (pelas 5 horas da manhã) e não conseguindo voltar a adormecer.

Está preocupado com a sua saúde, pois um amigo morreu recentemente de cancro e o Rui pretende efetuar um chek-up geral para avaliar o seu estado de saúde. Uma das consultas que pretende efectuar é de Medicina Quântica, que custa 60€. Aproveito para fazer Psicoeducação no sentido de consultar um psiquiatra de modo a avaliar a necessidade de fazer medicação em conjunto com a terapia. Desmistifiquei a

questão da dependência e dos efeitos secundários, esclarecendo o Rui acerca das novas classes de antidepressivos. Ficou de pensar e dar-me a resposta na próxima sessão.

Pedi ao Rui que tentasse identificar objetivos gerais que pretenda atingir no decorrer da terapia, ao que responde dizendo que em primeiro lugar gostaria de iniciar uma atividade física, nem que seja andar de bicicleta ou caminhar. De seguida gostaria de estar mais concentrado no trabalho e não se dispersar tanto, pois por vezes os colegas falam com ele e é como se não os ouvisse. Por último refere que pretendia iniciar uma dieta.

Disse ao Rui que como em Psicologia não é possível pedirmos “exames complementares de diagnóstico como análises ao sangue ou raios x”, temos outro tipo de exames que são os testes. Entrego-lhe o SCL-90, o BDI e o BAI, que peço para preencher em casa e me entregar sem qualquer tipo de urgência.

### **7ª Sessão – 25/01/2014**

Perguntei ao Rui se já tinha pensado sobre a possibilidade de recorrer a uma consulta de Psiquiatria, ao que responde que tem de fazer um doppler á perna, que lhe tem doído, e que deve ser caro portanto terá de adiar.

Continua com uma discurso pobre, ficando várias vezes em silêncio a pensar no que vai dizer e não se expressando de forma clara. Diz que continua a dormir mal, mas após alguma exploração, reconhece que tal se deve ao facto de adormecer quando chega a casado trabalho e depois á noite não tem sono.

Entreguei uma folha de auto-registo de pensamentos automáticos de formas a podermos em conjunto tentar identificar, situações, crenças e pensamentos desadaptativos, de forma a efetuarmos uma reestruturação cognitiva.

### **8ª Sessão – 15/02/2014**

Na semana anterior não tivemos sessão pois 10m antes da hora marcada o Rui enviou um SMS a dizer que não poderia ir pois teve um imprevisto.

Iniciei a sessão metacomunicando com o Rui sobre o facto de ter enviado SMS 10m antes da consulta usando a metáfora do jogo de futebol, onde para haver é necessário haver duas equipas em campo, e reforçando que ele não está em campo e até agora fez pouco investimento no processo terapêutico.

Pedi de novo desculpa pelo sucedido e reconheceu o que referi, desviando de imediato a conversa para o auto-registo de pensamentos automáticos e para o facto

de a resistência dele ter a ver com o facto de ter de pensar nos seus problemas em sessão e no registo, e isso origina os evitamentos.

Chegou mesmo a confidenciar-me que ficou sem carro e trouxe o carro do pai, mas que podia ter dado como desculpa para não vir o facto de não ter carro... Diz que a consulta de psiquiatria está fora de questão e que já comprou uma caixa de produtos naturais no Celeiro para tomar.

Entregou o auto-registo (mal preenchido, não colocando as situações em que se encontrava quando ocorreram os pensamentos automáticos). Trabalhámos o 1º pensamento onde refere que não vale nada, tentando identificar as evidências que o suportam e as que não o fazem. As primeiras, identificou de imediato: não lida bem com as críticas e a sua função profissional é inútil e podia nem existir. Quanto às segundas, em conversa nem se apercebe que quando refere “*os operários dizem que quando eu não estou as coisas não correm tão bem*”, este facto é uma evidência que contraria o pensamento e tenho de ser eu a chamar a atenção para este facto.

A sessão decorreu em volta deste primeiro pensamento não havendo tempo para abordar ainda os seguintes, o que iremos fazer na próxima sessão, pelo que peço ao Rui para durante a semana refletir e fazer um balanço do processo terapêutico e do pouco investimento da sua parte no mesmo.

### **12ª Sessão – 29/03/2014**

O Rui pareceu mais bem-disposto. Disse que tem feito uma caminhada ao fim de semana e outra a meio da semana ou uma aula de ioga. Diz que se sente melhor e que quer também reduzir o tabaco ou mesmo deixar de fumar e para isso vai comprar um cigarro eletrónico.

Perguntei-lhe se pensou em algumas frases positivas nestes dias, tal como falámos na última sessão. Responde que ao se levantar tem pensado “Hoje vai ser um bom dia” ou “Sou uma boa pessoa”.

Disse que gosta de fazer poemas e se sente bem quando os faz, e promete enviar-me um para eu ler. Disse também que está a fazer uma folha de excel com as despesas que tem, para poder ter uma melhor noção de quanto gasta e em quê.

Como hoje é a 12ª sessão peço-lhe para fazer um balanço da Terapia. Respondeu que apesar das expectativas iniciais em que quer sempre ter resultados rápidos, a Terapia tem sido útil pois “*obriga-o*” a cumprir objetivos que sozinho não conseguiria, pela sua tendência para o adiamento e para o deixar andar.

Constatei que parece haver uma evolução positiva da parte do Rui, mas o

excesso de vontade para todas as mudanças que referiu pode boicotar essa evolução.

### **13ª Sessão – 05/04/2014**

À hora da consulta o Rui enviou-me SMS a dizer que vai chegar novamente atrasado (a 3ª vez nas últimas 3 consultas). Chegou às 13:10 (a consulta começa às 12:30). Metacomunico a minha interpretação da situação e questiono se não estará a fazer um evitamento e não tem vontade de vir às sessões e continuar o tratamento. Pede desculpa e diz que esteve a falar ao telefone com uma amiga sobre a consulta de medicina quântica a que foi, onde lhe disseram que o problema dele está no intestino.

Diz que não está em evitamento e apenas perdeu a noção do tempo. Inscreveu-se na OP na Peritagem do Sono e em 2 cursos de Formação Profissional no emprego, pois agora quer sentir-se ocupado.

Entretanto passaram os 10m restantes da sessão e volto a questionar se quer continuar e se sim, que tem de se comprometer a chegar a horas, pois de contrário não existe progresso na terapia. Diz que chegará às 12:30 em ponto na próxima sessão.

Apesar de continuar com um problema em cumprir compromissos, parece menos letárgico e mais enérgico, com vontade de se ocupar e fazer alguma coisa para se ajudar a ele próprio.

### **15ª Sessão – 26/04/2014**

O Rui chegou pontualmente á hora da sessão. Diz que está de férias e que na próxima semana não virá, pois vai para o Porto no dia 1, para casa dos amigos que estiveram com ele no projeto social da Guiné. Refere que estão todos a pensar em concorrer a um projeto da câmara de Lisboa, de cariz social, pois é uma área de que gosta e onde se sente realizado. Valido, mas questiono se não serão projetos a mais de uma só vez. Diz que assim não pensa nos problemas, estando mais ocupado. Pergunto que problemas. Responde: “os que já falámos, a auto-estima, etc...”. Devolvo dizendo que não é por não pensarmos nos problemas que eles desaparecem, mas sim procurando perceber que surgem esses pensamentos, porque surgem, e se existem evidências/provas que os comprovem ou não. Concorda, e diz que tem feito isso, muitas vezes chegando á conclusão que nem são as outras pessoas que pensam o que ele acha que elas pensam, mas sim ele próprio.

Diz que continua a tomar a Erva de S. João e alguns medicamentos prescritos

pela terapeuta de medicina quântica, e que continua a aguardar que o chamem da OP para a peritagem do sono. Enfatizo que não deve dormir durante o dia para ter um melhor sono á noite, e refere que já reparou que quando o faz (quando dorme de dia), custa-lhe mais a adormecer á noite. Reafirmo igualmente a importância do exercício físico neste aspeto do sono. Diz que continua as caminhadas com a amiga, e continua á espera que o chamem dos cursos em que se inscreveu no trabalho, mas ainda não têm pessoas suficientes. Espera também pelo fim do mês para comprar as recargas para o cigarro eletrónico.

### **17ª Sessão – 31/05/2014**

Desta vez o Rui chega á hora da sessão. Disse que pensou durante a semana no que falámos, e que na sua opinião o balanço da terapia é positivo, pois fê-lo ter consciência de algumas coisas, do que é importante e do que não é. Diz também que foi benéfico a questão da análise dos pensamentos automáticos e sua disputa, e que isso o ajudou a combater melhor os pensamentos negativos.

Devolvo que estou de acordo com a sua opinião, e que ele deve igualmente valorizar o facto de estar mais proactivo e menos procrastinador do que no inicio, por exemplo no que diz respeito ao facto de ter iniciado as caminhadas, a sua inscrição nos cursos pós-laborais, no projeto de âmbito social a apresentar na Câmara de Lisboa, tudo situações que á uns meses atrás seriam mais difíceis ou mesmo impossíveis de concretizar.

Concordou, e diz que apesar de achar que haveria mais para trabalhar, a questão monetária impede-o de continuar em terapia. Devolvo dizendo que de fato apesar dos avanços na terapia, seis meses é pouco tempo para um trabalho mais profundo e concreto, sugerindo-lhe o recurso ao centro de saúde ou às consultas da Universidade de Psicologia.

Relativamente ao centro de saúde ele diz que não tem psicologia, e foi por isso que a sua médica de família o enviou ao Hospital Júlio de Matos á alguns anos. Quanto á faculdade, não sabia dessa hipótese e vai-se informar.

Dei o SCL-90, a BDI e a BAI para fazer em casa, explicando que o objetivo é podermos aferir melhor e ter uma ideia mais concreta dos avanços comparativamente com o início da terapia.

Refere que após a sessão irá realizar uma peritagem do sono com a Sofia Alegria, pois quer perceber porque acorda cedo e não consegue voltar a adormecer, e porque se sente cansado.



**18ª Sessão – 07/06/2014**

O Rui enviou SMS á hora da consulta a dizer que estava a estacionar o carro, chegando 15 m depois. Questionei-o diretamente sobre o facto de ele chegar sempre depois da hora, e parecendo desconfortável com o assunto, desculpou-se com o fato de planear mal o tempo de sair de casa e do percurso para chegar.

Diz que quando fez a peritagem do sono também se atrasou pois pensou que estava marcado para as 14:30 e estava para as 14:00. Perguntei como correu. Ao que respondeu que como tiveram menos tempo que o previsto devido ao atraso, foi tudo um pouco á pressa pois a colega tinha outra marcação a seguir. Apenas conversaram sem efetuar nenhum teste, e a colega deu-lhe conselhos para uma melhor higiene de sono, como pensar nos problemas durante alguns minutos numa sala parte e não quando vai dormir, para não levar os problemas para o quarto, bem como mudar algumas coisas no seu quarto.

Perguntei se correspondeu às suas expetativas, respondendo que não será fácil de cumprir mas irá tentar, tendo a colega disponibilizado ajuda por mail caso necessite, devido ao fato de o tempo que tiveram não foi suficiente.

Falou também com entusiasmo sobre o projeto social que ele e os amigos irão entregar esta semana na Câmara Municipal de Lisboa, na esperança de ser aprovado, o que segundo o Rui seria ótimo para ele pois teria algo com que se ocupar extra trabalho, fazendo uma coisa de que gosta.

Entregou os testes SCL-90, BDI e BAI, e eu relembrei-lhe que na próxima sessão terminaremos a terapia, e falaremos um pouco dos resultados dos testes e do que o Rui poderá fazer no futuro.

Após cotação dos testes e sua comparação com os que foram efetuados em Dezembro de 2013, registou-se uma melhoria significativa nos resultados destes últimos. Relativamente á BAI, a pontuação total foi de 15, revelando um grau de ansiedade leve (8-15), comparativamente com um total de 27 em 2013 com um grau de ansiedade severa (26-30).

No que respeita á pontuação da BDI, esta foi de 17, revelando um grau de depressão leve (14-19), comparativamente com um total de 35 em 2013 com um grau de depressão grave (mais de 29).

Quanto ao SCL-90, verificou-se igualmente uma descida nos valores quando comparados com os resultados de 2013, nomeadamente no Índice de Sintomas Positivos, no Número de Sintomas Positivos e no Índice Geral de Sintomas, bem como

em todas as subescalas avaliadas, em especial na subescala Sensibilidade/Interpessoal, na qual se verificou a maior descida, tendo com certeza a análise de pensamentos automáticos e respetiva disputa, contribuído para este resultado.

Apesar dos bons indicadores revelados nas últimas sessões, e comprovados pelos resultados dos testes, o Rui tem ainda um longo caminho a percorrer no que diz respeito ao seu progresso pessoal e terapêutico.

### **19ª Sessão – 21/06/2014**

Nesta última sessão o Rui chegou pontualmente, trazendo uma caixa de figos que me ofereceu, agradecendo-me o apoio prestado nestes últimos meses. Perguntou-me o resultado dos testes, ao que respondi que de fato houve uma evolução bastante significativa comparativamente com os primeiros, mas que isso era notório mesmo sem recorrer aos resultados dos testes.

Voltei a sublinhar a importância de continuar o processo terapêutico, procurando informações na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sobre consultas gratuitas, bem como continuar com as atividades que já iniciou.

Perguntei-lhe se concordava comigo quanto á continuação do processo terapêutico, ao que respondeu que sim, que neste momento não gostava de regredir e quer manter-se focado nos objetivos que tem para fazer. Refere que começou a fazer uma listagem dos gastos semanais para ter uma melhor noção de quanto gasta e em quê, com o objetivo de controlar melhor as suas finanças. Devolvi com a minha concordância que tal procedimento o iria de fato ajudar, e que dentro de 3 anos, quando acabar o processo de insolvência o deveria continuar a fazer, e que nessa altura iria sentir uma folga bastante significativa nas suas finanças quase como se tivesse uma aumento de ordenado na prática, devendo evitar no futuro o recurso a créditos, continuando a gerir os seus gastos como o faz atualmente.

Manifestei a minha disponibilidade, não enquanto terapeuta, mas caso necessite de algo ou tenha alguma questão em que o possa ajudar, para que me contactasse.

### **Discussão de caso**

Podemos discutir este caso através de duas perspetivas, qualitativa e quantitativa. No que diz respeito á primeira, verificamos que a queixa principal

relacionada com as insónias é apenas a “ponta do iceberg”. Ficou claro que o Rui tem sérios problemas de reduzida autoestima, influenciados em grande parte pela sua gaguez e pela sua obesidade, e que os acontecimentos recentes na sua vida, nomeadamente a separação e a insolvência, contribuíram para o quadro depressivo que apresenta. Em consequência disso, no decorrer das sessões, foi notória a sua tendência para a procrastinação e até em alguns momentos para uma baixa motivação para a mudança, que necessitava de efetuar em alguns aspetos da sua vida, bem como o estabelecimento de objetivos de vida.

Como foi referido no enquadramento teórico deste relatório, a motivação não deverá ser vista como um traço de personalidade intrínseca ao caráter da pessoa, mas à vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra, sendo o que faz mover o indivíduo levando-o a agir, neste caso a procurar a mudança em busca de comportamentos de saúde (DGS, 2001).

Ao remetermos o caso do Rui para o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1982), verificamos que inicialmente ele se encontrava claramente na fase de Pré-contemplanção (“*I won't*”) - Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão, como podemos observar pela sua relutância em tomar a medicação prescrita pelo médico de família e pelo psiquiatra (3ª sessão), não cumprindo algumas das indicações dadas na terapia, sendo disso exemplo os exercícios de respiração (4ª sessão), ou ao reconhecer que adormece quando chega a casa casado do trabalho e depois á noite não tem sono (7ª sessão), sendo o exemplo mais flagrante o fato de chegar constantemente atrasado a algumas das sessões.

O ponto de viragem acontece na 8ª sessão, quando uso a metáfora do jogo de futebol, onde para haver jogo é necessário haver duas equipas em campo, e reforçando que ele não está em campo e até agora fez pouco investimento no processo terapêutico. É a partir daqui que passa para a fase de Contemplanção (“*I might*”) - Admite o problema, é ambivalente e tenta adotar mudanças. Esta fase dura

até á 12ª sessão, onde evolui para a fase seguinte, Preparação (“*I will*”) - Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, ao manter as caminhas, planear deixar de fumar e efetuar um registo das despesas. Na 15ª sessão dá-se o passo para a fase seguinte, a Ação (“*I am*”) - Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança, ao referir que está a planear juntamente com alguns amigos, concorrer a um projeto de cariz social da câmara de Lisboa. Infelizmente, em apenas alguns meses de tratamento não é possível implementar a última fase, Manutenção (“*I have*”) - Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída, devendo este ser um processo a atingir a médio/longo prazo.

A abordagem Cognitivo-Comportamental teve um papel decisivo nesta evolução, pois este modelo defende que as nossas crenças determinam o modo como nos sentimos e os nossos pensamentos têm a capacidade de influenciar as nossas emoções e também de serem influenciados por elas (Beck, Freeman, & Davis, 2004).

A folha de registo de pensamentos automáticos, e sua posterior discussão em sessão, teve uma marcada eficácia na evolução positiva da terapia, pois este tipo de técnicas destinam-se a identificar, testar no real e corrigir conceitos deturpados e crenças disfuncionais (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

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).

Ao analisarmos os seus pensamentos automáticos, como por exemplo “não valho nada”, sou um inútil”, “inadaptado e lento”, análise essa que iniciámos na 8ª sessão, curiosamente sessão essa onde se deu o ponto de viragem da primeira para a segunda fase de mudança segundo o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1982), e posteriormente ao disputarmos esses pensamentos, foi conseguida uma reestruturação cognitiva, a possível dentro dos limites temporais que dispúnhamos.

Quanto á perspectiva quantitativa, esta pode ser analisada á luz dos resultados obtidos pelas provas efetuadas, o Symptom Checklist – 90 –Revised – SCL-90-R, o Inventário da Depressão de Beck – BDI e o Inventário da Ansiedade de Beck – BAI, e nomeadamente pela comparação dos mesmos á data de 21/12/2013, quando foram entregues na 5ª sessão, e quando foram entregues á data de 7/6/2014 na 18ª sessão.

No respeitante ao SCL-90-R, na primeira entrega, os resultados aferidos nas nove dimensões primárias foram: Somatização (1.67), Obsessões Compulsões (2.40), Sensibilidade Interpessoal (2.11), Depressão (1.92), Ansiedade (1.50), Hostilidade (1.50), Ansiedade Fóbica (1.29), Ideação Paranoide (1.67) e Psicoticismo (1.60). Quanto aos três índices globais, no Índice Geral de Sintomas (ISG) o valor foi de 1.80, no Número de Sintomas Positivos (NSP) foi de 90.00 e no Índice de Sintomas Positivos (ISP) de 1.80.

Pudemos verificar que quer os três índices globais, quer as nove dimensões primárias, contem valores muito acima da média, nomeadamente na Obsessão-Compulsão (2.40 para uma média de 0.98), na Sensibilidade Interpessoal (2.11 para uma média de 0.73), e na Depressão (1.92 para uma média de 0.65).

No Inventário de Avaliação da Depressão de Beck (BDI), o valor total foi de 35, indiciando uma Depressão Grave (pontuação total superior a 29).

No Inventário de Ansiedade de Beck – BAI, o valor total foi de 27, indiciando uma Ansiedade Severa (pontuação total de 26 a 63).

Na segunda entrega, registou-se uma melhoria assinalável nos resultados das três provas. No respeitante ao SCL-90-R, os resultados aferidos nas nove dimensões primárias foram: Somatização (1.58), Obsessões Compulsões (2.30), Sensibilidade Interpessoal (1.89), Depressão (1.92), Ansiedade (1.40), Hostilidade (1.33), Ansiedade Fóbica (1.29), Ideação Paranoide (1.50) e Psicoticismo (1.20). Quanto aos três índices globais, no Índice Geral de Sintomas (ISG) o valor foi de 1.69, no Número de Sintomas Positivos (NSP) foi de 87.00 e no Índice de Sintomas Positivos (ISP) de 1.75.

No Inventário de Avaliação da Depressão de Beck (BDI), o valor total foi de 17, indiciando uma Depressão Leve (pontuação entre 14 e 19).

No Inventário de Ansiedade de Beck – BAI, o valor total foi de 15, indiciando uma Ansiedade Leve (pontuação total de 8 a 15).

Estes resultados vão de encontro às conclusões da perspetiva qualitativa, revelando ambas uma clara melhoria dos sintomas, traduzida em concreto por uma menor procrastinação, a delineação de alguns objetivos de vida e respetiva ação para os concretizar, remetendo no entanto para uma continuidade da terapia para consolidar os resultados alcançados e prevenir eventuais recaídas, apesar dos objetivos terapêuticos terem sido atingidos.

## **Caso 2 – Sara**

A Sara tem 22 anos, é estudante de Mestrado em Psicologia, e vive numa residência universitária em Lisboa. É filha única e quando não está em Lisboa fica em casa dos pais, numa cidade distante da capital.

### **Motivo da Consulta**

Refere que já há algum tempo que pensava em ter acompanhamento, pois acha que é importante devido ao fato de estudar psicologia, e que finalmente se decidiu pois a sua compulsão alimentar no que diz respeito a bolachas e bolos, tem vindo a agravar-se, ingerindo-os sem se conseguir controlar, principalmente quando está sozinha, ansiosa ou quando vai a casa visitar os pais.

### **Exame do Estado Mental**

A Sara apresenta-se com roupas largas, cabelo apanhado e de óculos. Tem um discurso fluente e bem articulado, se bem que com um tom de voz baixo, sendo notória alguma timidez e dificuldade em manter contato visual.

Ao sentar-se, coloca a mala no seu colo, agarrando-a como se fosse um escudo e a protegesse de algo.

## **História Clínica**

O único aspeto relevante a salientar é o fato de ter frequentado dois grupos de ajuda no ano passado, os Comedores Anónimos e um grupo de terapia de Ansiedade Generalizada na faculdade, mas em ambos não passou da segunda sessão, pois não houve empatia com os terapeutas nem gostou de “*se ir muito rápido nas autorrevelações*”.

## **Hipótese de Diagnóstico**

A hipótese de diagnóstico aponta para uma compulsão alimentar, não havendo indícios de bulimia, pois não se verificam comportamentos purgatórios, apontando concomitantemente para uma vinculação inadequada.

## **Objetivos Terapêuticos**

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

- Efetuar uma reestruturação cognitiva que permita diminuir ou eliminar a sintomatologia apresentada;
- Aumentar a autoestima;
- Criar um *insight* que permita compreender a origem e o papel das suas crenças atuais;
- Desenvolver estratégias para adquirir hábitos alimentares saudáveis;
- Compreender o papel que a comida tem na sua vida, e que vazio interior a mesma aparenta preencher;
- Permitir a exteriorização de sentimentos e emoções reprimidas como mecanismo de defesa, que afetam o seu dia-a-dia, a maneira como se vê a si mesma e se relaciona com os outros;

## **Progressão Terapêutica**

### **1ª Sessão – 16/01/2014**

Ao deslocar-me á sala de espera encontro a Sara sentada a ler um livro. Após

apresentar-me e dar as boas vindas, questiono se encontrou o local facilmente e como nos conheceu. Referiu que sim, e que á algum tempo que consulta o site e a página de Facebook da OP (Oficina de Psicologia) pois é estagiária académica em Psicologia Sistémica, estando atualmente num centro de apoio a toxicodependentes, e numa residência para estudantes, visto ser de fora de Lisboa. Referiu ainda ter feito voluntariado em Cabo Verde no verão passado, na área da formação. Perguntei se é a primeira vez que recorre aos serviços de um Psicólogo, ao que me responde que sim, já andando á algum tempo para marcar a consulta, não o tendo feito ainda por questões económicas.

A inquiri-la sobre a razão que a leva até á OP, responde que a questão principal é relativa a uma compulsão alimentar no que diz respeito a bolachas e bolos, ingerindo-os sem se conseguir controlar, principalmente quando está sozinha, ansiosa ou quando vai a casa visitar os pais. Era obesa, mas perdeu cerca de 20kg desde que veio estudar para Lisboa. Refere que os pais são pessoas distantes, críticos em relação a si, nunca a elogiando ou valorizando, e que discutem frequentemente. Devolvi perguntando se a escolha pela orientação teórica Sistémica teria a ver com a questão da sua própria família, reconhecendo que sim, que quer ajudar famílias e pessoas que estejam na mesma situação, famílias disfuncionais ou desestruturadas.

Diz ser introvertida, tímida, tem poucos amigos e dificuldades em fazer e manter amizades. Nunca namorou, e até á cerca de pouco tempo atrás só de pensar em contacto físico achava um nojo. Pergunto o que a fez pensar de forma diferente desde á um ano, e diz que tem conversado com a antiga companheira de quarto na residencial, tendo vindo lentamente a mudar a sua maneira de pensar.

Queixou-se de não sentir picos de emoção como as outras pessoas, achando-se apática e sempre constante a nível emocional (fazendo com a mão um gesto numa linha horizontal). Tem uma baixa autoestima e afasta-se das relações pois acha que não tem nada de interessante a oferecer.

Ao chegarmos ao final da sessão, confessou ter ficado admirada por ter falado tanto sobre ela, pois normalmente isso não acontece. Terminámos com a entrega do contrato terapêutico para ler em casa e assinarmos ambos na próxima sessão.

## **2ª Sessão – 23/01/2014**

Iniciámos a sessão com a assinatura do contrato terapêutico. Pergunto-lhe como correu a semana, respondendo que “se portou mal”, pois sentiu-se um pouco culpada de ter feito as revelações que fez na sessão anterior, sobre os pais, porque



sabe que acima de tudo eles gostam dela. Diz que hoje estava um pouco ansiosa por vir à sessão e comeu bolachas e amendoins, o que fez com que estivesse mal disposta.

Revelou já ter frequentado dois grupos de ajuda, os Comedores Anónimos e um grupo de terapia de Ansiedade Generalizada na faculdade, mas em ambos não passou da segunda sessão, pois não houve empatia com os terapeutas nem gostou de “se ir muito rápido nas autorrevelações”. Informo que na OP existe um grupo específico nesta problemática mas recusa pelas razões anteriores e pelo custo.

Pedi-lhe para me ajudar a perceber a sua relutância no contacto físico, revelando-me que acontece com as pessoas em geral mas com o sexo oposto em particular, eventualmente devido à sua baixa autoestima. Volta a frisar não ter picos de emoção e ao ser questionada qual a maior alegria que se lembra de ter sentido, refere que foi o facto de ter sido escolhida para ir fazer voluntariado em cabo Verde, situação pouco valorizada pelos pais.

Como TPC (trabalho para casa) entreguei o Questionário da História de Vida para preencher, e solicito que sempre que sentir compulsão em comer, utilize um exercício chamado cinco atividades/cinco sentidos, em que vai procurar identificar uma atividade que lhe dê prazer ou a relaxe, associada a cada um dos cinco sentidos, de forma a poder utilizar essa ferramenta de ajuda que traz sempre consigo e está sempre disponível, sempre que dela necessitar.

### **3ª Sessão – 30/01/2014**

Trouxe o questionário de história de vida mas refere que não foi fácil preencher, pois fê-la pensar em algumas questões sobre si própria. Referi que irei ler com atenção e debatemos essas questões na próxima sessão.

Referiu que esta semana esteve mais controlada em termos de compulsão e que as 5 atividades/5 sentidos a ajudaram: visão = ler livro com pinturas de Matisse; audição = música clássica; tato = folhear o livro Os Miseráveis; paladar = chá verde. Pergunto se alguma vez vomitou após comer e se faz muito exercício físico, respondendo que não a ambas as questões, exceto pontualmente o exercício físico quando se sente mais cheia.

Foi passar o fim-de-semana com os pais e teve uma conversa com a mãe onde lhe disse que achava que eles não a apoiavam tanto como ela necessita, sentindo um pouco de desinteresse em relação a ela. A mãe não concordou e chorou, tendo arrumado o seu quarto o que ela entende como a sua forma de demonstrar o seu

carinho por ela, e não através dos afetos.

Perguntou á mãe o que achava que ela tinha de positivo e negativo, ao que respondeu que a Sara era muito fechada e isolada, e de positivo tinha tudo (sem concretizar) pois é sua filha. Ao questiona-la o que diria que se fosse ela a responder á sua própria pergunta, refere que se acha desinteressante, com pouca cultura geral (aí confrontei-a com o que me tinha falado nos 5 sentidos!), isolada, apática, e de positivo ser justa, honesta e leal...

Disse que num primeiro contacto fala bem com as pessoas e não sente muitos problemas, a questão é depois ao sentir que estas não a acham interessante, temendo já não ter assunto de conversa. Revela estar um pouco ansiosa por ficar responsável por dois grupos de terapia com toxicodependentes no local de estágio.

### **5ª Sessão – 13/02/2014**

Começou a sessão por me dizer que no próximo sábado vai a uma festa de anos surpresa de um amigo, e que está contente por isso.

Ao abordarmos os cinco principais medos que preencheu no Questionário da História de Vida, e ao ser questionada sobre quais as evidências que suportam esses medos, não as encontra e reconhece que provavelmente é ela que interpreta o que as outras pessoas possam estar a pensar, como por exemplo, o medo de não ir ao encontro das expectativas que as pessoas têm colocadas em si, é ela própria que coloca essas altas expectativas em si própria; ou o medo que as pessoas vejam o quão desinteressante é, sendo ela própria que se acha desinteressante; medo de falhar, em que não encontra situações na vida académica onde isso tenha acontecido; ou o facto de achar que não tem a competência necessária para algumas tarefas; ou achar que as pessoas se fartam dela, o que não acontece pois é convidada para festas e aniversários, sendo ela que supõe que as pessoas pensam assim.

Entregou o auto-registo alimentar relativo á última semana, e pela sua análise parece fazer uma dieta equilibrada, com comida saudável e horários regulares. Na sua opinião apenas exagerou uma vez, e nunca vomitou, tomou laxantes ou diuréticos. Nos comentários do registo, é de salientar o facto de referir “parei e pensei: ok eu quero comer pão, mas será que se fosse outra coisa quereria comer também? Uma fruta? Não? Então não é fome!”. Outro comentário interessante é quando refere que percebeu que sempre que quer muito comer mais bolachas ou mais pão, isto acontece “quando sinto que falhei em alguma coisa, quando penso que não sei fazer nada, e quando estou sozinha. Quando começo a pensar e a ver todos os meus defeitos e

quando penso que toda a gente deve achar que sou horrível, chata e sem valor. Quando fico farta de ser eu e daria tudo para fugir de mim”. Refere no entanto que tem conseguido controlar-se ao pintar, ouvir música e cantar.

No final da sessão entreguei o SCL-90 para fazer durante a semana e entregar na próxima sessão.

Parece ter havido um importante avanço por parte da Sara, ao conseguir reconhecer e identificar os seus pensamentos no que diz respeito as cinco medos referidos no Questionário da História de Vida, e perceber que não são os outros mas sim ela que exige demais de si própria. Também ficou claro que o que está por trás do comportamento alimentar é a insegurança e baixa autoestima, sendo que estes aspetos deverão ser mais trabalhados em conjunto com a questão da comida.

### **8ª Sessão – 06/03/2014**

A Sara referiu que não foi fácil escrever o auto-registo e pensar sobre o que tinha escrito. Da análise que fizemos ao que escreveu, é de salientar que todos os pensamentos automáticos negativos se revelam no contexto familiar, o que a Sara concorda referindo que não se sente bem quando está na casa dos pais, sente que não é ela própria e não pensa mesmo voltar para lá.

Referiu que desde pequena sente que não é valorizada pelos pais, que o pai lhe dizia que não era filha dele, e que os pais lhe dizem para ela ir passar os fins-de-semana com eles mas quando lá está a ignoram.

Este fim-de-semana o pai disse ao seu primo que queria que ele fosse filho dele, o que a levou a pensar que ela era péssima filha, que ele merecia um bom filho, e que aos olhos dos seus pais toda a gente é melhor que ela. O mesmo acontece com a mãe que refere só pensar nela e não a ver como filha. Isto leva-a a pensar que se nem a sua própria família a quer, porque é que as outras pessoas a queriam. Com tudo isto refere sentir-se triste, incompreendida, ignorada e revoltada.

Ficou claro que a baixa autoestima da Sara tem uma forte influência destas interações familiares, e de questões de vinculação. Na próxima sessão iremos analisar mais em profundidade estes pensamentos e estas emoções.

### **9ª Sessão – 13/03/2014**

Pedi para refletirmos sobre a questão dos pensamentos automáticos aparecerem todos em contexto familiar. Concorda que devido á educação que teve, tem crenças enraizadas que transportou para as suas relações sociais, mas que agora

sente-se mais confiante e segura nessas relações, no estágio, com os amigos, pois teve o “insight” que a sua baixa de auto-estima e ansiedade têm a ver com a sua relação com os pais.

Disse que está a pensar escrever uma carta aos pais a dizer a sua opinião, pois pessoalmente não dá para falar. Diz que tem consciência que nunca tinha dito aos pais que gostava deles (e vice-versa), e por isso enviou um SMS ao pai a dizê-lo. O pai ligou no dia seguinte a saber como estava mas não tocou no assunto.

Pedi para na próxima semana escrever uma frase positiva sobre ela própria, por dia, algo que tenha gostado de fazer ou pensar, uma qualidade sua, e trazer na próxima sessão. Informo-a que o valor das sessões passará para 15€ e diz-me que depois verá se pode continuar a vir semanalmente ou passará para quinzenal.

É de fato positivo a conclusão a que juntos chegámos sobre a influência da relação com os pais nas suas próprias relações, havendo que trabalhar mais esta situação, bem como as relações fora do contexto familiar.

A compulsão alimentar já não se apresenta como o problema principal, mas sim uma consequência desta situação.

### **12ª Sessão – 10/04/2014**

A Sara chegou de fato de treino e perguntei-lhe se vinha da bio dança. Diz que não, que veio de um jogo de basquetebol com algumas amigas e amigos. Valorizo a sua participação no convívio com os amigos ao mesmo tempo que pratica exercício. Diz que também gostou de ir á aula de bio dança na semana passada e que as músicas são animadas e têm gente simpática. Diz que por vezes tem de dançar aos pares, e pergunto-lhe como reagiu á questão do toque, do contacto físico. Diz que reagiu bem, não lhe fez impressão pois neste caso estava á espera, só não gosta mesmo que lhe toquem quando não está á espera.

Referiu que o pai fez anos e que ela lhe fez uma surpresa aparecendo em casa sem ele estar á espera, oferecendo-lhe uma camisola do Benfica autografada por todos os jogadores. Diz que o Pai se emocionou e chorou, e ela também. Está contente por estar mais próxima do Pai, dizendo que ele não a conhecia bem e agora está a conhecer melhor.

Quando questionada sobre as duas qualidades que pensou sobre si, refere justa e simpática. Diz que a terapia a tem ajudado a melhorar um pouco mais a autoestima, a pensar mais nela própria e a organizar melhor as suas ideias. Diz que gostava ainda de conseguir fazer uma melhor gestão do tempo e não procrastinar, não

adiar o que tem para fazer e passar menos tempo na internet.

Gostava também de gerir melhor a sua frustração e conseguir parar de comer após ter iniciado, pois refere já se controlar mais para não começar, mas se começa não consegue parar, mesmo sabendo racionalmente que devia. Nas fases em que está bem isso não lhe acontece mas se alguma coisa lhe corre menos bem e fica mais frustrada, tem essa dificuldade em parar após começar. Já se sentindo melhor no que diz respeito á autoestima, gostava de se centrar mais nestas duas questões.

Na próxima sessão iremos tentar perceber quais os ganhos temporários e também os custos a médio prazo da compulsão alimentar. Tentar também que a Sara tente identificar o que está a pensar, o que lhe passa pela cabeça naquele momento, registar e trazer para a sessão para discutirmos.

Também tentar clarificar melhor com um exemplo concreto de algo que presentemente esteja a adiar, e o que poderá fazer para planificar e executar essa tarefa.

### **Discussão de caso**

Apesar de a compulsão alimentar ter sido a (aparente) razão da marcação de consulta pela Sara, desde cedo ficou claro que era apenas um dos sintomas de algo mais profundo e marcante, como a vinculação inadequada. Desde a primeira sessão, onde confessa que os pais são pessoas distantes, críticas, não a valorizando, passando pelo fato de ter seguido o modelo sistémico no curso, que se pode começar a fazer essa leitura.

Como refere Bowlby (1998) a relação de vinculação conduz ao desenvolvimento de representações mentais que irão moldar o padrão de relações futuras e influenciarão a organização do comportamento, afetos e cognições. Outros autores (West, Rose, Spreng, Sheldon-Keller & Adam, 1998) realçam ainda que o sucesso no desenvolvimento de laços com outras figuras é influenciado decisivamente pelos padrões desenvolvidos anteriormente com as figuras parentais. No caso em discussão, torna-se claro que os problemas de compulsão alimentar, baixa autoestima, insegurança, ansiedade, e algum vazio interior, verificados no presente, estão

diretamente relacionados com as representações mentais, ou se quisermos chamar crenças, desenvolvidas pela paciente como resultado do insucesso nos laços com ambas as figuras parentais, no seu passado. É de salientar o fato de ter perdido 20kg desde que se afastou dos pais, devido a ter vindo estudar para Lisboa, o que indicia uma relação de causa/efeito.

Como constatamos durante as sessões, e na análise das folhas de auto monitorização, a compulsão alimentar de que a Sara se queixa, é igualmente acompanhada pela sensação de perda de controlo, e sentimentos de angústia subjetiva, vergonha, nojo e culpa, o que vai de encontro ao referido por Stunkard (2003).

Na terceira sessão, e após o preenchimento do questionário da história de vida, que segundo a paciente, foi difícil de preencher pois fê-la pensar em coisas que ou nunca tinha pensado, ou estavam camufladas, refere ter falado com a mãe sobre o seu relacionamento, o que até então nunca tinha feito, começando nessa altura o seu insight e reflexão mais profunda sobre essa situação.

Também neste caso a reestruturação cognitiva teve um papel importante, ao identificar e disputar os seus pensamentos e crenças, como pudemos observar na quinta sessão, onde ao abordarmos os cinco principais medos que preencheu no Questionário da História de Vida, e ao ser questionada sobre quais as evidências que suportam esses medos, não as encontra e reconhece que provavelmente é ela que interpreta o que as outras pessoas possam estar a pensar, como por exemplo, o medo de não ir ao encontro das expectativas que as pessoas têm colocadas em si, é ela própria que coloca essas altas expectativas em si própria; ou o medo que as pessoas vejam o quão desinteressante é, sendo ela própria que se acha desinteressante; medo de falhar, em que não encontra situações na vida académica onde isso tenha acontecido; ou o facto de achar que não tem a competência necessária para algumas

tarefas; ou achar que as pessoas se fartam dela, o que não acontece pois é convidada para festas e aniversários, sendo ela que supõe que as pessoas pensam assim.

Esta quinta sessão ficou também marcada pelo fato de nos comentários do registo de auto-monotorização, ter referido “parei e pensei: ok eu quero comer pão, mas será que se fosse outra coisa quereria comer também? Uma fruta? Não? Então não é fome!”. Outro comentário interessante é quando refere que percebeu que sempre que quer muito comer mais bolachas ou mais pão, isto acontece “quando sinto que falhei em alguma coisa, quando penso que não sei fazer nada, e quando estou sozinha. Quando começo a pensar e a ver todos os meus defeitos e quando penso que toda a gente deve achar que sou horrível, chata e sem valor”. Estes pequenos passos, esta tomada de consciência, revela-se um aspeto fundamental no progresso da terapia.

No que diz respeito aos resultados do Symptom Checklist – 90 –Revised – SCL-90-R, os resultados eram expectáveis, com índices mais elevados na somatização e sensibilidade/interpessoal, seguidos da depressão e obsessão-compulsão (todos claramente acima da média). Teria sido interessante efetuar uma segunda prova no final da terapia, para termo de comparação, mas infelizmente tal não foi possível.

A sua evolução em cada sessão começa a ser notória, nomeadamente no episódio que relata na nona sessão, em que diz ter consciência que nunca tinha dito aos pais que gostava deles (e vice-versa), e por isso enviou um SMS ao pai a dizê-lo.

A questão alimentar parece igualmente estar a evoluir positivamente, pois já se controla mais em relação ao fato de iniciar o consumo, embora ainda não se consiga controlar totalmente após o seu início.

Na última sessão que tivemos, relatou-me que se tinha inscrito na biodanza, e que o fato de por vezes ter de dançar em pares não a incomoda, o que contrasta com o que tinha referido inicialmente em relação ao seu desconforto face ao toque. Refere

ainda que o pai fez anos e que ela lhe fez uma surpresa aparecendo em casa sem ele estar á espera, oferecendo-lhe uma camisola do Benfica autografada por todos os jogadores. Diz que o Pai se emocionou e chorou, e ela também. Está contente por estar mais próxima do Pai, dizendo que ele não a conhecia bem e agora está a conhecer melhor.

Após duas semanas sem termos sessão por desencontro de agendas, subitamente envia-me um email onde me informa que vai desistir da terapia, por um lado por questões económicas (pois os honorários das sessões iriam ser aumentados significativamente), pois não tinha possibilidades de fazer face a esse custo, e por outro lado porque achava que a terapia não estava a ajudar muito, pois precisava de algo mais “subjectivo” e que fosse mais ao fundo das questões. Respondi afirmando que como não podia deixar de ser, respeitava a sua decisão, mas que apesar de compreender as questões económicas, confessava que as outras questões referidas me deixaram surpreendido e colocando-me á disposição para uma última sessão onde pudéssemos em conjunto fazer um balanço, e me pudesse explicar melhor o queria dizer concretamente. Não obtive resposta.

Admito que não consigo encontrar uma explicação para esta súbita desistência, pois no meu ponto de vista haviam sido feitos progressos, e os objetivos terapêuticos tinham sido atingidos, apesar de necessitarem de ser consolidados, quer na questão da compulsão alimentar propriamente dita, como de igual forma nas suas relações sociais em geral, e com os pais em particular, mas coloco a hipótese que de fato a questão económica fosse um fator decisivo, juntamente com o estágio estar a terminar e a Sara ter voltar para casa dos pais novamente, e que de alguma forma esse fato estivesse a ser difícil de gerir.



## Conclusão

Este estágio académico permitiu fazer a ligação entre a componente teórica e a componente prática da profissão de Psicólogo Clínico, demonstrando que esta é uma atividade em que o profissional deverá estar em constante aprendizagem, apostando na sua formação, e estando receptivo a aprender quer com os seus pares quer com os seus pacientes.

De fato a importância da supervisão semanal, e a partilha dos casos com os colegas, bem como a partilha destes em relação aos seus próprios casos, foi de extrema relevância na discussão dos mesmos, técnicas a aplicar, hipóteses de diagnóstico, críticas e sugestões.

A formação continua ao longo do estágio foi uma mais-valia, bem como a elaboração de textos para publicação no site da clínica, a elaboração de um projeto individual de estágio, que permitiu aprender de raiz como se elabora e dinamiza um protocolo de intervenção em grupo, a visualização de vídeos com as intervenções dos terapeutas mais experientes, e posterior discussão e análise das sessões, tudo isto contribuiu para a aquisição de conhecimentos e experiências que serão fundamentais no meu futuro profissional.

Foi interessante verificar a importância do “setting” terapêutico, e da aliança terapêutica na relação com os pacientes, e as dinâmicas que se realizam em cada sessão, variando de paciente para paciente, de situação para situação.

Constatei que as minhas expectativas foram superadas, e entendo que os objetivos deste estágio foram amplamente atingidos, servindo de preparação para o desafio que se segue, o estágio profissional.

### **Reflexão Final**

Este foi um percurso extremamente interessante ao nível académico, pessoal e profissional, pois tenho a certeza que como eu, os colegas que concretizaram o objetivo de terminar a licenciatura, o mestrado, e efetuar o estágio curricular, tornaram-se pessoas diferentes, com uma visão do mundo e das pessoas mais enriquecida, que não tinham anteriormente.

Pude igualmente verificar que a saúde mental em Portugal ainda tem um longo caminho a percorrer, quer do ponto de vista da sua acessibilidade por parte de quem dela necessita, quer do ponto de vista de como é olhada e analisada pela sociedade em geral. Foi gratificante perceber que pouco a pouco, se está a desmistificar a ideia do recurso à Psicologia Clínica, como sendo apenas para alguns (com mais recursos económicos), com uma conotação negativa de quem o faz, com a sociedade a compreender melhor a sua importância e contributo para uma melhoria individual e social, com o seu próprio papel no contexto de saúde juntamente com todas as outras especialidades.

Encaro esta etapa como o fim de um caminho e o início de outro, igualmente desafiante e enriquecedor, onde passo a passo novos objetivos serão delineados e atingidos, a experiência adquirida será consolidada com novos conhecimentos e a teoria e a prática serão cada vez melhor integradas e interligadas, sempre com o objetivo de poder ajudar quem nos procura e quem em nós confia, depositando a sua esperança num amanhã melhor.

## 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.
- Bowlby, J. (1998). *A secure base – Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brito, S. (2008). A psicologia clínica: procura de uma identidade. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 5 (1), 63-68.
- 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.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa: DGS. ISBN 972-9425-92-2.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press: New York.
- Ferreira-Borges, C., Cunha Filho, H., Silva, A., Dias, C. & Feijão, F. (2004). *Uso, abuso e dependência: alcoolismo e toxicodependência*. Climepsi: Lisboa.
- 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.
- Grilo, C.M. (2002). Binge eating disorder. In: *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. Fairburn, C.G.; Brownell K.D. (eds). 2 ed., 178-82.
- 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

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.

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, 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.
- Napolitano, M.A., Head, S., Babyak, M.A. (2001). Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *Int J Eat Disord*, 30, 193-203.
- Oficina de Psicologia (2009). *Quem somos?* Acedido em 1 de Janeiro de 2014, através de <http://www.oficinadepsicologia.com>.
- Oliveira, S. (2002). Trechos da história da loucura. *Interacções*, 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.
- Prochaska, J., DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.; Heather, N. (eds.) *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum Press. 3–27. ISBN 0-306-42248-4.
- Prochaska, J., Diclemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

- Prochaska, J., Diclemente, C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 20,161-173.
- 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.
- 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.
- Serra, H. (2007). *Ansiedade social e a timidez*. Lisboa: Casa das Letras.
- 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.
- Stunkard, A.J., Allison, K.C.(2003). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int. Journal of obesity*, 27,1-12.
- 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.
- Trindade, I. (1999). Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 3 (17), p. 569-575. ISSN 0870-8231
- 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.
- West, M., Rose, M., Spreng, S., Sheldon-Keller, A., & Adam, K. (1998). Adolescent Attachment Questionnaire: A brief assessment of attachment in adolescence. *Journal of Youth and adolescence*, 27 (5), 661-673.
- 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** – Terapia de Grupo Ansiedade Social

**ANEXO C** – Trabalho de Revisão Bibliográfica sobre TCC

**ANEXO D** – Textos Realizados

**ANEXO E** – Projeto individual de Estágio - Activaldade

**ANEXO F** – Descrição das Sessões

**ANEXO G** – Instrumentos

**ANEXO H** – Certificados das Formações

**ANEXO A**  
Diário de estágio

---

Data	Evento	Horas
23-09-2013	1ª Reunião Coordenação de Estágio	1
27-09-2013	Workshop Depressão	7
28-09-2013	Workshop Pânico	7
29-09-2013	Workshop POC	7
30-09-2013	2ª Reunião Coordenação de Estágio	1
02-10-2013	1ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
07-10-2013	3ª Reunião Coordenação de Estágio	1
09-10-2013	2ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
10-10-2013	1ª Reunião Orientação Estágio	1
11-10-2013	Workshop P. Pers. Evit./Dependente	7
12-10-2013	Workshop CBT/ACT	7
13-10-2013	Workshop CBT/ACT	7
14-10-2013	4ª Reunião Coordenação de Estágio	1
16-10-2013	3ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
21-10-2013	5ª Reunião Coordenação de Estágio	1
23-10-2013	4ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
26-10-2013	1ª Consulta Rui	1
28-10-2013	6ª Reunião Coordenação de Estágio	1
30-10-2013	5ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
01-11-2013	2ª Reunião Orientação Estágio	1
02-11-2013	2ª Consulta Rui	1
04-11-2013	Palestra Bastonário	2
04-11-2013	7ª Reunião Coordenação de Estágio	1
06-11-2013	6ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
07-11-2013	3ª Reunião Orientação Estágio	1
09-11-2013	Workshop Mindfulness	7
10-11-2013	Workshop Mindfulness	7
09-11-2013	3ª Consulta Rui	1
11-11-2013	8ª Reunião Coordenação de Estágio	1
13-11-2013	7ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
14-11-2013	Fest In FIL	3
14-11-2013	4ª Reunião Orientação Estágio	1
20-11-2013	8ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
21-11-2013	5ª Reunião Orientação Estágio	1
22-11-2013	Workshop Perturbação de Ansiedade Generalizada	7
23-11-2013	Workshop Pert. Pers. Narcisica/Histriónica	7
25-11-2013	9ª Reunião Coordenação de Estágio	1,5
27-11-2013	9ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
28-11-2013	6ª Reunião Orientação Estágio	1
30-11-2013	4ª Consulta Rui	1
02-12-2013	10ª Reunião Coordenação de Estágio	1,5

04-11-2013	10ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
05-12-2013	7ª Reunião Orientação Estágio	1
06-11-2013	Workshop Perturbação Pós Stress Tramático	7
09-11-2013	Businss Lab	2
09-12-2013	11ª Reunião Coordenação de Estágio	1
11-11-2013	11ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
16-12-2013	12ª Reunião Coordenação de Estágio	1
18-11-2013	12ª Sessão Grupo Fobia Social	1,5
19-12-2013	8ª Reunião Orientação Estágio	1
19-12-2013	1ª Consulta Andreia	1
21-12-2013	5ª Consulta Rui	1
02-01-2014	2ª Consulta Andreia	1
06-01-2014	13ª Reunião Coordenação de Estágio	1
09-01-2014	9ª Reunião Orientação Estágio	1
03-01-2014	3ª Consulta Andreia	1
13-01-2014	14ª Reunião Coordenação de Estágio	1
16-01-2014	10ª Reunião Orientação Estágio	1
16-01-2014	4ª Consulta Andreia	1
16-01-2014	1ª Consulta Sara	1
18-01-2014	6ª Consulta Rui	1
24-01-2014	11ª Reunião Orientação Estágio	1
24-01-2014	5ª Consulta Andreia	1
24-01-2014	2ª Consulta Sara	1
27-01-2014	15ª Reunião Coordenação de Estágio	1
30-01-2014	12ª Reunião Orientação Estágio	1
30-01-2014	6ª Consulta Andreia	1
30-01-2014	3ª Consulta Sara	1
01-02-2014	7ª Consulta Rui	1
03-02-2014	16ª Reunião Coordenação de Estágio	1
06-02-2014	13ª Reunião Orientação Estágio	1
06-02-2014	7ª Consulta Andreia	1
06-02-2014	4ª Consulta Sara	1
10-02-2014	17ª Reunião Coordenação de Estágio	1
13-02-2014	Reunião Grupo Activaldade	1
13-02-2014	14ª Reunião Orientação Estágio	1
13-02-2014	5ª Consulta Sara	1
15-02-2014	8ª Consulta Rui	1
20-02-2014	15ª Reunião Orientação Estágio	1
20-02-2014	8ª Consulta Andreia	1
20-02-2014	6ª Consulta Sara	1
22-02-2014	Formação Sistémica	7
22-02-2014	Formação Sistémica	7
24-02-2014	1ª Apresentação TCC OP	3

27-02-2014	9ª Consulta Andreia	1
27-02-2014	7ª Consulta Sara	1
01-03-2014	9ª Consulta Rui	1
02-03-2014	18ª Reunião Coordenação de Estágio	1
06-03-2014	Reunião Grupo Activaldade	1
06-03-2014	16ª Reunião Orientação Estágio	1
06-03-2014	10ª Consulta Andreia	1
06-03-2014	8ª Consulta Sara	1
08-03-2014	10ª Consulta Rui	1
13-03-2014	11ª Consulta Andreia	1
14-03-2014	9ª Consulta Sara	1
15-03-2014	11ª Consulta Rui	1
20-03-2014	Reunião Grupo Activaldade	1
20-03-2014	10ª Consulta Sara	1
22-03-2014	Workshop EFT 1º Nível	7
22-03-2014	Workshop EFT 1º Nível	7
24-03-2014	17ª Reunião Orientação Estágio	1
27-03-2014	12ª Consulta Andreia	1
27-03-2014	11ª Consulta Sara	1
29-03-2014	12ª Consulta Rui	1
03-04-2014	18ª Reunião Orientação Estágio	1
03-04-2014	13ª Consulta Andreia	1
05-04-2014	13ª Consulta Rui	1
10-04-2014	Reunião Grupo Activaldade	1
10-04-2014	19ª Reunião Orientação Estágio	1
10-04-2014	12ª Consulta Sara	1
12-04-2014	14ª Consulta Rui	1
17-04-2014	20ª Reunião Orientação Estágio	1
24-04-2014	14ª Consulta Andreia	1
26-04-2014	15ª Consulta Rui	1
05-05-2014	15ª Consulta Andreia	1
05-05-2014	19ª Reunião Coordenação de Estágio	1
10-05-2014	Workshop Gestalt	7
11-05-2014	Workshop Gestalt	7
12-05-2014	2ª Apresentação TCC OP	3
15-05-2014	21ª Reunião Orientação Estágio	1
22-05-2014	22ª Reunião Orientação Estágio	1
24-05-2014	16ª Consulta Rui	1
29-05-2014	23ª Reunião Orientação Estágio	1
31-05-2014	17ª Consulta Rui	1
05-06-2014	24ª Reunião Orientação Estágio	1
07-06-2014	18ª Consulta Rui	1

---

	Total de horas presenciais	247
--	----------------------------	-----



---

**ANEXO B**

Terapia de Grupo Ansiedade Social

---

**ANEXO C**

Trabalho de Revisão Bibliográfica sobre TCC

---

**ANEXO D**

Textos Realizados

---

**ANEXO E**

Projeto Individual de Estágio - Actividade

---

**ANEXO F**

Descrição das Sessões

---

**ANEXO G**

Instrumentos

---

**ANEXO H**

Certificados das Formações