



Universidades Lusíada

Ferreira, Raquel Alexandra Martins, 1992-

Psicologia clínica : uma perspectiva de intervenção

<http://hdl.handle.net/11067/1750>

Metadados

Data de Publicação	2015-12-02
Resumo	O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, realizado no ano lectivo de 2014/2015 no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde (GAPPS) , em parceria com o Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora Das Dores, mais concretamente na Casa de São Bento, inserido no Bairro de Caxias. Este relatório constitui-se como mais uma etapa, de uma caminhada de aprendizagem e enriquecimento pessoal co...
Palavras Chave	Psicologia clínica - Prática profissional, Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:22:24Z 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

**Psicologia clínica: uma perspectiva
de intervenção**

Realizado por:

Raquel Alexandra Martins Ferreira

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof.^a Doutora Maria Margarida da Costa Rebelo Accioly Nogueira

Relatório aprovado em:

27 de Novembro de 2015

Lisboa

2015



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Psicologia clínica:
uma perspectiva de intervenção

Raquel Alexandra Martins Ferreira

Lisboa

Outubro 2015



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

**Psicologia clínica:
uma perspectiva de intervenção**

Raquel Alexandra Martins Ferreira

Lisboa

Outubro 2015

Raquel Alexandra Martins Ferreira

Psicologia clínica:
uma perspectiva de intervenção

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.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Tília Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Lisboa

Outubro 2015

Ficha Técnica

Autora Raquel Alexandra Martins Ferreira

Coordenadora de mestrado Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Túlía Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Título Psicologia clínica: uma perspectiva de intervenção

Local Lisboa

Ano 2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

FERREIRA, Raquel Alexandra Martins, 1992-

Psicologia clínica : uma perspectiva de intervenção / Raquel Alexandra Martins Ferreira ; coordenado e orientado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

II - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia clínica - Prática profissional
2. Universidade Lusíada de Lisboa. Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde - Ensino e Estudo (Estágio)
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

Agradecimentos

No decorrer desta longa caminhada, várias foram as figuras que me acompanharam e se perderam pelo caminho, pessoas que me fizeram aprender, crescer e ser grande parte daquilo que hoje sou.

Em primeiro lugar, quero agradecer à pessoa mais importante da minha vida, aquela que sempre me apoiou, que aparou as minhas quedas e aplaudiu todos os meus sucessos. À minha mãe, amiga e companheira de vida. Sem ela nada disto seria possível e, agradeço-lhe todos os dias pela mulher de armas que é e por tudo aquilo que construiu na sua vida. Amo-te.

Ao meu pai, Pedro e aos meus irmãos, Maria Inês e Pedro Rafael por aturarem o meu mau feito nas alturas de maior *stress* e pelo carinho demonstrado a cada etapa concluída.

Agradeço àquele que ontem era um homem, e hoje, a minha estrela guia. Sei que está neste momento, na primeira fila, emocionado e orgulhoso pelo encerrar deste capítulo. Ao meu avô, por me ensinar a ser uma pessoa melhor e, mais importante que isso, por me ensinar que a família é aquela que escolhemos. OBRIGADO.

Ao meu amigo, companheiro e namorado, André por ter estado presente nesta grande caminhada, e por, apesar do mau feitio, das discussões, das noites de estudo em que me fazia companhia e de todas as outras coisas, ainda querer fazer parte desta longa

jornada, acreditando em mim, muitas vezes quando eu nem própria acredito, muito obrigada.

À professora Doutora Tânia Gaspar pela sua disponibilidade, pelas oportunidades oferecidas e pelo excelente trabalho enquanto coordenadora do GAPPS.

À professora Doutora Túlia Cabrita pelas palavras amigas, pela motivação, pela ajuda incansável, apoio e orientação que prestou, não só neste ano lectivo, como em todos os anos de curso.

Ao professor Doutor Góis Horácio e à equipa do hospital Egas Moniz, por tão bem me terem recebido, assim como, por me concederem a oportunidade de trabalhar num sistema multidisciplinar exigente e com pessoas fantásticas. Obrigado.

À Doutora Elisabete Martins, “Beta” para quem a conhece, à Ana e a todos os meninos da Casa de São Bento por me terem acolhido da melhor forma possível e me terem permitido fazer parte de uma grande família.

À Doutora Lídia Santos pelo acolhimento no GAPPS, e pela ajuda na resolução de problemas que iam surgindo.

À minha companheira de curso e grande amiga, Cláudia Graça (*Pruzina*) por tudo aquilo que fez e faz por mim, pelas horas de estudo, pelas conversas, pelos conselhos e por todas as palavras amigas ou menos simpáticas nas alturas cruciais.

À Rita Maçanita, por fazer de mim uma pessoa melhor, e por me mostrar todos os dias o verdadeiro valor de uma amizade.

À Filipa (Pipa), Cacau e Kaiser pelo amor incondicional.

Por fim, OBRIGADO a todos aqueles que me ajudaram e me acompanharam nesta jornada, e a todos aqueles que me pregaram rasteiras, aos que me esqueci e principalmente aqueles que me esqueceram. Fizeram-me tornar numa pessoa mais forte e mais madura.

“Temos, todos que vivemos,

Uma vida que é vivida

E outra vida que é pensada,

E a única vida que temos

É essa que é dividida

Entre a verdadeira e a errada”

Fernando Pessoa, *in* “*Cancioneiro*”

Resumo

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, realizado no ano lectivo de 2014/2015 no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde (GAPPS), em parceria com o Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora Das Dores, mais concretamente na Casa de São Bento, inserido no Bairro de Caxias.

Este relatório constitui-se como mais uma etapa, de uma caminhada de aprendizagem e enriquecimento pessoal construída ao longo cinco anos de curso.

O estágio curricular assume-se como uma componente fundamental na medida em que permite aplicar todos os conhecimentos adquiridos, contribuindo de igual modo, como dimensão para o desenvolvimento pessoal e profissional.

O estágio envolveu três componentes fundamentais, sendo os mesmos, a intervenção clínica, a intervenção comunitária e a investigação científica.

O relatório de estágio tem como objectivo, a exploração e descrição de dois casos clínicos, seleccionados por nós de acordo com aqueles que nos foram atribuídos, assim como, abordar as actividades desenvolvidas ao abrigo do mesmo.

Assim, o presente relatório conta, para além do estudo de caso de uma criança e de uma adulta, a descrição da aplicação de um programa de competências realizado com um grupo de adolescentes da casa de São Bento.

Palavras-Chave: Intervenção Clínica, Psicoterapia de Apoio, Promoção de Competências, Investigação

Abstract

This report is part of the framework of the curriculum of the Master internship in Clinical Psychology from the Lusíada University of Lisbon, held in the academic year 2014/2015 in the Psychological Counseling Office and Health Promotion (GAPPS) and Community Centre and Parish of Our Lady Of Sorrows, specifically in the House of St. Benedict, inserted in Caxias district.

This report is constituted as one more step in a learning walk and personal enrichment built over five years of course.

The traineeship is assumed as a key component in that it allows you to apply all the knowledge acquired, contributing equally, as a dimension for personal and professional development.

The stage involved three main components, being the same, clinical intervention, community intervention and scientific research.

The probation report aims, exploitation and description of two clinical cases selected by us into those that have been assigned, as well as address the activities carried out under it.

Thus, this report has, in addition to the case study of a child and an adult, the description of the application of a skills program conducted with adolescents from São Bento house.

Keywords: Clinical Intervention, Psychotherapy Support, Skills Promotion, Research

Índice

Introdução.....	27
Enquadramento Institucional.....	29
Caracterização da Instituição.....	29
Universidade Lusíada de Lisboa	29
Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde (GAPPS).....	30
Centro Comunitário Paroquial de Nossa Senhora das Dores (CCPNSD)....	33
Casa de São Bento.....	35
População Alvo	36
Enquadramento Teórico.....	37
Psicologia Clínica - Início e Actualidade.....	37
Psicologia da Saúde.....	43
Papel do Psicólogo Clínico.....	47
Método Clínico.....	49
Psicoterapia de Apoio.....	53
Modelo e Técnicas Cognitivo-Comportamentais: Adultos e Crianças.....	54
Perturbações Psicológicas.....	60

Ansiedade.....	60
Fobias.....	63
Ataque de pânico.. ..	64
Personalidade.....	65
Perturbação da Personalidade Borderline.....	67
Modelo Explicativo de Linehan.....	73
Objectivos de Estágio.....	77
Método.....	79
Participantes.....	79
Procedimentos.....	79
Instrumentos.....	82
Participantes - Intervenção.....	82
Instrumentos - Intervenção.....	84
Procedimento - Intervenção.....	87
Casos Clínicos.....	89
Caso Clínico I.....	89
Identificação.....	89

Motivo da Consulta.....	89
História Clínica.....	89
História de Desenvolvimento psicossocial.....	90
Resultado e Interpretação da Avaliação.....	91
Hipótese Diagnóstica.....	92
Metas Terapêuticas.....	93
Análise da Progressão Terapêutica.....	93
Conclusão.....	95
Discussão.....	96
Caso Clínico II.....	99
Identificação.....	99
Motivo da Consulta.....	99
História de Desenvolvimento psicossocial e Problema Actual...	100
Avaliação Psicológica.....	104
Resultados da Avaliação Psicológica.....	105
Hipótese Diagnóstica.....	107
Metas Terapêuticas.....	108
Conclusão.....	109

Discussão.....	111
Outras Actividades Realizadas.....	115
Caso Clínico III.....	115
Projecto de Investigaçã.....	116
Conclusão.....	119
Reflexão Final	121
Referências Bibliográficas.....	123
Anexos.....	131

Lista de Abreviaturas

AESB - Agrupamento de Escolas de São Bruno

CATL - Centro de Actividades e Tempos Livres

CCPNSD - Centro Comunitário Paroquial de Nossa Senhora das Dores

CMO - Câmara Municipal de Oeiras

CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

GAP - Gabinete de Aconselhamento Psicológico

GAPPS - Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde

IDT - Instituto de Droga e Toxicoddependência

IPSS - Instituto Particular de Solidariedade Social

JFC - Junta de Freguesia de Caxias

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPB - Perturbação da Personalidade Borderline

PSP - Polícia de Segurança Pública

RESAPES-AP - Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior –

Associação Profissional

ULL - Universidade Lusíada de Lisboa

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Actividades desenvolvidas/Carga Horária

Tabela 2 - Caracterização dos Casos Clínicos

Tabela 3 - Caracterização dos Adolescentes envolvidos no Grupo de Promoção de

Competências na Casa de São Bento

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade Lusíada de Lisboa, realizado no ano lectivo 2014/2015 no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde (GAPPS), em parceria com o Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora Das Dores, mais concretamente a Casa de São Bento, inserido no Bairro de Caxias

Com base nos objectivos do estágio propostos, foram desenvolvidas actividades como, a avaliação, diagnóstico, acompanhamento psicológico e intervenção individual dos casos sinalizados para consulta de psicologia. Foi ainda adaptado e aplicado um programa de promoção de competências com crianças e adolescentes.

A primeira parte do relatório pretende dar a conhecer a universidade lusíada de Lisboa, mais concretamente o gabinete de apoio psicológico e promoção de saúde, englobando uma redesenha histórica, a sua caracterização, população alvo, protocolos específicos, actividades desenvolvidas e o modelo de intervenção.

No seguimento da contextualização do local de estágio, apresenta-se uma introdução teórica à psicologia clínica, psicologia da saúde e ao papel do psicólogo.

Quanto ao enquadramento teórico, este traduz-se numa revisão bibliográfica acerca do modelo teórico e técnicas utilizadas, assim como, dá a conhecer as perturbações características nomeadamente, perturbações de ansiedade e personalidade.

O terceiro capítulo, tem como propósito a apresentação dos objetivos de estágio e dos casos clínicos, com base na avaliação psicológica e nos diagnósticos sustentados pelo DSM V, da American Psychiatric Association (2013), a intervenção, as metas terapêuticas e a discussão de caso.

O quarto capítulo é dedicado às outras atividades realizadas durante o estágio, onde se inclui o programa a aplicação do promoção de competências e a descrição da participação num projeto de investigação.

Na última parte, é possível contextualizar o trabalho desenvolvido ao longo do período de estágio académico, incluindo uma reflexão final acerca do mesmo.

Enquadramento Institucional

O presente estágio foi realizado no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde (GAPPS) da Universidade Lusíada de Lisboa nas consultas externas, tendo uma duração de oito meses, com assiduidade de uma duas vezes por semana. Simultaneamente foi realizada uma intervenção no Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora das Dores, parceiro do GAPPS, mais especificamente na Casa de São Bento, onde foi realizada três intervenções, duas a nível individual sob forma de avaliação psicológica a dois jovens, e outra a nível grupal no desenvolvimento e aplicação de um programa de competências. Estas sessões tiveram lugar todas as quartas-feiras, num período de oito meses com duração de aproximadamente uma hora cada.

Caracterização da Instituição

Universidade Lusíada de Lisboa

Fundada em Lisboa, em 28 de Junho de 1986, a Universidade Lusíada desde cedo alargou as suas actividades ao Porto e a Vila Nova de Famalicão e, mais tarde, a Angola e a São Tomé e Príncipe.

A Universidade Lusíada de Lisboa (ULL) é um estabelecimento de ensino superior privado, o qual foi legalmente reconhecido pelo despacho n.º 135/MEC/86, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 28 de Junho de 1986.

A ULL é propriedade da Fundação Minerva - Cultura - Ensino e Investigação Científica (Fundação), e conta, actualmente, com quatro faculdades: Faculdade de Direito, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faculdade de Arquitectura e Artes e Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa (<http://old.lis.ulusiada.pt/universidade/faculdadesinstitutos/fchs/institutos/ipce/gapps.aspx>).

GAPPS

O Gabinete de Aconselhamento Psicológico da Universidade Lusíada de Lisboa, surge em Novembro de 2009, apresentando como missão “ *prevenir e zelar pelo bem-estar sócio emocional e qualidade de vida da comunidade universitária*” englobando tanto os estudantes como também professores e funcionários, facultando apoio psicológico especializado sob forma de auxílio a esta comunidade, permitindo ultrapassar de forma mais eficaz as tarefas resultantes da vida académica, prevenindo e tratando problemas psicológicos e de desempenho escolar, assim como intervir ao nível do seu desenvolvimento pessoal e sócio emocional. (GAPPS, 2010/2011)

Mais tarde, em 2010/2011 o nome do GAP foi alterado para GAPPS, associando a área da promoção da saúde como mais uma valência do gabinete. Este insere-se também no âmbito dos objectivos propostos pela *guidelines* internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) que identificam a necessidade de implementação de políticas de prevenção e de promoção da saúde mental, nomeadamente através da área “promoção de saúde mental para todos”. (<http://www.euro.who.int/mentalhealth>)

O GAPPS assume como princípios orientadores e objectivos: contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar sócio-emocional da comunidade universitária; realizar atendimento específico individualizado nas áreas da orientação e aconselhamento psicológico, psicoterapia de apoio, apoio em situações em crise, orientação vocacional e em grupos terapêuticos; proceder a encaminhamento sempre que necessário, para outras áreas no âmbito de uma intervenção multidisciplinar; desenvolver actividades/sessões de promoção da saúde; criar sinergias de colaboração na comunidade externa à ULL, estabelecendo parcerias com instituições, escolas, entre outras; desenvolver metodologias de avaliação de hábitos e estilos de vida dos alunos da ULL; aumentar o nível de informação sobre os meios/recursos à disposição do estudante,

tanto ao nível da comunidade universitária quer no âmbito da sociedade civil em geral (GAPPS, 2010/2011)

Mais tarde, de acordo com as necessidades e de forma a dar resposta às problemáticas existentes, o GAPPS estendeu as suas práticas à população em geral, ou seja, à população não universitária, oferecendo apoio psicológico individualizado gratuito sob forma de consultas externas por marcação, para que todos possam ter acesso. Este segue as linhas orientadoras apontadas por vários institutos da área da saúde, nomeadamente a RESAPES-AP, a Organização Mundial da Saúde e a Direcção Geral de Saúde com especial atenção nas áreas de “Uma Juventude à descoberta de um futuro saudável” e “Desenvolver uma abordagem abrangente em saúde mental” (GAPPS, 2010/2011).

O GAPPS tem espaço nas instalações da Universidade Lusíada de Lisboa, dispondo de três salas, sendo que uma delas se constitui como um espaço onde os utentes podem aguardar pela hora da consulta e as restantes para as consultas propriamente ditas.

O GAPPS assume três valências principais e de extrema importância, sendo a primeira de apoio psicológico, nomeadamente, o apoio psicológico individualizado, as intervenções clínicas e práticas, a orientação e aconselhamento vocacional e a intervenção com grupos terapêuticos.

A segunda, traduz-se numa valência direcionada para a investigação que incide na aplicação de questionários, permitindo uma análise da população da ULL, criando a oportunidade de planear intervenções adequadas e eficazes, bem como, permitem em colaboração com outros gabinetes de aconselhamento psicológico e com investigações internacionais redigir documentos científicos publicáveis. Como terceira valência, mas não menos importante, temos uma área mais ligada à promoção da saúde, englobando acções de promoção de saúde, hábitos e estilos de vida saudáveis tanto por sessões onde se apela ao debate destas temáticas por parte da comunidade universitária, quer pela implementação de programas de promoção de competências pessoais e sociais junto de uma população sinalizada para intervenção pelos parceiros do GAPPS (GAPPS, 2010/2011).

Centro Comunitário Paroquial de Nossa Senhora das Dores (CCPNSD)

Situado na Freguesia de Caxias e fundado a 01 de Janeiro de 1986 ao abrigo do Patriarcado de Lisboa, O centro Comunitário Paroquial de Nossa Senhora das Dores (CCPNSD) constitui-se como uma instituição particular de Solidariedade social que intervêm na freguesia de Caxias, focando a sua intervenção na comunidade, apoiando diariamente, idosos, crianças, jovens e famílias contribuindo para uma melhoria

significativa na qualidade de vida das mesmas. A sua missão uma vez alicerçada na doutrina social da igreja, apresenta metas claras, como contribuir para o desenvolvimento humano integral, promover o fortalecimento da comunidade e no sentido comunitário, apoiar e ajudar a resolver situações de carência dos habitantes da paróquia.

Este visa promover o desenvolvimento de competências psicossociais aliadas à prevenção de comportamentos de risco promovendo a união de esforços entre todos os intervenientes para que resultem respostas adequadas que contribuam para a melhoria das condições de vida da população.

Os estatutos do CCPNSD encontram-se registados na Direção Geral da Segurança Social, no livro 3 das Fundações de Solidariedade Social, sob o nº 88/86, folha 95 verso e 96, em 18 de Dezembro de 1986. Este estabelecimento rege-se pelos princípios legislativos do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro que define os estatutos das IPSS, pelo Despacho Normativo 75/92 de 23 de Abril que estabelece a cooperação entre a Segurança Social e as IPSS e pela Lei Canónica (Regulamento Interno da Casa de São Bento, 2012).

Casa de São Bento

A casa de São Bento assume-se como um projecto de intervenção comunitária, não se reduzindo simplesmente ao CATL (Centro de Actividades e Tempos Livres), mas adoptando esta denominação por uma formalidade jurídica e administrativa.

A Casa de São Bento, resulta da sensibilidade humana do senhor Padre José Luís da Costa, na altura Presidente do CCPNSD, de Isabel Costa Castro que exercia funções executivas na Junta de Freguesia de Caxias e de Joana Montez psicóloga na altura também. (Documentos internos da casa de são bento)

Esta casa iniciou o seu trabalho de intervenção comunitária no Bairro social Dr. Francisco Sá Carneiro em 2003, tendo como entidade promotora o CCPNSD e como parceiros o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), a Câmara Municipal de Oeiras (CMO) e a Junta de Freguesia de Caxias (JFC), tendo sido constituída após a identificação de uma panóplia de problemáticas sociais e necessidades, tais como, a proximidade das crianças e jovens do bairro ao consumo de estupefacientes e situações de risco, assim como a necessidade de fomentar junto da população alvo alternativas de vida saudáveis com o intuito de promover a prevenção e o desenvolvimento de competências sociais e pessoais.

Tendo conta as necessidades/problemas referidos foi definido um conjunto de objectivos gerais para a casa de São Bento tais como: prevenir comportamentos de risco desenvolvendo um processo de aprendizagem de competências pessoais, sociais e interpessoais das crianças e jovens; promover a aquisição de estilos de vida saudáveis proporcionando actividades de forma a ocuparem os tempos livres; contribuir para a prevenção da marginalização e delinquência juvenil oferecendo às crianças e jovens objectivos imediatos e concretos; acompanhar e encaminhar crianças e/ou jovens em situações de risco de forma a melhorar a elaboração do projecto de vida pessoal; estreitar a relação entre a escola e a família, apoiando e orientando o percurso escolar e apoiar e orientar as famílias na sua missão de educar.

População-Alvo

O gabinete de apoio psicológico da universidade lusitana de Lisboa, destina-se por um lado ao atendimento da população universitária, nomeadamente a alunos, funcionários e corpo docente, e, por outro lado, pretende dar resposta às necessidades da comunidade da área envolvente.

Este oferece um atendimento individual e personalizado totalmente gratuito, com base nos padrões de ética e deontologia em vigor, assegurando a confidencialidade e o sigilo profissional.

Enquadramento Teórico

Psicologia Clínica – Início e Actualidade

De acordo com Feldman (2012), as raízes da psicologia, derivam da filosofia na medida em que, já antigos filósofos, questionaram e argumentaram acerca de questões pertinentes com as quais a psicologia nos dias de hoje, revela preocupação.

No século XVII, John Locke, Platão e Descartes afirmavam que as crianças nascem com a mente em branco, o que em psicologia é denominado como “tábua rasa”, e que, a sua personalidade se determinaria de acordo com as suas experiências de vida. (Feldman, 2012)

No século XVII, Descartes privilegia na sua obra o tema das “relações da alma com o corpo sem separar a psicologia da filosofia”. Mais tarde, em meados do século XVIII, Wolf vulgariza o termo psicologia, realizando a distinção entre psicologia empírica e a psicologia racional, mencionando nomes populares do século XIX como Wundt e Fechner (Marques 1990 cit. Por. Pinto, 2002).

O início formal da psicologia como disciplina científica, ocorre no século XIX quando na Alemanha, Wilhelm Wundt, quase simultaneamente a William James em Massachusetts, estabelece o primeiro laboratório experimental em psicologia dedicado aos fenômenos psicológicos, apresentando como objetivo o estudo da formação da mente humana em blocos, ou como alega o estudo da psicologia como uma experiência consciente, focando os componentes fundamentais como a percepção, consciência, pensamento, emoções e outros tipos de estados e actividades mentais conferindo à psicologia o estatuto de ciência plena (Feldman, 2012).

“O mundo da psicologia contém olhares, tons e sentidos; é o mundo do escuro e do claro, do barulho e do silêncio, do áspero e do liso; seu espaço é às vezes grande e às vezes pequeno, sabem-no todos os que voltaram à casa de sua infância; seu tempo é às vezes curto, às vezes longo...Contém também os pensamentos, emoções lembranças, imaginações, volições que naturalmente se atribuem à mente”

(Titchener (S/D cit. por. Davidoff, 1983)

Marques (1990 cit. por. Pinto, 2002), revela que com Wundt “ a psicologia deixa de pretender estudar a alma e tem como objecto a experiência imediata do sujeito, isto é, a consciência”. Em contrapartida, este autor sublinha que o experimentalismo de Wundt encontra-se limitado à análise dos elementos da consciência e de como os mesmos se associam (Marques 1990 cit. Por. Pinto, 2002).

De acordo com Hilgard e Atkinson (1976), a psicologia pode ser definida como a ciência que estuda o comportamento do homem e de outros animais, sendo que comportamento entende-se por todas as actividades observáveis de um organismo sob forma de observação directa, ou recorrendo a recursos técnicos, como instrumentos. No fundo, pode dizer-se que é um campo de pesquisa abarcando um variado leque de definições, sendo que alguns a definem como a ciência do espírito, outros como a ciência do comportamento. Mas mais importante que isso a sua focagem incide não no resultado

do comportamento, mas no como e porquê daquilo que o organismo faz (Gleitman; Fridlund & Reisberg, 2009). Numa outra perspectiva poderíamos dizer que a psicologia, é o estudo das sensações, percepções, emoções, pensamentos e acções do homem.

No século XX, surgem duas importantes perspectivas no estudo da psicologia caracterizadas por Marques, sendo que a primeira incide na emergência de grandes escolas de psicologia científica entre 1900 e 1940, como é o caso do funcionalismo, gestaltismo, comportamentalismo (behaviorismo), a reflexologia e psicanálise surgindo como uma oposição a Wundt, e por outro lado, uma segunda abordagem em 1940, que perspectivava uma diferenciação de áreas especializadas dentro da psicologia (geral, diferencial, fisiológica, normal, patológica, humana, animal, comparada, social, cognitiva, aprendizagem, desenvolvimento, motivação, personalidade, psicométrica, entre outras), assim como dos seus campos de aplicação (saúde, educação, orientação, trabalho, organizações, justiça, entre outras) (Marques, 1990 cit. por. Pinto, 2002).

Segundo Abrunhosa e Leitão (1985), a psicologia não assume o homem como um ser mecânico e definitivamente construído mas, ao invés disso, interessa-lhe o homem concreto, aquele que vive e se situa num meio que o influencia e determina, mas que paralelamente também é influenciado e determinado por ele. Para Mueller (2001), a

psicologia independentemente do método aplicado, é acima de tudo um projecto, a intenção de melhor compreender o homem e o seu comportamento.

Ainda numa primeira fase, é importante compreender o significado do termo clínico, para posteriormente, conhecer a sua trajetória histórica.

De acordo com Doron e Parot (1998), “(...) originariamente, a atividade clínica (do grego klinê – leito) é a do médico que, à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento”. Leal, Pimenta & Marques (2012), explica que a expressão psicologia clínica usada pelos profissionais da psicologia, o termo clínico assemelha-se à mesma significação que é dada em medicina, designado um atendimento individualizado, personalizado e prático.

A história da Psicologia Clínica remonta desde o final do século XIX, a sua terminologia foi pela primeira vez utilizada pelo americano Lightner Witmer, fundador da primeira clínica de psicologia, na universidade da Pensilvânia nos Estados Unidos, fundamentada nos procedimentos de avaliação utilizados com crianças portadoras de debilidade mental, física e problemas de desenvolvimento, recorrendo a técnicas de treino directo e aconselhamento (Leal, 1999; Hothersall, 2006). Apesar de ter sido ensinado

como psicólogo experimental, Witmer acreditava que a psicologia devia ajudar as pessoas, tendo a necessidade de esta ser considerada como independente da psiquiatria e, de ser dedicada ao atendimento e tratamento de doentes mentais (Hothersall, 2006).

Em 1935 com a divisão entre psicologia clínica e APA, declarou-se que “ a psicologia clínica

tem como finalidade definir as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição de análise e observação e, na base duma integração desses resultados com os provenientes dos exames físicos e história social, fornecer recomendações com vista ao apropriado ajustamento do indivíduo” (Mackay, 1975 cit. por Leal,1999).

Esta ciência foi-se desenvolvendo e adquire notoriedade através da sua contribuição na resolução dos problemas das vítimas da segunda guerra mundial, tanto na Europa como nos Estados Unidos da América, cingindo-se numa primeira análise às perturbações mentais (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

Psicologia da Saúde

De seguida será apresentado algumas considerações acerca do conceito de psicologia da saúde, procurando conhecer a sua génese, campos de interesse e áreas de intervenção, bem como as principais actividades clínicas que desenvolve.

Quando introduzimos o conceito de psicologia da saúde temos, obrigatoriamente, de estabelecer uma estreita relação entre Psicologia e Medicina. Parte precisamente desta relação intrínseca que os estudos psicossociais de Engel (1970) e Lipowski (1977) se desenvolveram, apresentando uma teoria que contrariava o modelo tradicional vigente: o biomédico clássico. Estes autores procuram centrar o seu enfoque no doente, ao contrário do modelo anterior que dava especial atenção à doença, relacionando, por isso, toda a envolvente socio-económica do paciente. Com esta linha de actuação, procuram não só conhecer as causas da doença, como também promover a sua prevenção.

Também Matarazzo (1980), definiu a psicologia da saúde, entendendo-a como uma área disciplinar que relaciona o papel da psicologia, não só como ciência, mas igualmente como profissão no âmbito da saúde e da medicina do comportamento. Para tal, introduziu os conceitos que demonstram esta unicidade entre psicologia e medicina:

- a) saúde comportamental, um sub-género que procura promover a saúde e a prevenção

e; b) medicina comportamental, uma área de prática clínica que retrata a doença e as disfunções psicológicas associadas.

Esta interdisciplinaridade presente na psicologia da saúde está bem presente nos contributos de Heidegger (1976).

Marks, Muray, Evans e Willig (2000) também debruçaram a sua atenção sobre este conceito. Para estes autores a psicologia da saúde analisa o papel da psicologia como ciência, aplicando-a aos campos da saúde e da doença, envolvendo para tal os contextos sociais e culturais. Defendem que a manifestação da doença e a forma como esta é encarada depende, em grande parte, de elementos como a idade, o género e o meio socio-cultural do paciente.

Deste modo, e segundo Simon (1993) a psicologia da saúde, tendo como objectivo maior contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos, resulta da união de inúmeras vertentes do pensamento psicológico: psicologias clínica, comunitária e social e psicobiologia.

Em suma, pode-se afirmar que a psicologia da saúde veio quebrar os paradigmas tradicionais da medicina, através da introdução de modelos integrativos e inter-relacionais.

A psicologia da saúde debruça a sua atenção sobre vários campos de intervenção e actuação.

Weinman (1990) sintetizou quatro deles: a) estudo dos comportamentos de risco para a saúde e das formas que a promovam; b) conhecimento associado à saúde e à doença; c) análise dos aspectos psicológicos da adesão aos tratamentos e dos ambientes dos serviços de saúde; d) estratégias de *coping* associadas à saúde e à doença.

Seguindo esta linha de pensamento, esta ciência poderá actuar num ambiente amplo, já que defende que não são apenas as reacções e disfunções biológicas que produzem consequências adversas, mas que também as alterações psicológicas conduzem a mudanças biológicas no ser humano (Roessler & Decker, 1986).

Segundo a APA (2004) os principais focos de investigação psicológica são: a) determinantes comportamentais da saúde e das doenças; b) métodos facilitadores do desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis; c) confronto com o stresse; d) relação entre psique e o sistema imunitário; e) influência que os factores sociais e de stresse podem ter na saúde; f) desenvolvimento de mecanismos de avaliação psicológica no ambiente médico.

Anton e Mendez (1999) definem cinco grandes áreas de actuação da psicologia da saúde, sendo os mesmos, a compreensão da génese e manutenção dos problemas de saúde, a promoção da saúde e prevenção de doenças, a potenciação do diagnóstico médico, os tratamentos de problemas de saúde e o incremento de melhorias no sistema de saúde.

Após a exposição anterior podemos afirmar, e de acordo com Leal (2008), que a intervenção do psicólogo clínico em psicologia da saúde está assente na ideia de que o objecto de análise é a experiência psicológica e a relação que as pessoas criam com o seu estado de saúde ou com acontecimentos biológicos que, por seu turno, criam mecanismos de adaptação.

Vários autores referiram nas suas obras quais entendem ser as tarefas de avaliação psicológica que podem dar enfoque aos problemas de saúde e à sua relação com os problemas emocionais e com a qualidade de vida e destacaram: entrevista clínica, avaliações cognitivas, comportamentais e de personalidade e avaliações de qualidade de vida (Bennett, 2000; Forshaw, 2002).

Ao nível das tarefas de intervenção psicológica devemos destacar, a intervenção e gestão do stress, as técnicas comportamentais de relaxamento e modelagem, a

educação para a saúde, as entrevistas motivacionais, a psicoterapia e os grupos de ajuda.

Estas têm como principal objectivo potencializar a mudança comportamental e ajudar o indivíduo a lidar de forma menos evasiva, não só com a própria doença, como também com o seu tratamento (Bennett, 2000).

Papel do Psicólogo Clínico

A carreira de Psicologia Clínica não se encontrava ao abrigo da lei até meados da década 90, pelo que o Decreto-lei 241/94 de 22 Setembro alterou esta visão, implementando-a no sistema de saúde e assumindo o psicólogo clínico como “ um profissional habilitado com o grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde”. (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2014).

A prática clínica centra-se no estudo psicológico dos indivíduos e elaboração do psicodiagnóstico, ou seja na recolha de informação acerca do funcionamento cognitivo e estado emocional do sujeito, no aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo, na intervenção psicológica e psicoterapia.

“Referem-se por *psicólogos/as* qualquer pessoa que obtenha formação específica em Psicologia concordante com as normas em vigor (artigo 51 da Lei n.º 57/2008, de 4

de Setembro) e que exerça um papel profissional em qualquer área ou contexto da Psicologia” (Diário da República, 2.ª série — N.º 78 — 20 de Abril de 2011).

No código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses, encontram-se presentes alguns princípios éticos prescritos para qualquer profissional de psicologia, independentemente da sua área de aplicação e contexto, com o objectivo de orientar a “práticas de excelência, garantindo que a referência do exercício profissional é o máximo ético e não o mínimo aceitável” (Diário da República, 2.ª série — N.º 78 — 20 de Abril de 2011).

Entende-se como princípios gerais: o respeito pela dignidade e direitos da pessoa; competência; responsabilidade; integridade e beneficência ao invés de maleficência. E como princípios específicos: consentimento informado; privacidade e confidencialidade; relações profissionais; avaliação psicológica; prática e intervenção psicológica; ensino, formação e supervisão psicológica; investigação e declarações públicas (Diário da República, 2.ª série — N.º 78 — 20 de Abril de 2011).

Método Clínico

A expressão método clínico foi utilizada pela primeira vez por Witmer em 1896, que segundo o mesmo, este tinha o objectivo de prevenir e tratar indivíduos com anomalias mentais, entre elas, crianças com dificuldades escolares (Delval, 2002).

Este método traduz-se num conjunto de técnicas como a observação clínica, a entrevista clínica, a anamnese e a aplicação de técnicas psicométricas que melhor permitem compreender o indivíduo.

A observação do ponto de vista clínico e em investigação científica, pressupõe regras e etapas a serem cumpridas, como estabelecer as condições em que a mesma é feita, o registo da informação utilizando por exemplo, uma grelha de observação, e a interpretação da informação recolhida, atribuindo-lhe significado (Pardinielli, 1999).

A observação possibilita ao técnico, uma melhor compreensão do sujeito ao nível das suas interacções sociais, que através de relato numa entrevista não seriam melhor percebidos.

Pardinielli (1999), ressalta que esta técnica requer especial atenção, de forma a que não se limite o sujeito à observação, ou seja, que a observação sirva de ferramenta

e não como uma técnica única que generalize o observado num determinado contexto, uma vez que o comportamento pode alterar-se num contexto diferente (Gardner, 2000).

Bernaude (1998), apresenta dois tipos de observação, a observação natural e/ou livre, onde o sujeito manifesta o seu comportamento habitual, e a observação clínica sistemática e/ou controlada, onde são reproduzidos determinados contextos e situações, sendo prescrito ao sujeito tarefas, que sofrem observações durante um determinado período de tempo.

A entrevista psicológica, traduz-se por uma prática de aquisição e transmissão de informação, independentemente do modelo teórico e corrente de pensamento (pedinielli & Rouan, 2005).

Segundo Leal (1999; 2008) a entrevista assume-se como um “instrumento preliminar de relação social”, uma vez que, é através da mesma que melhor se consegue conhecer uma pessoa, assunto ou tema, e que, nesse sentido pode dizer-se que a entrevista é um processo de obtenção de informação de carácter geral sobre o indivíduo, mas também de carácter específico na medida em que se pretende, averiguar os aspectos relevantes do sujeito que possibilitem determinar objectivos. A mesma pode ser descrita como “uma forma particular de conversação, com múltiplas finalidades, na qual duas

“... as pessoas constroem um objecto de discurso que permite a avaliação, a afirmação, a ab-
reacção e a mudança” (pedinielli & Rouan, 2005).

A Entrevista clínica, representa uma categoria específica no seio das entrevistas psicológicas, não pelas técnicas utilizadas mas, devido a teorias e modelos a que recorrem, de forma a organizar e dar sentido à informação adquirida (Leal, 2008).

As entrevistas são realizadas de acordo com uma multiplicidade de contextos, que não supõem nenhum tipo de contrato. Dessa forma, no que toca à psicologia, as entrevistas passam a ser designadas como “consulta”, estabelecida sob o princípio de que as informações técnicas adquiridas devem ser usadas exclusivamente a favor do indivíduo, agora visto como cliente (Leal, 2008). Leal (2008) contrapõe ainda, referindo que, ainda assim, entre a entrevista e a consulta psicológica existe uma clara diferença, uma vez que a entrevista diz respeito a um processo que visa o estabelecimento de uma relação, e a consulta deve ser vista, com base no objectivo do cliente/utente.

A entrevista clínica, utilizada por psicólogos está intimamente ligada ao método clínico e às técnicas de inquérito em ciências sociais, que melhor auxiliam no conhecimento das representações subjectivas do sujeito, prevalecendo uma ligação entre o discurso e o substrato psíquico (Blanchet, 1997 cit. por. Bénony & Chahraoui, 2002).

Carl Rogers nos seus trabalhos, menciona alguns pontos como o de aceitação do outro, a focagem no sujeito, a empatia, a não directividade e compreensão, com base que, no domínio clínico deve-se “abordar o sujeito sem *a priori* teórico”, mas numa base de confiança, escuta activa, compreensiva e respeitosa pois “só o paciente sabe onde e como sofre” (Rogers, 1996 cit. por. Bénony & Chahraoui, 2002).

Independentemente da entrevista realizada, postula-se um conjunto de técnicas eficazes para o processo de recolha de informação. Craig (1989) apresenta algumas designações técnicas como: o questionamento, reflexão, reformulação, clarificação, confrontação, auto-revelação, silêncio, exploração, reestruturação, interpretação e humor (Leal, 1999).

No campo da entrevista psicológica, esta foi alvo de inúmeros trabalhos, reflexões e discussões levando a concluir que a mesma se podia assumir em variadas formas de entrevistar, devendo ser classificadas de acordo com o seu grau de estruturação, ambiente emocional, objectivos, fase de relação, finalidade e quadro de referência teórico (Ribeiro & Leal, 1997 cit. por. Leal, 1999).

Psicoterapia de Apoio

A psicoterapia com crianças, é definida como uma intervenção que pretende dar resposta a diversas problemáticas, que de alguma forma interferem no quotidiano da criança e dificultam o normal desenvolvimento das habilidades adaptativas (Deakin & Nunes, 2008).

A psicoterapia infantil assume como objetivo, auxiliar a criança a reconhecer e conseguir superar os seus problemas emocionais, ajudá-la a desenvolver estratégias saudáveis de forma a aceitar as suas limitações, bem como, ensiná-la a lidar com os seus deveres e faltas (Cordioli, 1998).

Uma peculiaridade do tratamento nesta faixa etária, consiste no facto de todo o trabalho realizado envolver não só a criança e o terapeuta, mas também os pais e, em alguns casos, outras entidades como a escola e/ou outros profissionais, que acompanham o caso e contribuem para o aumento da complexidade do processo (Castro, 2009).

A psicoterapia funciona como um facilitador do desenvolvimento da criança e torna-se indiscutível colaboração parental, na medida em que estes detêm informações valiosas sobre a criança, e devem ser orientados sobre todo o tratamento (Deakin & Nunes, 2008).

Entende-se como objectivos desta terapia, a diminuição da sintomatologia, o restabelecer o equilíbrio psicológico, reforçar as defesas e melhorar a adaptação ao meio exterior e adversidades da vida (Cordioli, 1998).

Modelo e Técnicas Cognitivo-Comportamentais: Adultos e Crianças

O modelo cognitivo comportamental surge no final dos anos 50 com Albert Ellis, e a terapia cognitiva no início dos anos 60 com Aaron Beck.

No início da década 60, emerge uma “revolução cognitiva”, e o termo cognição surge em vários trabalhos de teóricos e psicoterapeutas. Várias formas de psicoterapia que assentam em pressupostos como, a mediação da cognição e influência do comportamento, passam a ser consideradas como terapias cognitivo-comportamentais (Dobson & Block, 1988).

A terapia cognitivo-comportamental, abarca intervenções psicoterapêuticas cujo objectivo se traduz na modificação de pensamentos e sistema de significados, na transformação emocional e comportamental duradoura, pretende proporcionar autonomia ao indivíduo, alcançando o alívio total de sintomas (Beck, 1993).

A terapia cognitiva de Beck, caracteriza-se como uma abordagem psicoterapêutica estruturada, de participação activa entre terapeuta e paciente, focada no presente e com base no modelo cognitivo, e na utilização de técnicas específicas predominantemente cognitivas e comportamentais. Esta visa a modificação dos padrões

de pensamento e crenças disfuncionais, que causam ou mantêm sofrimento emocional e/ou psicológico no indivíduo. Fundamenta-se no pressuposto de que as emoções, comportamentos e reacções fisiológicas estão intimamente ligados à forma como o indivíduo avalia as suas experiências do mundo (Beck, Emory, Shaw & Rush, 1979).

Beck (1997), refere que, de acordo com o modelo cognitivo é possível identificar três níveis de cognição: os pensamentos automáticos, considerados como um nível mais superficial e espontâneo, que surgem mentalmente no decorrer de situações do quotidiano; as crenças intermediárias, nas quais os conteúdos cognitivos aparecem sob forma de regras e suposições e, as crenças centrais que o sujeito detém acerca de si mesmo, dos outros e do mundo, provenientes das experiências da infância.

A terapia cognitivo-comportamental, assenta em vários princípios norteadores, entre eles, o de que a terapia se deve basear numa formulação contínua do funcionamento do indivíduo, valorizando a relação entre situações, pensamentos, emoções e comportamentos (Beck, Emory, Shaw & Rush, 1979). Além disso, é importante ressaltar que todas as terapias devem assegurar uma boa relação terapêutica, englobando entre muitos aspectos, a capacidade empática do terapeuta, uma postura de respeito, interesse

e compreensão dos problemas que o paciente trás para a sessão, de forma a que este se sinta acolhido e entendido nas suas necessidades (Beck, 1997).

A relação terapêutica, quando estabelecida, procura a colaboração e participação activa do indivíduo e do terapeuta na resolução de problemas, através de metas voltadas para o aqui e agora, assim como, na identificação, avaliação e modificação de pensamentos e crenças disfuncionais. Para que determinados objectivos sejam alcançados, são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, como o registo de pensamentos, o questionamento socrático e experimentos comportamentais (Greenberger & Padesky, 1999).

Quanto à avaliação na terapia cognitivo comportamental, esta inicia-se normalmente com uma série de entrevistas, e é complementada com instrumentos padronizados de avaliação e medida. A formulação de caso constitui um passo importante em qualquer terapia, na medida em que, procura compreender como o indivíduo desenvolveu e mantém determinadas dificuldades, possibilitando ao terapeuta, delinear um padrão comportamental de como o mesmo se comportará no futuro, mediante determinadas situações, bem como, planear intervenções adequadas e personalizadas, que possibilitem as mudanças necessárias e desejadas. (Rangé & Silvaes, 2001).

Beck (1997), sugere um diagrama de conceituação cognitiva, onde possibilita que o terapeuta reúna e organize dados sobre as situações-problema típicas vivenciadas pelo paciente, pensamentos automáticos, emoções, comportamentos, estratégias comportamentais, crenças intermediárias, crenças centrais e dados relevantes da infância que juntos, formam um mapa cognitivo útil e de fácil compreensão, tanto para o terapeuta como para o paciente.

Uma vez estruturada a formulação do caso, é importante ressaltar que a mesma não está fechada, ou seja, esta deve ser revista durante o processo terapêutico, e é passível de alterações, onde o paciente deve ter uma participação activa, sendo o mesmo convidado a comentar, avaliar, confirmar ou refutar algum dado sempre que julgue pertinente (Rangé & Silveiras, 2001).

Em suma, o processo de formulação do caso cognitivo-comportamental, não é apenas um simples diagnóstico, mas sim, uma compreensão do funcionamento global do indivíduo, não só a curto prazo, mas também, a longo prazo no seu processo de desenvolvimento (Beck, 1997).

Ao falarmos no modelo cognitivo-comportamental é importante referir que os esquemas cognitivos vão formando-se ao longo do processo de desenvolvimento, através de estruturas progressivas, com base nas interpretações que o indivíduo desenvolve do mundo (Rangé, 2001).

Estes são apreendidos e utilizados pelo indivíduo, de forma a lidar com uma nova situação evitando todo o complexo processamento que existe perante uma situação desconhecida, originando assim os pensamentos automáticos (Rangé, 2001).

Entende-se por pensamentos automáticos todas as palavras e imagens provenientes da nossa mente que ocorrem no decorrer de actividades diárias. Para além dos pensamentos automáticos, surgem profundas crenças que influenciam tanto os pensamentos automáticos como os padrões de comportamento (Greenberger & Padesky, 1999).

De acordo com Rangé (2001), os pensamentos automáticos traduzem-se em imagens específicas, reflexas e idiossincráticas que provocam emoções, e é através dos mesmos que se podem descobrir os esquemas correspondentes e as distorções cognitivas que os sustentam.

Rangé (2001), assume como um aspecto central na terapia cognitivo-comportamental o desenvolvimento e adequação de tarefas de casa, de forma a que o paciente treine e utilize estratégias correctivas das suas crenças disfuncionais.

Como tarefas de casa mais utilizadas, encontramos o registo diário de pensamentos disfuncionais, que pressupõe que o paciente anote todos os seus pensamentos disfuncionais para posterior análise e reestruturação, e o plano semanal de actividades diárias.

O método socrático é outra técnica bastante utilizada neste modelo e, consiste em perguntas que o terapeuta faz ao paciente, cujo objectivo é questionar os fundamentos de determinado pensamento automático, e que, quando reconhecido a ausência de fundamentação, ocorra uma modificação.

Assim, procuram-se as evidências que sustentam ou não, determinadas crenças e pensamentos automáticos, bem como, acerca de novas alternativas de interpretar determinadas situações (Rangé, 2001).

Perturbações Psicológicas

Ansiedade

Segundo a literatura, a ansiedade e o pânico estão directamente relacionados, de forma a que, a ansiedade venha a aumentar a probabilidade de pânico (Forgiarini, 2010).

O termo ansiedade deriva do grego “*ansheim*”, que tem como significado “estrangular, sufocar, oprimir”. Sabe-se que os primeiros registos acerca deste tema, têm origem na Grécia clássica e estavam associados a sintomas corporais, embora já na antiguidade e na idade média, Hipócrates tivesse descrito alguns casos de fobia (Graeff, 1999).

A partir do momento em que as fobias passam a ser consideradas como uma patologia, nasce um novo olhar científico acerca da ansiedade, com especial enfoque na psiquiatria devido a Freud (Graeff, 1999).

Segundo Barlow e Durand (2008), teoricamente é possível realizar uma clara distinção entre medo e ansiedade, sendo a ansiedade caracterizada por um estado de humor orientado para o futuro, ou seja, existe tendência para prever e controlar os eventos futuros. Quanto ao medo, este traduz-se numa reacção emocional imediata, de acordo com o perigo actual, com tendência a acções escapatórias.

De acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (D.S.M. IV) a ansiedade pode surgir como um terrível medo de morrer ou ficar louco, acompanhado de uma série de manifestações físicas.

De acordo com o CID 10, a ansiedade generalizada e persistente, ou seja, que não ocorre em prol de uma situação específica surge acompanhada de sintomas variáveis, compreendendo o nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas, entre outros.

A ansiedade traduz-se numa emoção frequente, estado de alerta perante uma situação de ameaça. De acordo com Brito (2001), tais ameaças derivam de alterações físicas incontroláveis, de conflitos de dependência e autonomia perante figuras de autoridade, dúvidas em relação a competências sociais, escolares e na relação com os pares.

Sabe-se que todas as mudanças, sejam as mesmas físicas, psicológicas e sociais contribuem significativamente para o aumento de sintomas de ansiedade no adolescente, interferindo na sua vida (Brito, 2001).

Perante uma situação que cause ansiedade, o sujeito pode responder de três formas distintas. Beck (1985) citados por Landeiro (2011) apresentam como respostas: a mobilização, onde são activados sistemas que originam a acção e a defesa, a inibição,

ou seja um bloqueio de cariz cognitivo ao nível do raciocínio, concentração e a nível comportamental, ocorrendo um bloqueio dos movimentos espontâneos e, outra das reacções à ansiedade é a desmobilização, que consiste no aparecimento de sintomas de colapso, fraqueza e desmaio.

Quando se fala em ansiedade é importante fazer a distinção entre normal e patológico. A ansiedade dita normal, é aquela que nos acompanha no dia a dia, estimulando a acção, em contrapartida, a ansiedade patológica é aquela que impede o indivíduo em dar uma resposta adequada às situações do quotidiano (Montgomery, 1990).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2014), as perturbações da ansiedade são: perturbação de pânico sem agorafobia, agorafobia sem história de perturbação de pânico, fobia específica, fobia social, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação pós-stress traumático, perturbação aguda de stress, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação da ansiedade secundária a um estado físico geral, perturbação da ansiedade induzida por substâncias e perturbação da ansiedade sem outra especificação.

O ataque de pânico e a agorafobia, não são codificadas como perturbações, embora presentes em quadros de ansiedade (Brito, 2011). Em relação ao tratamento psicoterapêutico, as técnicas da terapia cognitivo-comportamental utilizadas são, por exemplo, a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o exercício de respiração diafragmática e a monitorização do comportamento (Manfro, Heldt, Otto & Cordioli, 2008).

Fobias

As fobias específicas são actualmente agrupadas em sub tipos, onde se supõe que os medos colocados no mesmo grupo são semelhantes entre si, tanto em termos de mecanismos fisiopatológicos como, em termos de resposta e tratamento, cujo objectivo é facilitar o diagnóstico e evitar o uso desnecessário de extensas listas de situações ou objectos.

Os mecanismos de aquisição das fobias são actualmente foco de discussão, existindo evidências de que alguns medos sejam adquiridos por condicionamento ou por outras formas de aprendizagem, enquanto outros surgem de forma espontânea ou não associativa (Mineka & Ohman, 2002).

Ataque de pânico

Um ataque de pânico é definido por um período de tempo inesperado de medo ou desconforto intenso, que atinge o pico sensivelmente em dez minutos e faz-se acompanhar por, pelo menos, 4 de 13 sintomas somáticos (batimento cardíaco acelerado, tonturas, formigueiro) ou cognitivos (medo de morrer, medo de enlouquecer e perder o controlo) (APA, 2014).

Os sintomas que caracterizam o ataque de pânico são: palpitações, batimento cardíaco acelerado, suores, estremeçimento ou tremores, dificuldades em respirar, sensação de sufoco, desconforto ou dor no peito, náuseas ou mal-estar abdominal, sensação de tontura e/ou de desequilíbrio ou desmaio, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controlo ou de enlouquecer, medo de morrer, parestesias e sensação de frio ou calor (APA, 2014).

É importante referir que os ataques de pânico, para além de estarem presentes na perturbação de ansiedade, também podem ocorrer em contexto de outras perturbações mentais, como é o caso das perturbações do humor, perturbações induzidas por substâncias, ou ainda, em contexto de estados físicos gerais, cardíacos, respiratórios, e gastrintestinais (APA, 2014).

Numa amostra clínica de crianças e adolescentes, a prevalência de perturbação de pânico ronda os 2%-3%, sendo mais frequente em mulheres e adolescentes do género feminino, principalmente a partir dos 14 anos de idade (APA, 2014).

Relativamente às comorbilidades associadas, a perturbação de pânico está frequentemente associada a sintomas de outro tipo de perturbações. Quer isto dizer que, esta sintomatologia pode aparecer sob a forma de sintomas isolados, ou dispersos de várias perturbações (Carvalho & Fonseca, 2004).

Personalidade

A personalidade traduz-se numa formação complexa do psiquismo humano, que abarca não só as capacidades cognitivas como as emoções, a vontade e os traços de carácter (Leontiev, 1978). Pode dizer-se que a personalidade é um sistema constituído por diversas funções psicológicas que, integradas, caracterizam a forma de cada indivíduo actuar no mundo.

Duarte (2013), a partir dos estudos de vigotsky frisa que o desenvolvimento da personalidade encontra-se condicionado pelo desenvolvimento previamente alcançado por parte da sociedade da qual o indivíduo faz parte, uma vez que o psiquismo humano é histórico e social.

É na infância que se estabelecem os primeiros níveis de formação da personalidade, sendo considerado como um período espontâneo onde a criança apreende valores, normas de conduta e capacidades especificamente humanas, revelando-se capaz de se expressar de forma singular. Nesta fase, a criança forma uma consciência cada vez mais complexa sobre os objectos e acerca do seu conhecimento, sobre as relações e sobre si mesmo (Carvalho, 2011).

Este processo é mediado pelas situações que cada criança vivência, pelo que, pode afirmar-se que cada indivíduo resulta da sua biografia, das suas condições de vida, da educação, das actividades que desenvolve, das aprendizagens e do desenvolvimento do seu psiquismo.

Skinner (1998), ressalta o quão é importante entender os três níveis de selecção do comportamento, a filogênese, ontogênese e a cultura, na medida em que os mesmos se combinam e interagem toda a vida, formando a personalidade.

Apesar da personalidade ter que ver, para além de outros factores, com a cultura e padrões que se aprendem e desenvolvem ao longo do desenvolvimento, nem todos os indivíduos os adquirem de forma adequada, e que, por isso podem ser considerados como portadores de um transtorno de personalidade (Bolling, Parker & Kohlenberg, 1999).

Millon (1981) propõe uma taxonomia de transtornos de personalidade baseada nos princípios da interligação entre comportamentos interpessoais e tipos de reforço procurados, acompanhado das respectivas explicações etiológicas.

Para um diagnóstico de personalidade, é necessária uma investigação complexa e detalhada da vida e das relações do indivíduo, para que seja possível, analisar os critérios e obter um diagnóstico, sendo que um dos objetivos centrais das perturbações de personalidade, é o de que o comportamento disfuncional é inflexível e duradouro (Millon, 1981).

Perturbação da Personalidade Borderline

O termo inglês *borderline* é uma expressão que encerra dois vocábulos: *border*, que significa borda, limite, margem, e *line*, que significa linha. Frequentemente também se utilizam os termos de Perturbação limítrofe ou Estado-Limite, uma vez que os pacientes destes quadros nosológicos apresentam uma sintomatologia que parece estar no limite entre a neurose e a psicose (Moura, 2011).

A perturbação de personalidade *borderline*, doravante referido como PPB, ou perturbação estado-limite da personalidade eleva-se como categoria diagnóstica de uso corrente na prática clínica na década de 50 (Masterson, 1972 Cit. por Dalgarrondo &

Vilela, 1999). Inicialmente, a concepção da PPB institui-se como uma noção vaga e imprecisa, que engloba sintomatologia do espectro neurótico, e da dimensão psicótica, apresentando também alguns elementos dos distúrbios de personalidade (Dalgarrondo & Vilela, 1999).

Na primeira metade do séc. XX, a compreensão desta perturbação encontrou-se fortemente vinculada aos estados psiquiátricos de esquizofrenia, como um subtipo da mesma. Apenas a semiologia dos quadros *borderline* sugeria que esta perturbação se situasse para lá dos estados esquizofrénicos, estabelecendo-se como uma patologia do Ego (Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006).

No manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais II (DSM-II) (American Psychological Association, 1968), o termo *borderline* estava ainda situado dentro do espectro das psicoses, particularmente associado à esquizofrenia, sendo praticamente sinónimo de esquizofrenia latente. É apenas em 1980, com a nova proposta multi-axial apresentada no DSM-III e impulsionado pelo trabalho de Gunderson e Singer (1975), que se identificou características de emoções e humor desagradáveis, acções impulsivas, relações interpessoais instáveis, pensamentos do tipo psicótico e (mal) adaptações sociais (Gunderson e Hoffmann, 2005), e em que a perturbação *borderline*, sai

definitivamente do campo da esquizofrenia para se estabelecer no capítulo dos distúrbios da personalidade.

Kernberg (1967, Cit. por Gunderson & Hoffmann, 2005) refere-se às características intrapsíquicas destes indivíduos como uma "organização de personalidade *borderline*", caracterizado por uma noção instável do Self (difusão de identidade); o uso de mecanismos imaturos de defesa primitivos (classificação dos outros como muito bons ou muito maus, negação, projecção); e lapsos temporários na capacidade de distinguir o real do imaginado.

Em contexto histórico mais recente, o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais IV (DSM-IV- TR, 2002), situa a perturbação estado-limite no eixo II, onde figuram as patologias da personalidade, definindo-a como "um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos, e uma impulsividade marcada com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos".

Contudo, a conceptualização desta patologia não pára de evoluir. Na actualidade, com a quinta edição do DSM, assiste-se a uma reformulação dos critérios de avaliação e diagnóstico desta patologia.

Segundo o DSM-IV (2002) e o DSM-V (2013), a prevalência desta perturbação ronda os 2% na população em geral podendo atingir os 5.9%, 20%, nos pacientes psiquiátricos internados e 10% nos pacientes vistos em contexto de ambulatório em serviços de saúde mental. Estima-se ainda que, na PPB o padrão familiar tenha influência, na medida em que esta patologia é cerca de cinco vezes mais frequente em familiares de primeiro grau comparativamente à população em geral, bem como existe um aumento significativo do risco familiar para perturbações relacionadas com substâncias, perturbação anti-social e perturbação do humor. Esta é uma perturbação predominantemente diagnosticada em mulheres (cerca de 75%).

A etiologia da PPB supõem causas complexas e que suscitam ainda desacordos e, portanto permanecem incertas. Gunderson e Hoffmann (2005) apontam alguns factores de vulnerabilidade que potenciam a patologia *borderline*, que parecem saturar em torno de três categorias: a categoria dos factores biológicos, que engloba a genética; a excitação e reactividade do sistema nervoso automático; a responsividade dos neurotransmissores; a estrutura e funcionamento cerebral; factores perinatais como hormonas e toxinas ambientais e outros factores neuropsicológicos. A categoria dos factores psicológicos internos, nomeadamente o temperamento infantil ou predisposições; psicopatologia prévia infantil ou adolescente; falhas na estrutura de

personalidade ou dos traços. E por último, a categoria dos factores sociais que envolvem uma abordagem parental inadequada; negligência ou abusos infantis, a influência de pares; o *status* socioeconómico e a desintegração familiar ou da comunidade.

O nível de comorbilidade da PPB com outras patologias é tão grande que é raro ver um indivíduo com o transtorno 'puro' da personalidade *borderline* (Collaborating Centre for Mental Health, 2009). As perturbações nosológicas comumente encontradas em concomitância com a perturbação *borderline* são: os quadros depressivos e ansiogénicos, transtornos alimentares, particularmente a bulimia, a perturbação de stress pós-traumático, o abuso de substâncias e perturbação bipolar, sendo esta última, fácil de confundir clinicamente.

Observam-se também, em alguns casos, uma sobreposição com distúrbios psicóticos, de tal forma que, em casos extremos os indivíduos podem experienciar alucinações visuais, auditivas e delírios. Estes sintomas porém, são normalmente de curta duração e vinculados a alturas de instabilidade emocional extrema, distinguindo-se por isso dos principais sintomas de esquizofrenia e outros distúrbios relacionados (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

Como já acima referido, a perturbação estado-limite da personalidade apresenta-se em simultâneo com as perturbações de humor, e nos casos em que os sujeitos preenchem os critérios de diagnóstico as duas, devem ser ambas diagnosticadas. Esta perturbação pode ser facilmente confundida com outras perturbações da personalidade, uma vez que partilham algumas características comuns.

No caso da perturbação histriónica da personalidade, a perturbação estado-limite da personalidade distingue-se pela auto destrutividade, pelas disrupções nas relações próximas e sentimentos crónicos de vazio e solidão.

Relativamente às perturbações paranóide e narcísica da personalidade o elemento de distinção é a ausência de auto destrutividade, impulsividade e preocupações de abandono. A PPB difere da perturbação anti-social da personalidade, na medida em que o objectivo do comportamento manipulativo é dirigido para a obtenção da preocupação das pessoas a que mais se ligam. Em relação à perturbação dependente da personalidade, a PPB particulariza-se pela reacção ao abandono com sentimentos de vazio emocional, raiva e exigências e também pelo padrão típico de relacionamentos intensos e instáveis. As ideias paranóides e ilusões são concomitantes à PPB e à perturbação esquizotípica

da personalidade, mas estes sintomas são mais transitórios, reactivos aos relacionamentos e respondem mais à estruturação externa no caso da PPB.

A PPB, distingue-se ainda do problema de identidade, que está reservado para preocupações de identidade relacionadas com a fase de desenvolvimento e não está qualificado como perturbação mental (DSM-IV- TR, 2002).

Modelo Explicativo de Linehan

A causa precisa da Perturbação de Personalidade *Borderline* (PPB) é complexa, englobando vários factores, que interagem entre si de diferentes maneiras (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004). A Teoria Biossocial de Linehan de PPB (1993) constitui-se o modelo etiológico mais bem delineado desta patologia (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009).

De acordo com Linehan (1993), a PPB é um distúrbio na regulação emocional que leva à vulnerabilidade emocional e emerge de transacções entre indivíduos com um influências ambientais específicas e vulnerabilidades biológicas. Esta teoria tem uma visão sistemática das emoções e da desregulação emocional (Lindenboim, Chapman & Linehan, 2007).

A disfunção emocional leva o indivíduo a estar emocionalmente vulnerável ou seja, é alguém cujo sistema nervoso autónomo reage excessivamente a níveis

relativamente baixos de *stress* levando mais tempo do que o normal, para retornar à linha de base (Beck, Freeman, Davis & Associates, 2004), uma vez que a tensão é removida, tendo por base as vulnerabilidades biológicas (Linehan, 1993), constituindo-se como uma das razões para que o comportamento se manifeste de forma extrema. Muitos dos problemas de comportamento, como o abuso de substâncias, tentativas de suicídio, transtornos alimentares e comportamentos auto-agressivos de indivíduos *borderline*, são vistos como resultado dessa desregulação emocional (Lindenboim *et al.*, 2007).

Linehan (1993), enfatiza ainda que associada a esta vulnerabilidade emocional, a criança cresce dentro de um determinado conjunto de circunstâncias ambientais, que ele apelida de Ambiente Invalidante – *“Invalidating Environment”*, por sua vez, se refere às situações em que as experiências pessoais e as respostas da criança em crescimento são desqualificados pelos outros elementos significativos na sua vida, ou seja, é um deficit no apoio ambiental, para ajudar a criança emocionalmente vulnerável a aprender a regular as emoções (Lindenboim *et al.*, 2007).

Assim, os ambientes invalidantes que intermitentemente reforçam expressões extremas de emoção, negando, punindo ou respondendo incorrectamente a reacções emocionais na forma de comunicação com a criança, leva a compreensão de que as

emoções devem ser enfrentados internamente e sem o apoio dos pais, levando a que a criança não aprenda a entender, etiquetar, regular ou tolerar respostas emocionais (Crowell *et al.*, 2009).

Mais tarde, os pacientes com PPB vão invalidar as suas próprias reacções e emoções, adaptando uma visão simplista e irreal das emoções, devido a essa influência ambiental na infância (Beck *et al.*, 2004). Além disto, Linehan (1993a) sugeriu ainda uma série de possíveis substratos biológicos da desregulação emocional.

A pesquisa de disfunção biológica em PPB é centrada em vulnerabilidades neurológicas e genéticas. A estrutura cerebral mostra, que os lobos frontais, o hipocampo e a amígdala são relativamente pequenas em pessoas com PPB e as estruturas e funções nestas peças apresentam diferenças em pessoas com este transtorno (Rosenberg & Kossly, 2011).

Dependendo da comunicação neuronal, verificou-se, que a PPB é caracterizada com níveis relativamente baixos de serotonina . Os receptores de serotonina não são tão sensíveis como o normal em pessoas com BPD. Esta evidência vem explicar a agressividade impulsiva e a instabilidade afectiva nos pacientes (Crowell *et al.*, 2009).

Estudos genéticos revelam uma vulnerabilidade genética para componentes desta doença, como a impulsividade, a volatilidade emocional e ansiedade (Rosenberg & Kosslyn , 2011).

Objectivos do Estágio

Os objetivos do estágio foram estipulados pelo local de estágio, sendo que o mesmo consistia na promoção de conhecimentos e experiências em quatro grandes áreas:

1. Desenvolver competências ao nível da prática clínica, nomeadamente em relação ao aconselhamento psicológico, intervenção comunitária e avaliação psicológica
2. Desenvolver actividades na área da promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis
3. Participar na construção e dinamização de actividades de sensibilização e promoção da saúde
4. Investigação científica – participar num projeto de investigação.

Método

Participantes

Um dos objetivos propostos no início do estágio referia-se à avaliação e acompanhamento a jovens e adultos. Assim, a amostra diz respeito à população alvo da consulta de psicologia do gabinete de apoio psicológico e promoção da saúde da universidade lusíada de Lisboa, bem como, o acompanhamento de crianças sinalizadas da casa de são bento.

Procedimentos

O estágio académico teve início em Outubro de 2014 e fim em Junho de 2015.

Numa fase inicial, e após reunião formal com a coordenadora e supervisora clínica do Gapps que pretendeu dar a conhecer as dinâmicas internas do gabinete, foi dada a oportunidade de assistir e participar em workshops importantes para o decorrer do estágio, que objectivavam a aquisição de ferramentas necessárias para a execução do mesmo.

Assim, foram abordados os seguintes temas, entrevista motivacional, *mindfulness* em contexto psicoterapêutico, técnicas de comunicação e relaxamento, programa de promoção de competências e, consulta e treino de instrumentos.

Na segunda quinzena do mês de outubro, deu início as consultas no gapps, previamente sujeitas a triagem pela supervisora clínica do gabinete, cujo primeiras consultas tinham como objectivo a recolha da história clínica, o levantamento do pedido de consulta e das principais queixas, bem como, esclarecer alguns pontos relativos ao processo de avaliação e intervenção.

Simultaneamente, foram realizadas visitas à instituição parceira, casa de São Bento, onde se procurou junto da assistente social responsável do CCPNSD e da casa de São Bento, efectuar o levantamento das suas principais queixas, debater os casos clínicos propostos para acompanhamento e seleccionar alguns jovens de forma a desenvolver um grupo para promoção de competências, bem como, dar a conhecer aspectos do funcionamento interno como, o horário, o percurso físico e os instrumentos disponíveis de cada local.

Foram realizadas entrevistas com os pais das crianças sinalizadas de forma a recolher informações úteis, acerca da problemática em causa, bem como, de forma a explicar e esclarecer todo o processo de avaliação, acompanhamento e intervenção.

No decorrer de todo este processo, ocorreram sessões de orientação, dando lugar ao esclarecimento de dúvidas e debate dos casos clínicos. Estas tiveram lugar no Hospital

Egas Moniz, todas as segundas-feiras, aproximadamente de duas horas, conforme as necessidades (Ver anexo V).

A realização do estágio contou ainda com a participação nos congressos relacionados com a área em estudo, e em projectos de investigação desenvolvidos pelo GAPPS, cumprindo dessa forma as horas de estágio estipuladas como mostra a seguinte tabela.

Tabela 1 - Actividades Desenvolvidas/Carga Horária

Atividades Desenvolvidas	Carga Horária
Intervenção clínica	144H
Intervenção comunitária	72H
Investigação científica	15H
Comunicação científica (Poster)	8H
Participação no II Congresso Nacional de Psicogerontologia Participação no VI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente	16H
Colaboração no «Open Day»	11H
Treino de aplicação de provas psicológicas	8H

Reuniões de supervisão de casos	38H
Pesquisa bibliográfica para projectos de investigação do GAPPS	18H
Relatório de estágio	270H
Total	600H

Instrumento

Entenda-se por consultas de avaliação, não só a recolha de anamnese, mas também a aplicação de instrumentos de forma a obter um diagnóstico e a planear uma intervenção mais adequada.

Os instrumentos utilizados ao longo do estágio foram a SCL-90, a BDI-II, o Mini Mult, o teste de frustração de Rosenweing, o desenho da família, o Toulouse Piérrot, as Matrizes Progressivas de Raven e a Figura Complexa de Rey.

Participantes – Intervenção

A intervenção psicológica realizada no decorrer do estágio académico abrangeu, quatro casos clínicos, três do sexo feminino e um do género masculino onde se incluía duas crianças, um adolescente e um adulto, com idades compreendidas entre os 10 e os 29 anos.

Apenas as intervenções individuais irão ser descritas detalhadamente, onde se inclui a idade, motivo da consulta, história clínica, resultado e interpretação da avaliação psicológica, análise da progressão terapêutica, conclusão e discussão de caso.

Tabela 2 - Caracterização dos casos clínicos

Idade	Etnia	Naturalidade	Local de atendimento	Escolaridade	Dificuldades
10	Africano	Portuguesa	Casa São Bento	4º ano	Desenvolvimentais
12	Caucasiana	Portuguesa	Casa São Bento	5º ano	Emocionais
16	Caucasiana	Portuguesa	GAPPS	Curso Técnico	Comportamentais
29	Caucasiana	Ucraniana	GAPPS	Licenciatura	Emocionais

A intervenção em grupo irá ser apresentada no capítulo Outras Atividades Realizadas, através de uma descrição sumária da mesma, onde os nomes apresentados são fictícios, protegendo a identidade e privacidade dos participantes.

Instrumentos – Intervenção

Os instrumentos utilizados no decorrer da avaliação psicológica foram a entrevista clínica/anamnese, a SCL-90 e a BDI-II.

SCL-90

O Symptom Checklist-90 – Revised (SCL-90-R) de Derogatis é um questionário de auto preenchimento de natureza multidimensional cujo objectivo é estabelecer uma avaliação mais direccionada para os padrões de sintomatologia clínica (Derogatis, 1983 cit in Soares, 2007).

Este instrumento é constituído por 90 afirmações, que descrevem queixas ou sintomas diversos. É um inventário de auto-resposta que avalia não só, os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas, mas também, indivíduos que não se encontram perturbados emocionalmente.

A SCL-90, é composta por 90 itens, cotados a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, variando de zero “Nunca”, a quatro “Extremamente”, que se referem a diferentes níveis de mal-estar, sendo interpretado em torno de nove dimensões primárias e três índices globais.

Entende-se por dimensões primárias, a somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fônica, ideação paranóide e psicoticismo.

Para além destas medidas de psicopatologia, a SCL-90-R possibilita a avaliação de três índices globais de gravidade, medidas complementares que se relacionam com aspectos do mal-estar psicológico e o estatuto psicopatológico geral, representando aspectos diferentes de psicopatologia.

Quanto ao índice geral de sintomas (IGS), este combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade, sendo que o número de sintomas positivos (NSP) indica o número de sintomas presentes, constituindo-se como uma medida da intensidade ajustada ao número de sintomas presentes.

Quanto às suas características psicométricas, o SCL-90-R apresenta uma boa consistência interna, apresentando níveis de consistência interna avaliados pelo alfa de Cronbach, que variam entre 0.84 (sensibilidade interpessoal) e 0.90 (depressão).

A estabilidade temporal avaliada pelo método de teste-reteste, num intervalo de uma semana, apresentou valores de correlação que variaram entre 0,80 (hostilidade) e 0,90 (ansiedade) (Degoratis & Lazarus, 1994, cit. in Soares, 2007).

A versão portuguesa deste questionário foi elaborada por Batista (1993), sendo que o estudo psicométrico realizado obteve valores elevados de consistência interna, o alfa de Cronbach variou entre 0.74 e 0.97, e quanto à consistência teste-reteste, coeficientes alfa de 0.78 e 0.90.

Um estudo de Pereira (2007), verificou que a consistência interna da escala global foi de 0.95, e as diferentes sub-escalas apresentaram valores na ordem dos 0.63 e 0.84, permitindo afirmar que este instrumento apresenta uma boa consistência interna a nível global.

BDI-II

Esta prova tem como objectivo avaliar e avaliar os sintomas físicos e cognitivos da depressão, bem como o respectivo grau de intensidade.

O inventário é composto por 21 itens e o sujeito deve escolher aquela que melhor o descreve.

Relativamente à cotação da prova, cada item é cotado de 0 a 3 e a partir do somatório total dos pontos obtém-se o resultado final, classificado consoante o nível de depressão. Os valores variam entre 0 e 63. Assim, quanto maior a pontuação, maior a sintomatologia depressiva.

Procedimento – Intervenção

Face aos objetivos do estágio, iniciou-se o processo terapêutico, com base na entrevista inicial/anamnese, avaliação psicológica, devolução de resultados, elaboração de objetivos terapêuticos, elaboração de programa de sessões individuais de apoio psicológico e elaboração de um relatório final.

A intervenção teve frequência semanal, na consulta de Psicologia do gabinete de apoio psicológico da universidade lusfada e na casa de são bento.

Todos os nomes apresentados são nomes fictícios com vista à proteção da identidade dos pacientes.

Casos Clínicos

Caso Clínico I

Identificação

“Francisca”, tem 12 anos e encontra-se no 5º ano de escolaridade.

Motivo de Consulta

“Francisca”, é uma criança do sexo feminino, tem 12 anos de idade e chega à consulta de psicologia sinalizada pela assistente social, do centro de actividades onde se insere, com indicação de ataques de pânico e terrores nocturnos, constituindo-se como objectivo a aquisição de estratégias para combater a ansiedade.

História Clínica

“Francisca” é filha de pais separados, vivendo actualmente com a mãe, padrasto e com o seu irmão na zona de caxias. Refere ter uma boa relação com o pai biológico com quem passa alguns fins-de-semana, sempre que possível.

À dois anos dá-se a morte da avó, de origem oncológica, altura em que tem início os ataques de pânico e terrores nocturnos, tendo sido acompanhada no hospital S. francisco de xavier e medicada com risperidona.

“Francisca”, encontra-se actualmente no 5º ano de escolaridade, considerada como uma aluna acima da média, com excelentes resultados, quadro que se tem vindo a alterar com uma descida significativa das notas.

As principais queixas da criança, traduzem-se em ter medo do escuro, medo de morrer ou perda de algum familiar de primeiro grau, medo de ficar sozinha em casa e pesadelos recorrentes acerca desses mesmos medos.

Na primeira consulta, apresentou-se calma, com uma boa postura corporal e com consciência de que precisa de ajuda para enfrentar os seus medos, referindo que os mesmos lhe causam mau estar significativo e interferem no seu quotidiano, tanto na relação com os seus pais como na escola.

História de desenvolvimento psicossocial

“Francisca” é fruto de uma gravidez desejada, com gestação e parto dentro da normalidade. No decorrer do seu desenvolvimento, a mãe refere que a criança sempre teve algumas fobias próprias da idade e que foram passando com o tempo. Vive com a mãe, com o padrasto e com o irmão, assumindo que todos partilham de uma boa relação familiar.

Grande parte da infância foi partilhada com a avó, com quem diz ter partilhado momentos muito felizes. “Francisca” sempre partilhou quarto com o seu irmão mais velho

e sempre se mostrou à vontade e confortável em ficar sozinha em casa, dormir sozinha, assumindo-se como uma criança autônoma e capaz.

Desde o jardim de infância à escola primária, “Francisca” foi considerada como boa aluna, sem problemas a nível social e comportamental. No decorrer do 2º ciclo, “Francisca” perde a avó, sendo este um marco importante na sua vida, com elevado peso emocional.

Segundo a mãe, “Francisca” na altura ficou triste, mas só mais tarde começa a desenvolver ataques de pânico e medo persistente acerca da morte.

“Francisca” frequenta actualmente o 5º ano, descrita como boa aluna ainda que o seu aproveitamento escolar tenha descido significativamente.

Resultado e Interpretação da Avaliação Psicológica

Numa primeira fase, foi realizada uma entrevista com a criança de forma a obter algumas informações acerca da problemática em questão, e outra com a mãe de forma a confirmar alguns dados importantes, nomeadamente acerca da medicação que a “Francisca” se encontrava a tomar.

Tendo em conta que “Francisca” dispunha de um diagnóstico, as sessões tiveram como foco, o desenvolvimento de técnicas adequadas para combater e reduzir os níveis de ansiedade.

As técnicas utilizadas foi a identificação, o questionamento socrático, a reestruturação cognitiva e técnicas de origem comportamentais, tais como, o agendamento de actividades, trabalhos de casa, *role-plays* e técnicas de solução de problemas.

Hipótese Diagnóstica

É possível apresentar alguns diagnósticos, à luz do DSM-V-TR (APA, 2013).

“Francisca”, apresenta uma perturbação do sono-vigília, mais concretamente, a perturbação de pesadelos (307.47), justificando-se com a presença de todos os critérios como, a ocorrência repetida de sonhos prolongados, extremamente disfóricos e que são bem recordados, envolvendo em regra esforços para evitar ameaças à sobrevivência, segurança ou integridade física, ao acordar dos sonhos disfóricos o indivíduo fica rapidamente orientado e alerta, a perturbação do sono causa mau estar clinicamente significativo, os sintomas da perturbação de pesadelos não são atribuíveis a efeitos fisiológicos directos de uma substância e, não existem perturbações mentais ou médicas associadas.

“Francisca” revela ainda problemas educacionais (V62.3), devido ao desempenho baixo de acordo com as suas capacidades

Metas Terapêuticas

Com base nas queixas apresentadas pela “Francisca” foram delineados alguns objectivos, tais como: dormir sozinha, combater o medo do escuro e reduzir os níveis de ansiedade, eliminando pensamentos negativos automáticos.

Foram utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, de forma a alcançar os objectivos propostos, como o relaxamento, registo diário de pensamentos automáticos, questionamento socrático, identificação e reestruturação cognitiva.

Análise da Progressão Terapêutica

O processo terapêutico da “Francisca” teve início a 5 de Outubro de 2014 e fim a 7 de Abril de 2015, com a entrega de um parecer final de intervenção à mãe da criança.

Foram realizadas ao todo treze sessões.

As primeiras consultas, tinham como objectivo fazer o levantamento da história clínica junto da criança sem a presença da mãe. À posteriori, foi realizada uma entrevista semi estruturada com a mãe, que sempre se mostrou interessada em discutir e relatar qualquer tema relacionado com a criança.

Durante as sessões, “Francisca” sempre se mostrou motivada e empenhada em trabalhar e desenvolver as tarefas que lhe eram solicitadas. Compareceu a todas as

sessões, à excepção de um período em que esteve doente, no entanto, não descurou das tarefas combinadas.

Após o levantamento da história clínica da criança, foi realizado um plano de intervenção a seguir, onde a criança teve um papel activo no desenvolvimento de actividades. Assim, numa primeira abordagem foi desenvolvido a grelha de registo diário de pensamentos disfuncionais de Aaron Beck personalizado à criança, onde se inclui a situação ocorrida, os pensamentos resultantes, as emoções sentidas, e as estratégias que pensa ser capaz de utilizar futuramente. Todas as sessões tinham início com a discussão e análise dessa mesma grelha.

Com o avançar das sessões, “francisca” mostrou cada vez mais consciência de que tais pensamentos eram fruto da sua imaginação, e que na maior parte dos casos, quase impossíveis de acontecer, no entanto dizia ser impossíveis de controlar, nomeadamente à noite antes de dormir pelo que já não conseguia ficar sozinha.

Perante as queixas descritas pela criança, foram executados alguns exercícios de relaxamento e de evocação de imagens positivas, com o objectivo da criança se conseguir abstrair dos seus medos e pensamentos, que a impediam de dormir sozinha levando-a sempre a recorrer ao quarto dos pais.

Quanto aos exercícios de relaxamento, numa primeira fase a criança mostrou alguma resistênciã, uma vez que nunca tinha passado por essa experiênciã nem executado tais exercíciõs. Esse assunto foi sendo trabalhado ao longo das sessões, e à medida em que eram executados mais exercíciõs, “Francisca” ia conseguindo relaxar e deixar levar-se pela actividade, tornando-a mais interessante e eficaz.

Conclusão

De acordo com o pedido de acompanhamento e com o decorrer das primeiras sessões com a criança, concluiu-se que existiam alguns pontos em que a criança beneficiaria de intervençãõ.

A criança foi sinalizada para acompanhamento psicológicõ devido às suas queixas, e relativamente ao factõ da mãe, não saber como lidar com o problema.

Logo numa fase inicial, “Francisca” foi capaz de identificar as suas queixas, descrever de que forma tal situaçãõ interferia com as diferentes áreas da sua vida, bem como, nomear aspectos que seriam importantes de ser trabalhados.

“Francisca” é uma criança que tem sido acompanhada do hospital S. Francisco de Xavier à sensivelmente dois anos, foi diagnosticada com perturbaçãõ de pânico e prescrita medicaçãõ, pelo que, quando iniciei o acompanhamento, foi mais fácil delinear um diagnósticõ e pontos de intervençãõ.

A criança apresentava sintomas de ansiedade, no entanto, actualmente os mesmos não se revelam suficientes para preencher um diagnóstico específico.

Os principais aspectos que foram alvo de intervenção, foi em relação ao facto da criança vivenciar pensamentos negativos recorrentes, não conseguir dormir sozinha e ter medo do escuro, sintomas que, provocavam mau estar significativo e interferiam com o desenvolvimento normal da criança.

Ao longo das sessões, “Francisca” sempre se mostrou empenhada e motivada em executar as tarefas propostas nas sessões, bem como, as tarefas de casa recomendadas revelando também, capacidades cognitivas acima da média para a sua idade.

Em relação aos objectivos desenvolvidos em sessão, os mesmos foram cumpridos com sucesso. Actualmente, a criança já dorme sozinha no seu quarto novamente, é capaz de identificar factores de ansiedade e pensamentos automáticos, combatendo-os com técnicas adquiridas em sessão.

Discussão

A “Francisca” chegou à sessão com o diagnóstico de perturbação de pânico, à luz dos critérios de diagnóstico propostos pelo DSM-V (APA, 2013), no entanto, actualmente tais critérios já não se revelam suficientes para o preenchimento desse

mesmo diagnóstico. A criança tem sido acompanhada no hospital São Francisco de Xavier na unidade de psicologia e pedopsiquiatria onde foi medicada com risperidona.

A criança apresenta sintomatologia ansiosa, que lhe causam mau estar significativo, interferindo com o seu desenvolvimento normal, com o seu desempenho escolar e de alguma forma, na dinâmica familiar. Os sintomas presentes na criança tiveram início à cerca de dois anos após perda de um familiar, pelo que ocorreram alterações significativas na criança como o medo de dormir ou ficar sozinha, pensamentos negativos e medo persistente de morrer ou de perda de familiares em primeiro grau.

No decorrer da intervenção foi possível constatar a eliminação de alguns pensamentos negativos, bem como, a eliminação do medo em dormir sozinha.

Tendo em conta a problemática apresentada pela criança, foi possível delinear uma linha de intervenção à luz da terapia cognitivo-comportamental, recorrendo a técnicas como a observação, a entrevista clínica, o questionamento socrático, técnicas de relaxamento e registo diário de pensamentos automáticos negativos para possível discussão.

Caso Clínico II

Identificação

“Mariana”, nasceu a 12 de janeiro de 1986, tem 29 anos e detêm uma licenciatura em contabilidade.

Motivo de Consulta

“Mariana”, nome fictício de forma a salvaguardar a sua privacidade e confidencialidade, é do sexo feminino, tem 29 Anos, é solteira e vive sozinha.

Apresenta-se à consulta de psicologia por iniciativa própria, devido a problemas de baixa auto estima, dificuldades em lidar com a sua imagem, problemas ao nível do grupo de apoio primário e grupo de apoio secundário, sendo o mesmo praticamente inexistente.

No que diz respeito ao motivo/queixa principal, “Mariana” queixa-se de perda de interesse, cansaço extremo e falta de vontade em sair de casa, assim como em realizar actividades de que gosta, como passear à beira-mar, realizar exercício físico, ir ao cinema ou até mesmo viajar “não tenho vontade para nada”.

Revela que às vezes tem dificuldades em dormir e que por vezes acorda sobressaltada. Veio à consulta pela vontade que tem em resolver estas questões e de se assumir como uma mulher independente e bem resolvida consigo mesma.

História do desenvolvimento psicossocial e problema actual

No que se refere à história do desenvolvimento psicossocial, “Mariana” expressa uma infância e adolescência pautadas com grande sofrimento. Aos 5 anos dá-se o nascimento da irmã, altura em que começa a ganhar consciência que o pai era alcoólatra. Diz ter sido obrigada a crescer depressa para tomar conta da irmã, uma vez que os pais trabalhavam e lhe inculcaram a responsabilidade de ter que ajudar “acho que nunca tive muito tempo para ser criança, sei lá, para brincar e fazer amigos”. Aos 7/8 anos, entra na escola e até aos tempos de faculdade, diz ter sido uma criança pouco sociável “Nunca fui muito sociável. Nunca tive muitos amigos e os que tive duraram pouco tempo”.

“Mariana” aos 16 Anos, refere ter sofrido de Anorexia (não diagnosticada) perdendo sensivelmente 10Kg de forma abrupta, uma vez que deixou de comer após ter sido alvo de fortes críticas por parte da turma e mais especificamente de duas colegas que considerava amigas.

Aos 18 anos, inicia a sua vida laboral em regime parcial de forma a conciliar com os estudos e ajudar financeiramente os pais, assim como, ganhar alguma autonomia. Ao início diz ter conseguido integrar-se na empresa, estabelecer algumas relações de amizade mas que mais tarde se perderam, “ ao início as coisas correram bem mas depois. Acho que o problema fui eu que quando entrei sempre fiz tudo, dizia sempre que sim para que

me aceitassem e depois com o tempo fui mudando e não fazia tudo o que me pediam.

Não podia fazer sempre tudo, éramos uma equipa de trabalho”. Ao fim de seis meses acaba por se despedir, uma vez que já não se sentia bem com aquele trabalho.

Nesta mesma altura, inicia uma relação que durou sensivelmente 3 anos “as coisas correram bem, mas éramos muito diferentes. Discutíamos muito porque os meus pais sempre foram muito pouco permissivos e ele queria sair e fazer aquelas coisas normais de namorados mas eu nunca podia. Os meus pais não aceitavam que eu namorasse e muito menos que saísse a noite ou coisas do género e ele não começou a não acreditar naquilo que lhe dizia e as discussões começaram aí e levou ao fim da relação”.

Aos 21 anos entra na faculdade e mais tarde, inicia uma relação que diz ter sido conturbada, com algumas discussões devido aos seus problemas em relação à imagem, que muitas vezes a impediam de sair de casa tantas vezes quanto gostaria, assim como de se relacionar com o grupo de amigos do seu companheiro. Aos 5 anos e meio de relação decide sair de casa para viver com o seu companheiro, tendo vivido 6 meses em união de facto. Mais tarde decide por fim à relação por achar que as coisas já não estavam a resultar e por ter ganho interesse por outra pessoa.

Em 2012, “Mariana” inicia um “caso” como designa, “não posso chamar de relação, não foi uma relação (pausa) agora vejo que nunca foi. Foi um caso na vida de

alguém”, com um homem (R) casado que alegava estar em fase de separação. Este “caso” teve a duração de um ano e meio, tendo terminado após “Mariana” ter conhecimento que a mulher do mesmo estava grávida.

“Mariana” diz sentir-se traída, usada e burlada “sinto-me mal, sinto-me traída, usada e burlada. Sinto vergonha de mim mesma, de ter compactuado com esta situação em que eu mesma me meti, os meus pais avisaram-me que não ia correr bem, mas ele era sincero (pausa) parecia ser sincero. Fizemos planos, vivemos muitas coisas, acho que não merecia ser tratada como fui”.

No decorrer desta relação “Mariana”, contrai um empréstimo em seu nome para ajudar “R”, com base num acordo verbal no qual “R” se comprometia a pagar as prestações decorrentes desse mesmo empréstimo, o que nunca chegou a acontecer.

No início de janeiro do presente ano, “Mariana” parte para os meios legais de forma a tentar resolver o problema, processo que se encontra neste momento em curso e que lhe causa algum medo e preocupação referente à atitude de “R”, que descreve como uma pessoa violenta e com um passado ligado a práticas ilícitas.

“Mariana” e “R” trabalham actualmente na mesma empresa, ainda que em departamentos diferentes o que torna a situação laboral complicada “corro o risco de o

ver a qualquer momento. Às vezes cruzamo-nos e confesso que não gosto e tenho algum receio”.

“Mariana” diz não ter amigos e que é complicado estabelecer relações, “é complicado deixar alguém entrar”, “não consigo acreditar nas pessoas”, “as pessoas afastam-se e desligam-se com facilidade”, “prefiro ficar em casa comigo mesma”.

Revela que a sua relação com os seus pais é normal “acho que é (pausa) normal. Dentro daquilo que pode ser”, ainda que com algumas discussões, “temos formas de pensar diferentes, mentalidades diferentes. Eu cresci e acho que eles não perceberam muito bem isso, já não sou uma miúda”.

A relação com o pai diz ser a mais complicada, pois é uma pessoa demasiado intransigente “é tudo como ele pensa, o que ele diz é que conta, é que está certo e se discordo olha-me com os olhos arregalados como se fosse uma criança que ou me calo ou levo um safanão e já não tenho paciência”.

“Mariana” refere a sua relação com a irmã como “é um tanto ou quanto agridoce”, referindo que a mesma sabe de toda a sua história mas que é incapaz de compreender os seus problemas e o seu descontentamento face à sua imagem. Revela ainda que por a sua irmã ser uma mulher bonita e que não passa despercebida, preferiu afastar-se “ela

sente-se bem com ela mesma, nota-se que é uma pessoa segura de si até mesmo pela forma que se veste. As pessoas olham para ela na rua e ao lado dela sinto-me desconfortável e invisível. Não tenho ciúmes dela ou algo que se pareça, não tenho mesmo mas não gosto que as pessoas olhem para mim”. Actualmente a relação das duas é complicada, não só pela mesma não compreender e desvalorizar os seus problemas e as suas inseguranças, mas também por algumas discussões que têm por pensarem de forma diferente em relação a muitos aspectos.

Avaliação Psicológica

Numa primeira fase, foi realizada um entrevista semi estruturada e a elaboração da linha de vida, de forma a recolher as informações necessárias e, de seguida deu-se início ao processo de avaliação de forma a adequar a intervenção.

Tendo em conta os problemas descritos pela “mariana” quanto à sua auto-estima e, por este ser um assunto que a incomodava e a impedia de sair de casa, bem como, realizar actividades do seu interesse, foi realizado um programa quadri-semanal de auto estima, que permitiu delinear objectivos para cada semana e, ainda, um quadro que tinha como título “os meus objectivos pessoais mais importantes”.

Assim, foram propostas e realizadas as seguintes provas: SCL-90 e BDI-II As provas aplicadas seguiram a ordem descrita e tiveram a duração de duas sessões.

Resultados da Avaliação Psicológica

Numa fase inicial foram explorados alguns aspectos da sua vida e do seu desenvolvimento, o seu sistema de relações e as suas expectativas em relação às sessões.

No decorrer do preenchimento da linha de vida, foi possível analisar e compreender a qualidade das relações estabelecidas durante o processo de desenvolvimento da “Mariana”. Durante o processo de preenchimento, “Mariana” revelou tristeza e mau estar, uma vez que diz, nunca ter conseguido perceber o porquê de as pessoas não gostarem dela e a desiludirem. Revela ainda problemas familiares e distinção entre os diferentes membros, tendo sido tratada, segundo a própria, como um elemento necessário para cuidar da irmã mais nova, mas dispensável no que concerne à demonstração de afectos.

Quanto às grelhas de objectivos pessoais e objectivos semanais, “mariana” revelou desde o início interesse, participando de forma activa e descontraída na elaboração de metas a atingir. Numa primeira fase, foi necessário explicar que os objectivos tinham de ser formulados em consciência de forma a serem alcançados.

Assim constituiu-se como primeiros objectivos a procura e consulta de um especialista da área de nutrição e a prática de exercício físico fora de casa com duração

mínima de 30 minutos. Estes objectivos foram alcançados, “mariana” detêm um plano alimentar equilibrado e adequado às suas necessidades, delineado por um especialista, e inscreveu-se num ginásio de forma a ter supervisão e aconselhamento no treino que faz.

Foi aplicada a SCL-90, de forma a compreender alguma sintomatologia apresentada e descrita por “Mariana”.

A “Mariana” apresentou valores relativamente baixos na somatização (0.66), ansiedade (0.9), hostilidade (1), ansiedade fóbica (0.85) e psicoticismo (0.7), ou seja, presença não significativa de dores físicas, nervosismo e tensão, pensamentos, sentimentos e comportamentos afectivos negativos, medo persistente em relação a um objecto, pessoa ou local, e ainda, algum tipo de psicose.

Apresenta ainda, valores ligeiramente mais elevados, ainda que não significativos nas obsessões compulsões (1.7), depressão (1.23), ideação paranóide (1.5) e sensibilidade interpessoal (2.1). Assim, destaca-se o valor da sensibilidade interpessoal com uma pontuação mais alta, traduzindo sentimentos de inferioridade e inadequação pessoal, desconforto e auto-depreciação em relação aos demais e as expectativas negativas que são adoptadas na sequência das relações interpessoais vividas tão bem descritas pela própria.

Quanto ao índice geral, resultante da soma de todas as escalas, “Mariana” obteve um total padronizado de 2.08.

Posteriormente foi aplicada a BDI-II, pontuada de 0 (ausência de traços de depressão) a 63 (indicador grave de depressão). “Mariana” obteve através da soma das 21 premissas de múltipla escolha, o valor 30, sendo considerado como um estado de depressão severa.

Hipótese Diagnóstica

É possível apresentar alguns diagnósticos, à luz do DSM-V-TR (APA, 2013).

“Mariana” apresenta uma perturbação do sono-vigília, mais concretamente, perturbação de insónia recorrente, cumprindo todos os critérios de diagnóstico.

Como hipótese de diagnóstico, surge a perturbação estado-limite da personalidade (301.83), marcada por um padrão de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos e impulsividade no início da fase adulta. Este diagnóstico justifica-se na medida em que “Mariana”, manifesta os esforço frenético para evitar o abandono, por um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização,

perturbação de identidade, instabilidade afectiva e sentimento crónico de vazio. Preenche assim, os cinco critérios de diagnóstico para esta perturbação.

“Mariana”, apresenta critérios de diagnóstico para a perturbação esquizóide da personalidade (301.20), ainda que os mesmos não sejam suficientes, tais como, não desejar nem tirar prazer de relações próximas, não tem amigos íntimos ou confidentes e mostra frieza emocional, desprendimento ou aprazamento da afectividade.

A paciente revela ainda, problemas ocupacionais (V62.29) marcado por, insatisfação laboral, horários laboral causador de stress, problemas com colegas e ambiente de trabalho hostil, problemas económicos não especificado (V60.9) devido ao empréstimo em nome próprio para terceiros e, problema relacionado com viver sozinho (V60.3).

Metas Terapêuticas

Com base nas queixas da “Mariana” em relação à sua auto-estima e insatisfação quanto à sua imagem, foi proposto à paciente que consultasse um nutricionista que ajudasse a realizar um plano alimentar adequado, que fizesse face aos resultados que pretende.

Com base no motivo de consulta, das queixas apresentadas pela paciente e na avaliação realizada, foi definido como objectivos a curto prazo:

- a) estabelecer uma relação terapêutica

- b) reconhecer, aceitar e lidar com situação actual
- c) promover a auto-estima e melhorar a auto-imagem

A longo prazo, os objectivos formulados passam por:

- a) desenvolver padrões cognitivos saudáveis
- b) desenvolver competências interpessoais
- c) desenvolver e fortalecer o “Eu”

Conclusão

“Mariana” chegou à primeira sessão desmotivada e apreensiva, mas cooperante.

Foi possível constatar um forte sentido de *insight*, na medida em que a paciente, identificou de imediato o motivo de pedido de consulta e quais os seus objectivos e expectativas, nomeadamente em relação à sua fraca auto estima, ao sentimento de vazio que sente, apatia e o desejo em assumir-se como uma mulher segura de si própria, determinada e independente.

Numa primeira abordagem foi realizada uma entrevista semi estruturada de forma a recolher dados acerca da história clínica e dados pessoais e desenvolvimento, articulando com a execução da linha de vida, sob vista de uma melhor compreensão dos acontecimentos de vida.

Quanto aos problemas em relação à sua imagem, “Mariana” assume que sempre se sentiu assim, mas que actualmente também não se sente com vontade de procurar

alternativas, embora tivesse vontade de praticar exercício físico, não o faz porque diz não ter coragem em sair de casa e pelos olhares das pessoas “as pessoas olham para mim, como se eu fosse maluca por estar sozinha”. Quando confrontada, refere que tem consciência de que isso, nem sempre acontece, e que são muitas vezes ideias sem fundamento.

“Mariana” revelou no decorrer das primeiras sessões, vontade em mudar a sua condição física e, conseqüentemente a sua visão acerca de si. Assim, foi discutido em sessão tarefas e actividades que a mesma podia realizar, tendo ficado acordado o sair de casa para fazer uma caminhada uma vez por semana, constituindo-se como um objectivo a alcançar. Nas sessões seguintes “Mariana” trazia para a sessão registos das sensações e emoções que experienciava ao longo da execução da tarefa proposta.

Foi recomendado que a paciente, consulta-se um especialista da área de nutrição de forma a que este a ajudasse a cumprir determinados objectivos, que elabora-se um plano alimentar apropriado, uma vez que a mesma refere ter sofrido de anorexia, ainda que não diagnosticada na sua adolescência.

Após a consulta de nutrição, foi realizado um plano alimentar adequado e personalizado, sendo possível constatar pequenas mudanças na atitude da “Mariana”, que iniciava sempre as sessões a contar os progressos que tinha feito durante a semana.

As técnicas mais utilizadas foram, a sugestão de estratégias, aconselhamento, questionamento socrático, escuta activa, validação de sentimentos, confrontação e reflexão.

A “Mariana” encontra-se mais motivada para determinados aspectos, focada em objectivos relativamente à melhoria da sua imagem, ainda que com algumas recaídas quando algo não corre como esperado.

Não obstante, “Mariana” continua em processo de acompanhamento, tendo como base uma boa relação terapêutica, um clima de escuta activa e um espaço seguro onde diz puder falar sobre aquilo que a incomoda.

Discussão

“Mariana” chegou à sessão motivada para trabalhar, com uma apresentação cuidada, um discurso calmo ainda que revoltado, revelando um quadro clínico caótico. Assumia como principais queixas a sua baixa auto-estima, problemas a nível ocupacional, familiar e relacionais.

Entenda-se que os indivíduos *borderline*, podem apresentar extensos períodos de estabilidade, mas normalmente apenas procuram terapia em momentos de crise. Estes revelam muitas das vezes comorbidade com outros transtornos de humor e personalidade, pelo que se torna difícil num primeiro momento compreendê-lo (Beck & Freeman, 1993).

Após avaliação, “mariana” apresenta de acordo com a classificação do DSM V (APA, 2013), todos os critérios de diagnóstico para a perturbação estado limite da personalidade e perturbação do sono-vigília. Revela ainda critérios de perturbação esquizóide, ainda que os mesmos não se revelem suficientes para o preenchimento da perturbação.

A sintomatologia presente, teve início na sua fase de adolescência tendo-se agravado significativamente, após ruptura de uma relação que diz ter sido complicada. “Mariana” revela que, essa foi uma altura bastante marcante da sua vida e que após se ter sentido traída e usada, não consegue olhar para si da mesma forma.

Sabe-se pela execução da linha de vida, que a questão da auto-estima sempre foi um problema presente na sua vida, devido ao facto de ter tido um peso ligeiramente acima da média, o que sempre lhe causou mau estar, traduzindo-se mais tarde numa dificuldade em estabelecer relações interpessoais.

Ainda que os critérios não sejam suficientes para o preenchimento de perturbação, os mesmos têm um impacto negativo a nível social, familiar e ocupacional.

Segundo Beck e Freeman (1993), os indivíduos portadores de personalidade *borderline* apresentam mudanças bruscas e repentinas de um humor depressivo generalizado para uma agitação ansiosa ou raiva intensa.

Tendo em conta a avaliação realizada com a “Mariana”, foi possível delinear alguns objectivos a curto e longo prazo. Quanto aos objectivos a curto prazo, estes foram delineados tendo em conta, um alívio da sintomatologia relativamente à auto-imagem, sendo que a perda de peso controlada seria um ponto importante para “Mariana”. Ainda que a paciente não tenha perdido peso significativo, estes objectivos foram cumpridos na medida em que a mesma se inscreveu num ginásio e recorreu a uma especialista da área da nutrição, revelando uma melhoria significativa do seu discurso em sessão, mostrando-se mais confiante.

A longo prazo, propõe-se que a mesma seja capaz de desenvolver padrões cognitivos saudáveis, competências interpessoais, assim como, à luz do modelo cognitivo comportamental, que a mesma consiga desenvolver e fortalecer o seu “eu”.

Segundo Rangé (2001), autor de orientação teórica cognitivo-comportamental, os indivíduos com perturbação de personalidade *borderline* são por si ambivalentes, na

medida em que revelam sentimentos e ações contraditórias que se modificam rapidamente, revelando algumas dificuldades com a noção de *self*.

Outras Atividades Realizadas

Caso Clínico III

Foi realizada uma intervenção em grupo denominada Programa de Competências com adolescentes. O grupo era constituído por 10 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15. Nesta perspetiva, a intervenção teve como objetivo principal a prevenção de comportamentos de risco, o fornecimento de estratégias para lidar eficazmente com os problemas que possam surgir e, promoção do auto controlo.. A intervenção foi constituída por dez sessões.

Tabela 3 - Caracterização dos adolescentes envolvidos no grupo de promoção de competências na casa de São Bento

Sexo	Idade	Etnia	Naturalidade	Escolaridade
Masc.	12	Caucasiana	Portuguesa	6º ano
Masc.	12	Caucasiana	Portuguesa	6º ano
Masc.	12	Caucasiana	Portuguesa	6º ano
Masc.	15	Africana	Portuguesa	7º ano
Masc.	15	Caucasiana	Portuguesa	7º ano

Masc.	15	Caucasiana	Portuguesa	8º ano
Masc.	15	Caucasiana	Portuguesa	8º ano
Fem.	12	Caucasiana	Portuguesa	6º ano
Fem.	15	Caucasiana	Espanhola	7º ano
Fem.	15	Caucasiana	Portuguesa	8º ano

Projeto de Investigação

Como parte integrante deste estágio, houve a oportunidade de participar numa investigação realizada pelo instituto de psicologia e ciências da educação, da universidade lusíada de lisboa (IPCE-ULL).

A investigação consiste num inquérito que compreender a qualidade de vida da população entre os 50 e os 75 anos, face à reforma e às suas implicações pessoais e socioeconómicas.

O inquérito envolve seis categorias, nomeadamente, a percepção da qualidade de vida, saúde e outras áreas de vida (26 itens), ambiente psicossocial no trabalho (34 itens),

relações interpessoais (15 itens), percepção e aceitação do eu enquanto ser biopsicossocial (20 itens), armazenamento de informação, estratégias de *coping* e resolução de conflitos (40 itens), e, por fim, espiritualidade e crenças pessoais (5 itens).

Conclusão

A realização deste estágio traduz-se numa experiência rica em aprendizagens, marcado por um crescimento pessoal e profissional. Este atendeu às minhas expectativas, na medida em que, possibilitou um trabalho de campo em com múltiplas vertentes e áreas de intervenção.

Quanto aos objectivos delineados primordialmente, estes foram alcançados, uma vez que permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, assim como, aplicá-los num contexto prático de intervenção.

Foram acompanhados quatro casos clínicos na totalidade, e um grupo de adolescentes onde se pretendeu desenvolver um programa de competências adequado às necessidades daquela população.

Houve ainda, a oportunidade de desenvolver e aplicar um programa de competências pessoais e sociais com um grupo de adolescentes da casa de são bento, atendendo às necessidades daquela população. Esta foi uma experiência bastante rica, uma vez que, os membros do grupo detinham histórias de vida complicadas, hábitos e formas de estar bastante próprios e algumas resistência à mudança o que dificultou a fase inicial do processo.

Com o terminar do estágio e consequentemente do programa realizados, foi bastante gratificante, verificar que todos os elementos do grupo cresceram e foram capazes de modificar alguma coisa, fazendo valer todo o trabalho realizado.

Dos casos atribuídos, dois dos mesmos tiveram alta, um desistiu e o outro continua em acompanhamento, após término do estágio académico.

Reflexão Final

Este relatório pretende dar a conhecer o trabalho dos psicólogos clínicos num contexto prático, contrastando a vida e os problemas reais que a sociedade enfrenta no seu dia a dia, que o levam à procura de estratégias eficazes e adequadas.

Esta experiência revelou-se numa oportunidade indiscreta, na medida em que possibilitou o contacto próximo com uma comunidade rica em experiências e histórias de vida, que dispunham de problemas limitadores de um desenvolvimento saudável e adequado.

Esta foi uma passagem importante, que permitiu alargar o meu conhecimento ao nível das técnicas., mas também crescer enquanto pessoa e como futura profissional.

No decorrer do estágio, deparei-me com um misto de sentimentos, que passam pela satisfação em chegar a mais uma etapa, bem como, sentimentos de tristeza, insegurança e medo quando algo não correspondia ao desejado.

Ao encerrar esta etapa no gapps, finda também o meu percurso académico, que à medida que foi passando, me mostrou qual o caminho a seguir, despertando e consolidando a vontade de continuar esta caminhada, e, assumir-me como psicóloga capaz de desempenhar um papel profissional.

Referências Bibliográficas

- Abrunhosa, M. & Leitão, M. (1985). *Introdução à Psicologia (3ed)*. Edições ASA: Porto
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.^a ed., texto revisto, J. N. Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores, trabalho original publicado em 2000
- Anton, D. & Mendez, F. (1999). *Líneas actuales de investigación en psicología de la salud*. In Miguel Angel Simon (Ed.), *Psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp.217-256). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva
- APA (2004). Health Psychology. *What a health Psychologist Does and How to Become One*, in www.health-psych.org/AboutHowtoBecome.cfm , consultado em 16 de Maio de 2015
- Atkinson, R. & Hilgard, E. (1976). *Introdução à Psicologia*. Companhia Editora Nacional: São Paulo
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A., Freeman, A., Davis, D. and Associates (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Chapter 9. Second Edition. London. New York. The Guilford Press.

Beck, A & Freeman, A. (1993). *Terapia Cognitiva Comportamental dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bénony, H. & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. Climepsi Editores: Lisboa

Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários, 23

Beck, A. (1993). *Cognitive Therapy: Past, Present and Future*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(2), 194-198.

Bernard, J. & Goodyear, R. (1998). *Fundamentals of Clinical Supervision (2nd ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Barlow & Durand, (2008). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. (4ed.) São Paulo: Cengage Learning

Bolling, M., Kohlenberg, R. & Parker, C. (1999) *Behavior analysis and depression* . In Dougher, M. (ed.) *Clinical behavior: Analytic approaches to treatment*. Reno: Context Press.

Charrier, P. & Hirschelmann-Ambrosi, A. (2006). *Os Estados-Limite*. Climepsi Editores: Lisboa.

Carvalho, J. & Fonseca, L. (2004). *Pânico: Da Compreensão ao Tratamento*. *Colecção Manuais Universitários*. Climepsi Editores: Lisboa 32-282

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. & Linehan, M. M. (2009) *A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory*. *Psychol Bull*, 135 (3): 495-510

Dalgalarondo, P. & Vilela, W. (1999). *Transtorno Borderline: História e Atualidade*. *Revista Latinoam*, 11, 2, 52-71.

Decreto-Lei n.o 241/94 de 22 de Setembro. *Diário da República no 220/94 Série I-A*. Ministério da Saúde. Lisboa

Deakin, E. & Nunes, M. (2008). *Efetividade e eficácia na avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças*. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo 113-141.

Delval, J. (2002). *Introdução Prática do Método Clínico: Descobrendo o pensamento das crianças*. Porto Alegre: Artmed.

Duarte, N. (2013). *Vigotski e a Pedagogia Histórico-crítica: a questão do desenvolvimento psíquico*. *Nuances: estudos sobre educação*, 25,1, 19-29

Doron, R. & Parot, F. (1998). *Dicionário de Psicologia*. São Paulo: Ática

Davidoff, L. (1983). *Introdução à Psicologia*. McGraw-Hill: São Paulo

Dobson, K. & Block, L. (1988). *Historical and philosophical bases of the cognitive behavioral therapies*. In Dobson, K (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guilford Press, 1-38

Pedinielli, J. & Rouan, G. (2005). *A Entrevista Psicológica*. Climepsi Editores: Lisboa, 51-57.

Engel, G. (1970). *The need for a new medical model*. A challenge for Medicine. Science, 196:129.

Forgiarini, K. (2010). *Transtorno de ansiedade na infância*. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/transtornos-de-ansiedade-na-infancia/49425/>
acedido a 20 de Julho de 2015

Forshaw, M. (2002). *Essential Health psychology*. London: Arnold, 127-137

Greenberg, D. & Padesky, C. (1995). *A Mente Vencendo o Humor*. Lisboa: Artmed.

Graeff, F. & Brandão, M. (1999). *Neurobiologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Lemos Editora.

Gardner, F. (2000). *Methodological issues in the direct observation of parent-child interaction: Do observational findings reflect the natural behavior of participants?* Clinical Child and Family Psychology Review, 3 (3), 185-198.

Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. Fundação Calouste Gulbenkian

Gunderson, J., & Hoffman, P. (2005). *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Heidegger, M. (1976). *Achémement vers la parole*. Paris: Gallimard.

Hothersall, D. (2006). *História da Psicologia*. McGraw-Hill: São Paulo

Leal, I. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. ISPA: Lisboa

Leal, I., Pimenta, F. & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas*. Placebo Editora: Lisboa.

Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica: técnica, teoria e clínica*. Fim de Século: Lisboa

Lipowski, Z. (1977). *Psychosomatic medicine in the seventies: An overview*. American Journal of Psychiatry, 134-244.

Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M. & Bohus, M. (2004). *Borderline personality disorder*. Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Freiburg Medical School, 364-453

Linehan, M. (1993). *Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press: New York.

Lindenboim, N., Chapman, A. & Linehan, M. (2007). *Borderline Personality Disorder*. Chapter 13. In: Kazentzis, N. & LL'Abate, L.. *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy*.

Leontiev, A. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Livros Horizonte

Moura, J. (2011). *Personalidade Borderline*. In Scribd. Acedido em 14 de Maio de 2014 em <http://pt.scribd.com/doc/163967399/Personalidade-Borderline>.

Millon, T. (1981). *Disorders of Personality DSM – III: Axis II*. New York: John Wiley & Sons

Matarazzo, J. (1980). *Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology*. *American Psychologist*, 35(9):808.

Manfro, G., Heldt., E., Cordioli, A. & Otto, M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30,2, 581-587

Marks, D., Muray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health psychology. Theory, research and practice*. London: Sage Publications, 3-24.

Mueller, F. (2001). *História da psicologia*. Publicações Europa-América: Paris.

Mineka, S. & Ohman, A. (2002). *Born to fear: non-associative vs associative factors in the etiology of phobias*. Behavior Therapy 40,2, 173-184.

Montgomery, S. (1990). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi editores

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico*. Lisboa: OPP.

National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Borderline Personality Disorder*. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists

Pinto, A. (2002). *Uma leitura comentada de dois artigos de J. Ferreira Marques sobre a Psicologia em Portugal e uma reflexão sobre cenários futuros*. In Homenagem ao Prof. Doutor J. Ferreira Marques. Lisboa: Stória Editores 23-38.

Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Climepsi Editores: Lisboa

Roessler, R.& Decker, N. (1986). *Emotional Disorders in Physically Ill Patients*. New York: Human Science Press.

Rosenberg, R. & Kosslyn, S. (2011). *Abnormal Psychology*. Worth Publishes. New York.

Tanesi, P., Yazigi, L., Fiore, M. & Pitta, J., (2007). *Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline*. Estudos de Psicologia, 12, 1, 71-78.

Rangé, B (2001). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas*. São Paulo: Editoria Livro Pleno

Rangé, B. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais - Um Diálogo com a Psiquiatria*. São Paulo: Artmed.

Rangé, B. (2001). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Transtornos Psiquiátricos*. São Paulo: Editoria Livro Pleno

Rangé, B. & Silveiras, E. (2001). *Avaliação e formulação de casos clínicos adultos e infantis*. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 79-100.

Skinner, B. (1998). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.

Schneider, D. (2002). *Novas Perspectivas para a Psicologia Clínica – Um Estudo a partir da Obra “Saint Genet: Comédien et Martyr” de Jean-Sartre*. (tese de doutoramento. Pós graduação em psicologia clinica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo.

Simon, M. (1993). *Psicología de la salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

Weinman, J. (1990). *Health psychology in the 1990's*. Chichester: John Wiley

Anexos

Anexo I - Poster Apresentado no VI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e

Adolescente na Universidade Lusíada de Lisboa

Cláudia Graça, Joana Santos, Raquel Ferreira, Alexandra Valente, António Rebelo, José Góis Horácio, Túlia Cabrita e Tânia Gaspar

Universidade Lusíada de Lisboa

A presente comunicação tem por objectivo apresentar uma experiência de intervenção psicológica, no contexto de um estágio curricular do mestrado em psicologia clínica, que decorre no Gabinete de Apoio Psicológico e Promoção da Saúde (GAPPS) da Universidade Lusíada de Lisboa.

O GAPPS funciona como espaço de atendimento psicológico, prestando serviços clínicos à população académica e comunidade em geral, abrangendo todas as faixas etárias.

Atendendo aos seus objectivos, a prática clínica incide sobre uma avaliação qualitativa e quantitativa, prestada por meio de observação e aplicação de instrumentos psicológicos, e cuja orientação interventiva assenta por base no modelo Cognitivo-Comportamental, assumindo uma estreita relação entre cognição e comportamento.



Parte do estágio incide a sua prática num dos vários parceiros institucionais do GAPPS - o Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora das Dores (CCPNSD), dedicado à população idosa, e a uma das suas valências internas, a Casa de São Bento, cuja população é composta por crianças e adolescentes. Neste espaço, a prática assenta na aplicação de Programas de Competências Pessoais e Sociais em grupo, bem como a uma intervenção individualizada a crianças.

No geral, a experiência de estágio no GAPPS é extremamente rica e dinâmica, permitindo aos seus estagiários envolverem-se em vários projectos e vivenciarem uma oportunidade de conhecer a psicologia clínica nos seus diferentes ramos de acção.

Particularmente, este estágio tem-se revelado uma experiência única de aprendizagem, estimulando o nosso próprio processo de desenvolvimento enquanto seres humanos e enriquecendo todo o nosso percurso profissional, enquanto futuras psicólogas. Abaixo segue-se um esquema das actividades que foram desenvolvidas no estágio de acordo com os objectivos do mesmo.

Intervenção Clínica Individualizada

Avaliação Psicológica

Apoio e Aconselhamento Psicológico

Intervenção Clínica em Grupo

Promoção da Saúde

Aplicação de Programas de Promoção de Competências Pessoais e Sociais

Adolescentes e Idosos

Investigação

Levantamento e Tratamento de Dados em projectos em curso

Organização de Eventos Científicos

Anexo II - Caracterização Sociodemográfica Utilizado No Projecto de Investigação “

Factores Psicossociais e Profissionais Promotores de Qualidade de Vida no Processo de Reforma e Envelhecimento Activo”

GUIÃO DE ENTREVISTA
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Idade	_____	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
			União de Facto	<input type="text"/>
			Casado(a)	<input type="text"/>
Género	Feminino		Separado(a)	<input type="text"/>
	Masculino		Divorciado(a)	<input type="text"/>
			Viúvo(a)	<input type="text"/>

Tem filhos?

Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------

Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>		
Não completou o Ensino Básico	<input type="text"/>		
Ensino Básico	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ensino Secundário	10º Ano	<input type="text"/>	11º Ano	<input type="text"/>	12º Ano	<input type="text"/>
Licenciatura		<input type="text"/>				
Mestrado		<input type="text"/>				
Doutoramento		<input type="text"/>				

Situação profissional

Atividade profissional ativa	<input type="text"/>
Reformado(a)	<input type="text"/>
Reformado(a) com Atividade profissional ativa	<input type="text"/>

Se é reformado(a), com que idade se reformou? _____

Onde reside atualmente?

Casa própria	<input type="text"/>	Casa dos filhos	<input type="text"/>
Casa alugada	<input type="text"/>	Instituição	<input type="text"/>
Outra	<input type="text"/>	Qual?	_____

Tem alguma doença crónica ou condição de saúde que tenha impacto no seu dia-a-dia?

Não

Sim

Qual

Anexo III - Guião de Entrevista para Recolha de Anamnese utilizado no Caso I e II

Guião de Entrevista

Nome:

Idade:

Estado civil:

Ano de Escolaridade:

Agregado Familiar:

História Clínica:

1. Quando surgiu o aparecimento dos sintomas: _____

Quais as interferências dessas alterações ao nível de funcionamento (interpessoal; humor; hábitos; atenção; entre outros): _____

2. Quais as interferências dessas alterações nos diferentes meios (familiar; social; escolar): _____

3. Tratamentos: _____

Historia Passada:

1. História Evolutiva:

✓ Infância: _____

✓ Puberdade: _____

✓ Idade Adulta: _____

2. História Familiar (Relações Familiares: pais e irmãos)

3. Doenças crónicas na Família: _____

Antecedentes Pessoais:

1. Como se descreve (aspectos positivos e negativos) _____

2. Como descreve a sua infância: _____

3. Como descreve a Adolescência: _____

4. Como descreve a sua rotina: _____

5. Como descreve a escola: _____

6. Como descreve os seus tempos livres: _____

Observações: _____

Aparência: _____

Comportamento: _____

Atitude para com o entrevistador:

() cooperativo , () resistente, () indiferente

Atenção _____

Vigilância: _____

Concentração: _____

—

Memória _____

Pensamento _____

Linguagem _____

Afectividade _____

Humor _____

() normal; () exaltado; () baixa de humor; () quebra súbita da tonalidade do humor
durante a entrevista;

Anexo IV-Registo Diário de Pensamentos Automáticos Disfuncionais utilizado no Caso

I

Registro de Pensamentos Disfuncionais

Quando você perceber o seu humor alterando, pergunte a si mesmo "O que está passando pela minha cabeça agora?" e, assim que possível, anote o pensamento ou imagem mental na coluna Pensamento Automático.

www.cognitivocomportamental.com.br

Data/Hora	Situação	Pensamentos automáticos	Emoção	Conclusão	Resultado
	1. Que situação real, fluxo de pensamentos, devaneios ou recordações levaram a emoção desagradável?	1. Quais foram os pensamentos automáticos que passaram pela sua cabeça? 2. Quanto você acredita em cada um deles (0 a 100%)?	1. Que emoção(ões) você sentiu? (tristeza/ansiedade / raiva / etc...) 2. Qual a intensidade dessa emoção? (0 a 100%)	1. Quais são suas respostas racionais aos pensamentos automáticos? 2. Use as perguntas abaixo para compor uma resposta ao(s) pensamento(s) automático(s). 3. Quanto você acredita em cada resposta (0 a 100%)?	1. Quanto você acredita agora em cada pensamento automático (0 a 100%)? 2. Que emoção(ões) você sente agora? Qual a intensidade (0 - 100%)? 3. O que você fará (ou fez)?

www.cognitivocomportamental.com.br

Perguntas para ajudar a compor uma resposta alternativa: (1) Qual é a evidência de que o pensamento automático é verdadeiro? Falso? (2) Há uma explicação alternativa? (3) O que é o pior que poderia acontecer? Eu poderia superar isso? O que é o melhor que poderia acontecer? Qual é o resultado mais realista? (4) Qual é o efeito de eu acreditar no pensamento automático? Qual poderia ser o efeito de eu mudar o meu pensamento? (5) O que eu deveria fazer em relação a isso? (6) Se [nome do amigo] estivesse na situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria para ele? (7) Seu pensamento se enquadra em alguma distorção cognitiva? Qual?

Anexo V - Calendário Semanal de Actividades

Atividade Realizadas	
Segunda-Feira	Preparação das sessões para a semana vigente. 09:00/11:30 - Sessões de orientação de estágio 20:00h/22:00h- Aulas de supervisão de estágio
Terça-feira	16:00h/17:00- Atendimento no GAPPS 17:00h /18:00 - Atendimento no GAPPS
Quarta-feira	15:00h/16:00h- Promoção de competência junto aos adolescentes na Casa de São Bento 17:00h/17:40- Atendimento na Casa de São Bento 18:00h/18:40h- Atendimento na Casa de São Bento
Quinta-Feira	10:30h/13:30- Reunião de estagiárias para discussão dos casos
Sexta-feira	15:00h/16:30- Reunião de estagiárias para discussão dos casos
