



Universidades Lusíada

Silva, Sara Filipa Ferreira da, 1982-

Intervenção psicológica em contexto militar

<http://hdl.handle.net/11067/1805>

Metadados

Data de Publicação	2016-01-14
Resumo	O relatório apresentado é o resultado de nove meses de estágio académico no Centro de Psicologia Aplicada do Exército, para obtenção do grau de mestre em psicologia clínica. A população-alvo são, maioritariamente, as alunas do estabelecimento militar de ensino, Instituto de Odivelas. É apresentada a caracterização da instituição, de forma a enquadrar todo o trabalho realizado. O enquadramento teórico do trabalho é constituído pela revisão de literatura da temática psicologia clínica e função do p...
Palavras Chave	Psicologia do adolescente, Psicologia clínica - Prática profissional, Portugal. Exército. Centro de Psicologia Aplicada - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T08:21:43Z 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

Intervenção psicológica em contexto militar

Realizado por:

Sara Filipa Ferreira da Silva

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Mestre Renato Emanuel Pessoa 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 Alexandra Ferreira Valente

Relatório aprovado em:

8 de Janeiro de 2016

Lisboa

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

Intervenção psicológica em contexto militar

Sara Filipa Ferreira da Silva

Lisboa

Outubro 2015



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica em contexto militar

Sara Filipa Ferreira da Silva

Lisboa

Outubro 2015

Sara Filipa Ferreira da Silva

Intervenção psicológica em contexto militar

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 Túlia Rute Maia Cabrita

Orientador de estágio: Mestre Renato Emanuel Pessoa dos Santos

Lisboa

Outubro 2015

Ficha Técnica

Autora	Sara Filipa Ferreira da Silva
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador de estágio	Mestre Renato Emanuel Pessoa dos Santos
Título	Intervenção psicológica em contexto militar
Local	Lisboa
Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SILVA, Sara Filipa Ferreira da, 1982-

Intervenção psicológica em contexto militar / Sara Filipa Ferreira da Silva ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Renato Emanuel Pessoa dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

II - SANTOS, Renato Emanuel Pessoa dos, 1972-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Psicologia do adolescente
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Portugal. Exército. Centro de Psicologia Aplicada - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Adolescent psychology

2. Clinical psychology - Practice

3. Portugal. Exército. Centro de Psicologia Aplicada - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF724.S55 2015

Agradecimentos

Quero transmitir o meu profundo e sincero agradecimento,

À Professora Doutora Túlia Cabrita agradeço o seu total apoio e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas e sugestões pertinentes, a sua dedicação e profissionalismo.

À Professora Doutora Tânia Gaspar, por todo o seu esforço desenvolvido na coordenação do mestrado em psicologia clínica nesta universidade, mas também pelos seus ensinamentos ao longo do curso.

Ao Mestre Renato Santos, orientador do local de estágio pelo apoio prestado ao longo deste percurso, pela orientação e total disponibilidade.

A todos os meus Professores que me acompanharam ao longo do meu percurso académico pelos ensinamentos e conhecimentos transmitidos no decorrer do curso.

À minha família, agradeço a todos o carinho, a força e a confiança que em mim depositaram ao longo deste caminho.

Aos meus amigos, pelo apoio, pela compreensão e a força que me deram nos momentos mais difíceis.

Agradeço a todos aqueles que, ao longo do mestrado de psicologia clínica me ajudaram a conquistar mais uma etapa do meu percurso académico.

O meu profundo agradecimento a todos!

Resumo

O relatório apresentado é o resultado de nove meses de estágio académico no Centro de Psicologia Aplicada do Exército, para obtenção do grau de mestre em psicologia clínica. A população-alvo são, maioritariamente, as alunas do estabelecimento militar de ensino, Instituto de Odivelas. É apresentada a caracterização da instituição, de forma a enquadrar todo o trabalho realizado. O enquadramento teórico do trabalho é constituído pela revisão de literatura da temática psicologia clínica e função do psicólogo clínico, a adolescência e as principais problemáticas associadas, salientando ainda o modelo de base utilizado na intervenção, o modelo cognitivo-comportamental, bem como os objetivos de estágio propostos. O capítulo do método visa a descrição dos participantes, do procedimento e dos instrumentos de avaliação utilizados. É apresentada a descrição detalhada de dois casos clínicos, considerados os mais representativos dos acompanhamentos decorridos ao longo do estágio, indicando as provas psicológicas utilizadas na avaliação e a descrição de todo o processo terapêutico e resultados obtidos. Por fim, o relatório termina com uma conclusão e reflexão final de todo o trabalho realizado.

Palavras-chave: psicologia clínica, exército português, intervenção psicológica.

Abstract

The submitted report is the result of nine months of academic internship at Centro de Psicologia Aplicada do Exército in order to obtain a master's degree in clinical psychology. The target population are, mostly, students of the military education establishment, Instituto de Odivelas. A characterization of the institution is provided in order to frame all the work carried out. The theoretical framework consists in a literature review of the subjects of clinical psychology and role of the clinical psychologist, the adolescence and the major problems associated with it. It also emphasizes the base model used in the intervention, the cognitive-behavioral model as well as the proposed internship goals. The method chapter aims to describe the participants, the procedure and the assessment tools used. A detailed description of the two clinical cases most representative of the accompaniment carried out during the internship is presented, along with the description of the psychological tests used in the assessment, the description of the entire therapeutic process and the obtained results. Finally, the report ends with a conclusion and final reflection of all the work carried out.

Key-Word: clinical psychology, portuguese army, psychological intervention.

Índice

Introdução	10
Caraterização do local de estágio.....	14
Caraterização da população-alvo	20
Enquadramento Teórico	21
A psicologia clínica e o psicólogo clínico	21
A psicologia clínica em <i>setting</i> escolar	24
Ética e deontologia em psicologia clínica	26
Intervenção psicológica	27
Psicoterapia de apoio.....	28
Psicoterapia de apoio com adolescentes	30
Intervenção de base cognitivo-comportamental	32
Adolescência	36
Construção da identidade	39
O adolescente no seu ambiente.....	41
Os contextos educativos e o adolescente.....	42
Os contextos sociais e o adolescente	46
Principais problemáticas na adolescência	47
Perturbações emocionais	48
Manifestações depressivas	53
Manifestações de ansiedade.....	55
Dificuldades escolares e o insucesso escolar	61
Objetivos do estágio	64
Método	65
Participantes	65

Procedimento	66
Outras atividades desenvolvidas	67
Instrumentos	69
Avaliação Psicológica	70
Observação	71
Entrevista clínica	71
Modelo Mutiaxial de Achenbach	73
Entrevista Clínica Semiestruturada (SCICA)	74
Questionário de autoavaliação para jovens (YSR)	74
Questionário de comportamentos da criança (CBCL)	75
Questionário de comportamentos da criança (TRF)	76
Inventário de Depressão para Crianças (CDI)	76
Matrizes Progressivas de Raven (MPR)	77
Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS-R)	78
Estudo de casos	80
Caso clínico A – Ângela	80
Apresentação do caso	80
Motivo da consulta	80
Observação clínica	81
História clínica e pessoal	81
História familiar	83
Avaliação psicológica	84
Hipótese diagnóstica	86
Objetivos terapêuticos	86
Plano terapêutico	86

Síntese do acompanhamento	88
Primeira a terceira sessão	89
Quarta a oitava sessão	90
Nona a décima segunda sessão	91
Discussão do caso	93
Caso clínico B – Bárbara	99
Apresentação do caso	99
Motivo da consulta	99
Observação clínica	100
História clínica e pessoal	100
História familiar	102
Avaliação psicológica	103
Hipótese diagnóstica	105
Objetivos terapêuticos	105
Plano terapêutico	106
Síntese do acompanhamento	107
Primeira a terceira sessão	108
Quarta a sétima sessão	110
Oitava a décima sessão	112
Discussão do caso	114
Análise comparativa dos casos.....	118
Conclusão	121
Reflexão final	123
Referências bibliográficas	125
Anexos	140

Lista de tabelas

Tabela 1- Casos clínicos sujeitos a intervenção.....	65
--	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CPAE – Centro de Psicologia Aplicada do Exército

IO – Instituto de Odivelas

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

TCC – Terapia cognitiva-comportamental

SCICA – *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents*

CBCL – *Child Behavior Checklist*

YSR – *Youth Self Report*

TRF – *Teacher's Report Form*

CDI – *Children's Depression Inventory*

MPR – Matrizes Progressivas de Raven

CMAS-R – Revised Children's Manifest Anxiety Scale

Lista de anexos

Anexo A- Organograma do CPAE

Anexo B- Organograma do IO

Anexo C- Certificado de participação no IX Congresso Iberoamericano de Psicologia e 2º Congresso da OPP

Anexo D- Certificado de apresentação de poster no IX Congresso Iberoamericano de Psicologia e 2º Congresso da OPP

Anexo E- Certificado do curso - *Individual crisis intervention and peer support*

Anexo F- Certificado do curso - Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa

Anexo G- Certificado de participação no VI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente

Anexo H- Formação de gestão da ansiedade

Anexo I – Entrevista Clínica Semiestruturada (SCICA)

Anexo J – Questionário de autoavaliação para jovens (YSR)

Anexo K – Questionário de comportamentos da criança (CBCL)

Anexo L – Questionário de comportamentos da criança (TRF)

Anexo M – Inventário de Depressão para Crianças (CDI)

Anexo N – Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS-R)

Introdução

O presente relatório diz respeito ao estágio a realizar inserido no âmbito do segundo ano de mestrado em psicologia clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa, com vista à obtenção do grau de mestre em psicologia clínica.

Com este relatório pretende-se dar a conhecer a instituição onde o estágio foi realizado, a atuação do psicólogo e as suas competências, assim como o trabalho no âmbito da prática da psicologia. A parte geral do estágio decorreu no Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE), sendo que o estágio específico na área da psicologia clínica foi desenvolvido no Instituto de Odivelas (IO) com supervisão semanal, num âmbito que se pretendeu ser de prática, nomeadamente, na prestação de apoio, avaliação e acompanhamento psicológico às alunas do IO que revelaram essa necessidade.

Os objetivos gerais do estágio tiveram como pressuposto base adquirir, aprofundar e consolidar conhecimentos sobre o modo de atuação e de funcionamento do psicólogo nos mais diversos casos com que se depara na sua prática clínica através da avaliação e apoio psicológico, bem como participar de forma ativa nos projetos que o CPAE desenvolve. Por intermédio do Gabinete de Orientação Escolar e Apoio Psicopedagógico do CPAE foi possível estar em contacto com toda a comunidade educativa e com as adolescentes que frequentam o IO. Assim sendo, intervir psicologicamente com esta população requer uma análise e compreensão dos aspetos biopsicossociais do período da adolescência, sendo esta fase da vida caracterizada por grandes oscilações e mudanças.

A adolescência é por norma, um período significativo e conturbado para os jovens, onde surgem alterações corporais e de pensamento, sendo que o processo de identificação e construção da identidade marcam esta fase do desenvolvimento humano. É o despoletar de novas descobertas, sensações, dúvidas, incertezas e angústias. Um misto de novos sentimentos e emoções vão surgindo e integrando o desenvolvimento saudável do ser

humano, que podem por outro lado, ser vivenciados com sofrimento implicando por vezes desorganização e desequilíbrio emocional (Sprinthall & Collins, 2008).

Nesta nova fase de vida, o adolescente vai tentar adaptar-se, compreender-se e lidar com essas transformações, assente num conjunto de experiências novas, de sentimentos e emoções que colocam em evidência a sua capacidade para se adaptar a novos desafios. O grupo de pares representa um papel essencial onde o adolescente irá procurar novas figuras de identificação. O processo de socialização e de procura da própria identidade permitem o desenvolvimento da sua personalidade, vivenciando momentos de tristeza, ansiedade e medo, mas ao mesmo tempo, momentos de alegria e satisfação com os seus pares (Dykas & Cassidy, 2008).

No processo de construção da sua identidade, os adolescentes poderão experienciar sentimentos ambivalentes e desenvolver comportamentos desadequados e de risco, evidenciando sintomas de ansiedade e depressão. Por vezes, o adolescente não desenvolve os seus recursos internos de forma eficaz para conseguir ultrapassar os acontecimentos negativos com que se depara na vida diária (Arnett, 2010).

Neste contexto, o psicólogo clínico em contexto escolar intervém no âmbito da saúde mental e problemas de comportamento e desequilíbrios emocionais, de modo a facilitar o processo de autoconhecimento do indivíduo para que este consiga restabelecer os níveis de equilíbrio e bem-estar emocional. Assim sendo, o psicólogo clínico em contexto escolar procura intervir ao nível das dificuldades e perturbações do adolescente, bem como, ao nível dos respetivos agentes intervenientes na comunidade escolar, nomeadamente, a família, os professores e auxiliares educativos (Almeida, 2003).

A avaliação psicológica, ou seja, a entrevista e recolha de dados para a construção da história clínica, a observação e os resultados das provas psicológicas, são determinantes pois permitem a possibilidade de compreender o funcionamento da pessoa,

as suas razões, motivações e interesses. É através da compreensão aprofundada do funcionamento global do indivíduo que é possível estabelecer um plano terapêutico e dar início à intervenção psicológica (Bénony & Chahraoui, 2002).

A intervenção psicológica assume um papel fundamental facilitando ao adolescente o autoconhecimento de si, bem como da realidade que o rodeia, minimizando as angústias, fortalecendo a autoestima, auxiliando o adolescente a lidar com os momentos de ansiedade e de insucesso escolar, ajudando-o a crescer saudavelmente e a ultrapassar os obstáculos com que se depara no seu quotidiano. A intervenção psicológica será mais eficiente se existir um clima de confiança entre o psicólogo e o cliente, evoluindo para uma relação terapêutica, no sentido de facilitar a mudança pessoal e o ajustamento do equilíbrio e bem-estar cognitivo, afetivo-emocional e social do indivíduo (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

No Instituto de Odivelas, a psicologia clínica em contexto escolar é pertinente no auxílio de questões individuais, as alunas apresentam, maioritariamente, dificuldades escolares, associadas a perturbações de nível afetivo, nomeadamente problemáticas relacionadas com sintomas depressivos ou de ansiedade que tendem a prejudicar o seu desempenho escolar. São encaminhadas para o psicólogo pelos professores, pais ou por opção própria (Instituto de Odivelas [IO], 2014a).

O psicólogo clínico do instituto desempenha um conjunto de atividades destacando-se a intervenção a nível psicológico de modo a contribuir para o desenvolvimento integral da aluna e para a construção da sua identidade, mas também a implementação de programas informativos sobre o aconselhamento escolar e vocacional a nível individual e em grupo (IO, 2014a).

Pelo facto do instituto funcionar em regime educativo de internato e externato existe um conjunto de fatores positivos como a partilha de amizades, a camaradagem, a

independência familiar, o desenvolvimento da maturidade, assim como, o rigor e disciplina que o Instituto exige. Surgem contudo, alguns fatores negativos, como situações relacionadas com a convivência em grupo que despoletam conflitos entre as alunas, bem como, o distanciamento familiar que poderá causar sofrimento e desequilíbrios a nível emocional (Heslop & Abbott, 2009).

Relativamente aos objetivos específicos do estágio, estes centram-se na avaliação e no acompanhamento psicológico a adolescentes do instituto, no sentido de perceber e compreender quais as necessidades ou as dificuldades que põem em causa o pleno funcionamento cognitivo e emocional das alunas encaminhadas, agindo por forma a minimizar o sofrimento, fornecendo-lhes as competências necessárias para o seu bem-estar psicológico.

Caraterização do local de estágio

O Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE) tem como zona de ação todo o território nacional ou internacional, sempre que a sua intervenção seja necessária e que para tal haja autorização superior. O CPAE surgiu em 1993 como sucessor do Centro de Estudos Psicotécnicos do Exército (CEPE) criado em 1960. No seguimento desta reorganização é pela primeira vez fornecida uma missão e objetivos específicos a esta nova instituição. A partir desta nova estrutura, o CPAE tem vindo a desenvolver novas atividades e investigações, dando ênfase à psicologia e sociologia militar, tendo como público-alvo o Exército Português (Centro de Psicologia Aplicada do Exército [CPAE], 2014).

Este centro desenvolve múltiplas atividades e estudos que muito têm contribuído para o desenvolvimento da psicologia e da sociologia militar, bem como para o prestígio do Exército Português. Assim sendo, para além da seleção, muitas áreas da psicologia e da sociologia surgem hoje ligadas a fatores humanos, fatores ambientais, liderança, psicologia clínica e psicologia das organizações (CPAE, 2014).

O CPAE é constituído por três gabinetes, nomeadamente o Gabinete de Estudos e Formação, o Gabinete de Seleção e o Gabinete de Orientação e Apoio Psicopedagógico e também, pelo Núcleo de Apoio Psicológico e Intervenção na Crise (Anexo A – Organograma do CPAE).

Relativamente ao Gabinete de Estudos e Formação, este tem como principais funções, a realização de estudos e investigações na área da psicologia e sociologia, o planeamento e coordenação de cursos e estágios realizados sobre a alçada do CPAE, a redação e publicação da Revista de Psicologia Militar assim como, do Boletim de Sociologia Militar e outras publicações pertinentes, a elaboração dos anuários do centro, a elaboração de diagnósticos das necessidades existentes ao nível da formação de cursos

de curta duração e pós-graduações, tendo em conta as necessidades de formação dos militares e civis em funções no centro, a revisão, atualização e proposta de alterações aos protocolos em vigor entre o CPAE e outras instituições e, a atualização dos referenciais de curso relativos aos cursos ministrados no CPAE (CPAE, 2014).

No que diz respeito ao Gabinete de Seleção, este encontra-se maioritariamente ligado a questões relacionadas não só com a psicologia militar mas também com a psicologia organizacional, apresentando uma grande incidência de funções relacionadas com a seleção de pessoal. Neste âmbito, algumas das atividades realizadas por este gabinete foram averbamentos de cartas de condução a condutores, a instrutores de condução, a bombeiros sapadores, seleção para cursos de formação de oficiais e cursos de formação de sargentos em regime de voluntariado e de contrato, seleção de oficiais e sargentos do quadro permanente, e seleções para concursos civis (CPAE, 2014).

É ainda relevante focar a importância deste gabinete, uma vez que, processos como a seleção e a classificação, têm como principal objetivo colocar a pessoa certa no lugar certo, sendo que passou a fazer parte do meio militar, constituindo assim, uma preocupação constante dos psicólogos militares. Pois, para além das adversidades que possam ocorrer em situações de paz, o militar precisa de estar preparado para enfrentar conjunturas difíceis, em que a violência máxima põe a vida humana em risco, criando-lhe as suas maiores responsabilidades.

O CPAE dispõe igualmente, do Núcleo de Acompanhamento Psicológico e Intervenção na Crise, que é responsável pelo desenvolvimento de determinadas funções como a intervenção na crise em incidentes críticos e o apoio psicológico a militares, funcionários civis e respetivos familiares, a intervenção e acompanhamento psicológico a militares na frequência de cursos, a realização de formações, a elaboração de estudos e investigação e a intervenção e o acompanhamento psicológico às Forças Nacionais

Destacadas nas diferentes fases inerentes a uma missão, como o pré-deslocamento, o deslocamento e o pós-deslocamento (CPAE, 2014).

Relativamente ao Gabinete de Orientação e Apoio Psicopedagógico, este apresenta como principais funções não só a aplicação das provas psicológicas para admissão aos estabelecimentos militares de ensino (Colégio Militar, Instituto de Odivelas e Instituto dos Pupilos do Exército), como também, a orientação escolar realizada no CPAE, em Évora, no Porto, em Tancos, no Colégio Militar e Instituto de Odivelas, através da aplicação de baterias de provas de orientação escolar aos alunos que se encontram no 9º ano de escolaridade e no secundário. Este processo de orientação escolar é finalizado através de uma entrevista com o aluno e com o respetivo encarregado de educação, sendo que por fim, será efetuado um relatório. Faz parte deste gabinete também, a elaboração e desenvolvimento de estudos de investigação, assim como, as formações ministradas a alunos nas áreas da aprendizagem de métodos de estudos e gestão da ansiedade. O Gabinete de Orientação e Apoio Psicopedagógico é ainda responsável por dar apoio quando necessário, aos estabelecimentos militares de ensino, como é o caso do Instituto de Odivelas (CPAE, 2014).

Neste sentido, a parte clínica deste estágio foi maioritariamente realizada no Instituto de Odivelas assim como, todos os casos clínicos apresentados no presente relatório foram exclusivamente realizados neste instituto.

O Instituto de Odivelas (IO) é um estabelecimento de ensino que depende do Estado-Maior do Exército e tem como objetivo a educação de filhas de militares das Forças Armadas, de elementos da Guarda Nacional Republicana ou da Polícia de Segurança Pública e de civis (Anexo B – Organograma do IO; IO, 2014a).

Este instituto também integra nos seus cursos alunas oriundas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ao abrigo de acordos de cooperação

internacionais, ministrando formação humanística e técnica de forma a facultar às alunas os conhecimentos e a cultura indispensáveis à frequência do ensino universitário. O Instituto de Odivelas tem como principal missão promover a educação moral e cívica visando desenvolver nas alunas o sentido do dever e da honra e os atributos de carácter, especialmente a integridade moral, o espírito de disciplina e a noção de responsabilidade (IO, 2014a).

O Instituto de Odivelas funciona em regime de internato e em regime de externato. É considerado regime de internato, para as alunas que permanecem semanalmente no Instituto, sendo permitido as suas saídas às quartas-feiras, às sextas-feiras e vésperas de feriados, por um período coincidente com o fim-de-semana ou o feriado que lhe segue. O regime de externato dá acesso à frequência diária no instituto desde as sete horas e quarenta e cinco minutos até às dezanove horas. Usam o vestuário de acordo com o regulamento de uniformes e todas as alunas têm um número de identificação próprio (Instituto de Odivelas [IO], 2014b).

Uma vez que o Instituto de Odivelas vai ser extinto no final do ano letivo 2014/2015, atualmente apenas existem 38 alunas do 9ºano de escolaridade e 30 alunas do 12º ano dos Cursos Científico-Humanísticos (Ciências e Tecnologias, Ciências Socioeconómicas, Línguas e Humanidades e Artes Visuais) seguindo as competências e os conteúdos programáticos e metodológicos definidos pelo Ministério da Educação (IO, 2014).

O instituto oferece um conjunto de disciplinas extracurriculares (higiene, puericultura, educação moral e religiosa católica, inglês prático, informática); atividades desportivas (ginástica, natação, basquetebol, futsal, voleibol, equitação, esgrima) e artísticas (piano, órgão, viola, flauta, coro e teatro). A instrução de ordem unida é

obrigatória para todas as alunas desde o início do ano letivo até ao dia das comemorações do aniversário do instituto (IO, 2014a).

De acordo com o regulamento interno desta instituição, faz parte dos direitos das alunas do Instituto de Odivelas beneficiar dos apoios específicos existentes e relevantes para as suas necessidades escolares através dos serviços do gabinete de psicologia (IO, 2014a).

O gabinete de psicologia tem como principal função, ao nível do acompanhamento psicológico, não só a resolução das problemáticas expressas nos diferentes pedidos de acompanhamento mas também, um carácter preventivo através da tentativa de desenvolvimento e promoção de capacidades e competências no aluno que lhe permitam resolver e lidar futuramente com as problemáticas expressas durante as sessões (Centro de Psicologia Aplicada [CPAE], 2002). O acompanhamento é assegurado mediante a realização de um pedido prévio de acompanhamento sendo obrigatoriamente assinado pelo encarregado de educação e pela diretora de turma. Depois de rececionado o pedido será marcado a primeira sessão com a aluna em questão. O acompanhamento psicológico tem um carácter, por norma, semanal sendo que as marcações das consultas ficam ao critério do psicólogo, devendo no entanto existir cuidado e responsabilidade na marcação das consultas uma vez que estas decorrem durante o período de aulas das alunas e, como tal, as marcações não devem ser feitas sempre para as mesmas horas para que a aluna não falte sempre à mesma disciplina.

De acordo com o modelo de apoio psicológico defendido pelo CPAE em 2002, e tendo como base de trabalho uma relação de empatia, confidencialidade e partilha entre psicólogo e aluna, o apoio e o acompanhamento psicológico concedido às alunas tem como objetivo primordial a promoção de uma maior autonomia, melhor integração, sucesso escolar e melhores competências sócio emocionais com o intuito que estas alunas

tenham uma melhor qualidade de vida, não só no Instituto de Odivelas como também, na sua vida quotidiana.

No sentido de facilitar um melhor desempenho escolar procura-se enfatizar a promoção de competências de estudo, diminuição da ansiedade perante os testes e exames, reflexão com a aluna sobre o seu autoconhecimento, e num contexto de relação de confiança, elaborar estratégias ou alternativas mais produtivas e adequadas para que a aluna possa superar os obstáculos que perceciona, proporcionando-lhe uma maior motivação, valorização e satisfação com o seu desempenho (CPAE, 2002).

Ao nível das principais problemáticas expressas nos pedidos que chegam ao gabinete de psicologia e, tendo em conta que este é um estabelecimento militar de ensino, prendem-se essencialmente com dificuldades de adaptação/integração, definição das opções académicas, dificuldades sociais ao nível das relações interpessoais ou problemas emocionais, como a gestão dos sentimentos, emoções ou impulsos, situações geradoras de tensão, causas essas que poderão suscitar o insucesso escolar e interferir na qualidade de vida das alunas (CPAE, 2002).

Deste modo, torna-se assim necessária a intervenção do psicólogo a fim de perceber e compreender o motivo da necessidade de apoio, procedendo-se a uma avaliação e posteriormente uma intervenção junto das jovens adolescentes que revelam instabilidade do foro psicológico. No exercício da sua função, o papel do psicólogo no Instituto de Odivelas deverá ter em consideração as necessidades das alunas, a sua estabilidade psicológica, e simultaneamente deverá também compatibilizar a sua conduta de acordo com a instituição em causa, os seus valores, cultura e organização (CPAE, 2002).

Caraterização da população-alvo

A população-alvo abarca todo o público que solicita os serviços do CPAE, quer sejam militares ou civis. No entanto, esta prende-se essencialmente, com a população que recorre aos serviços da psicologia clínica que neste caso, são maioritariamente as 68 alunas que frequentam o Instituto de Odivelas, com idades compreendidas entre os catorze e os dezanove anos, bem como, os militares e funcionários civis deste instituto.

O instituto funciona em regime de internato e externato sendo que as alunas têm um número de identificação próprio e o fardamento é igual para todas. O facto de funcionar em regime interno leva conseqüentemente a um afastamento da família, podendo suscitar desequilíbrios emocionais e neste caso, prejudicar o desenvolvimento e bem-estar psicológico das alunas.

As principais problemáticas identificadas são ao nível afetivo emocional com sintomatologia diversa, ao nível das relações interpessoais e dificuldades académicas. Desta forma, o acompanhamento psicológico torna-se essencial para promover uma maior autonomia e sucesso escolar, bem como, a promoção de competências sócio emocionais com o objetivo de proporcionar um maior equilíbrio psicológico.

Enquadramento Teórico

A psicologia clínica e o psicólogo clínico

A psicologia clínica tem uma vasta história sendo que existem registos desde finais do século XIX, período em que Lightner Witmer apresentou pela primeira vez a expressão de psicologia clínica, dando vários contributos para os campos da psicologia e da educação, tendo focado o seu trabalho mais concretamente em crianças, acabando por fundar o primeiro laboratório de psicologia clínica nos Estados Unidos da América (Thomas, 2009).

Contudo, foi nos anos 50 do século XX, pós segunda Guerra Mundial, que a psicologia clínica se desenvolveu e alcançou uma maior reputação nos Estados Unidos da América e na Europa, principalmente pela necessidade de tratar dos soldados e outras vítimas da guerra que sofriam de perturbações mentais (Ribeiro & Leal, 1996).

Em 1947, Shakow, presidente do comité em psicologia clínica da *American Psychological Association*, caracteriza a área de psicologia clínica como sendo a área de conhecimento e de competências que se propõe a ajudar pessoas com desequilíbrios comportamentais ou perturbações mentais, a alcançar formas mais satisfatórias de ajustamento pessoal. A psicologia clínica surgiu, assim, como alternativa ao modelo médico da altura, com o objetivo de procurar e explorar explicações para os comportamentos de certos indivíduos que até aquele momento eram desconhecidas (Thomas, 2009).

A psicologia clínica tem como intuito estudar as perturbações psicológicas como por exemplo, a depressão e a ansiedade bem como, as suas manifestações psíquicas, através da avaliação e diagnóstico, assim como a prevenção e o tratamento com o uso de psicoterapias ou de aconselhamento para a diminuição do sofrimento psicológico. Compreende uma população de todas as faixas etárias com o único objetivo de melhorar

a condição em que a pessoa se encontra, minimizando o sofrimento psicológico e contribuindo para uma reestruturação biopsicossocial proporcionando um equilíbrio emocional (Ribeiro & Leal, 1996).

Assim sendo, a psicologia clínica engloba o estudo, a avaliação, o diagnóstico, o apoio e o tratamento do sofrimento psicológico do indivíduo, sendo que, os psicólogos clínicos atendem a três tipos de prevenção, a primária, que corresponde à divulgação de informação para a população de que o mal-estar psicológico é algo que pode ser reduzido, a prevenção secundária que passa pelo diagnóstico precoce e um tratamento efetivo e a prevenção terciária que corresponde ao processo de reabilitação do sujeito. Estes três tipos de prevenção vão no sentido de contribuir para uma diminuição do sofrimento e do desequilíbrio emocional dos indivíduos (Bénony & Chahraoui, 2002).

O psicólogo deve ter em conta o funcionamento biopsicossocial do paciente, ou seja, a nível afetivo, cognitivo, comportamental, social, familiar e o seu suporte social, pois nem todos os pacientes sentem o mesmo tipo de sofrimento. O psicólogo clínico deve ver cada indivíduo como um ser único e portanto, diferente de todos os outros, pois o ser humano é um aglomerado de experiências de vida, sendo que a maneira como as sente e interpreta vai moldando o indivíduo de maneira única, tornando-o, assim, singular e diferente dos outros. O psicólogo deve então desenvolver estratégias para conseguir responder às necessidades de cada paciente, adaptando-se às problemáticas exclusivas de cada ser humano de modo a conseguir proporcionar-lhes um maior bem-estar (Leal, Pimenta & Marques, 2012).

O psicólogo clínico deve aplicar os conhecimentos e métodos de vários campos práticos da psicologia, mais especificamente da psicologia clínica pretendendo a promoção e a manutenção da saúde física e mental do paciente, assim como a prevenção, avaliação e tratamento de problemas mentais e ou físicos, nas quais as influências

psicológicas podem contribuir para um alívio e diminuição do mal-estar do paciente (Brito, 2008).

A qualidade da aliança estabelecida entre terapeuta e o paciente, assim como, a qualidade da relação terapêutica são fundamentais para que exista progresso terapêutico e estão intimamente ligadas com os resultados obtidos na psicoterapia. A relação terapêutica está associada às qualidades do paciente, do terapeuta e à interação entre ambos, a aliança terapêutica é definida como o elo de ligação afetivo e de colaboração entre o psicólogo e o paciente, constituindo-se como uma parte fundamental de qualquer processo psicoterapêutico (Zandberg, Skriner & Chu, 2015).

A relação terapêutica remete-nos para o conceito de aliança terapêutica, sendo esta definida como uma forma particular de colaboração ativa entre o terapeuta e o paciente, assentando num contrato em que as responsabilidades e os papéis, quer do terapeuta, quer do paciente, se encontram bem definidos. Este elo significativo que une terapeuta e paciente pressupõe que se estabeleça entre eles uma relação de confiança construindo um vínculo que serve de suporte à comunicação entre ambos (Leal, 2005).

A relação terapêutica pode ser entendida como um vínculo que facilita a mudança psicológica onde, através da empatia, da congruência, da presença genuína e da aceitação incondicional, os pacientes se sentem seguros para poderem falar de si mesmos. A aceitação positiva incondicional refere-se à capacidade de aceitar o outro tal como ele é, sem que este seja sujeito a juízos de valor, assim, a pessoa pode identificar e construir as suas experiências, tal como as pensa, não abdicando das suas convicções, e sem ter de se preocupar em ser aceite pelo terapeuta (Zandberg et al., 2015).

As atitudes do psicólogo são cruciais para a construção da aliança terapêutica e posteriormente da relação terapêutica, desta forma, o terapeuta deve ser recetivo aos problemas e objetivos do paciente, mostrar compreensão e aceitação, acreditar e

demonstrar que o paciente possui capacidades para ultrapassar os obstáculos, considerar o trabalho terapêutico como uma tarefa conjunta entre psicólogo e paciente, fazer notar as experiências positivas da relação terapêutica, apoiar o indivíduo na utilização de estratégias que se tornaram proveitosas, tendo como objetivo primordial ajudar o paciente a alcançar a mudança, cabendo a este mesmo decidir quando e como mudar (Leal, 2005).

Sendo o estágio realizado num estabelecimento militar de ensino, torna-se pertinente fazer uma breve contextualização da psicologia clínica no *setting* escolar.

A psicologia clínica em *setting* escolar

A psicologia clínica revela-se um recurso importante nos estabelecimentos de ensino, pois tem o objetivo de contribuir para a estabilidade emocional dos alunos e simultaneamente para o bem-estar e qualidade de vida dos mesmos (Seiffge-Krenke & Beyers, 2005).

Leal (2008) salienta o papel dos psicólogos clínicos em contexto educacional como relevante, não desconsiderando o psicólogo educacional. O psicólogo clínico executa múltiplas atividades, em que a entrevista clínica e a psicoterapia de apoio assumem um papel fundamental.

De acordo com Andrade (2010), a grande percentagem de casos clínicos que surgem no contexto educativo prendem-se com perturbações afetivo-emocionais, sendo que ao longo dos tempos o corpo docente tem vindo a expressar a necessidade da intervenção da psicologia clínica nos institutos de ensino.

Tendo em conta a necessidade da interligação entre a psicologia clínica e a comunidade educativa, o psicólogo deverá ter um papel bastante ativo em conjunto com o corpo docente e perante a perceção do problema deverá redefinir estratégias e enquadrá-las no sistema educativo (Sampaio, 1998). Os professores devem possuir competências específicas para lidar eficazmente com os alunos que apresentam dificuldades de

aprendizagem devendo para tal, trabalhar em parceria com profissionais de saúde mental (Sampaio, 2011).

Segundo Almeida (2003), o psicólogo clínico procura compreender a pessoa e quando é necessário procede ao psicodiagnóstico recorrendo para tal à avaliação psicológica. A partir das informações, da compreensão e da análise clínica do indivíduo realiza o acompanhamento psicológico individual ou em grupo. O psicólogo deve atuar e intervir em toda a comunidade educativa e também na família, para que esta se desenvolva de forma equilibrada e num ambiente o mais saudável possível.

O meio escolar contribui para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes pois é um espaço de socialização que permite a regulação dos conflitos educativos, pessoais e familiares (Clerget, 2001).

Um estabelecimento de ensino não deve ser apenas um meio de formação e transmissão de conhecimentos, mas também deve ser concebido com o intuito de contribuir para o equilíbrio afetivo das crianças e adolescentes e conseqüentemente para a formação da sua personalidade (Berge, 1990). Contribuindo desta forma para que estes se tornem pessoas com capacidade construtiva do seu próprio pensamento, com autonomia e independência (Fonseca, 1999).

Sendo esta fase do ciclo de vida caracterizada por diversas transformações biopsicossociais, o apoio psicológico constitui um recurso importante nos estabelecimentos de ensino, fomentando o bem-estar dos alunos e facilitando o desenvolvimento dos mesmos (Seiffge-Krenke & Beyers, 2005). Assim, o acompanhamento psicológico é fundamental para o desenvolvimento do indivíduo, pois a intervenção possibilita uma mudança, ao nível da resolução dos problemas intrapsíquicos e uma melhoria na qualidade de vida (Andrade, 2000).

Ética e deontologia em psicologia

A prática profissional do psicólogo deve reger-se pela prática de princípios éticos e deontológicos da psicologia, para que a profissão seja regulada por padrões de excelência e obediência a regras, tornando-se necessário um processo de aprendizagem de competências relativas à respetiva área de atuação. A ética desempenha um papel fundamental no campo profissional, sendo que para alcançar o sucesso em qualquer profissão, é imprescindível fazê-lo segundo os princípios éticos e códigos de conduta (Ricou, 2011).

É importante referir que o psicólogo clínico deve ter sempre em consideração a ética enquanto princípio moral bem como, a deontologia enquanto conjunto de regras e deveres profissionais. O profissional fica assim obrigado a respeitar de forma análoga todas as pessoas que sejam objeto da sua intervenção, independentemente do seu género, idade, raça, tipo de perturbação ou outra qualquer característica tida em consideração (Pedinnielli, 1999).

Em saúde mental, os princípios éticos e as normas deontológicas sofrem as adaptações necessárias, pois existem questões específicas como a confidencialidade do diagnóstico e do prognóstico, a capacidade ou incapacidade do paciente, as escolhas terapêuticas e a partilha de toda esta informação, levantando questões éticas muito próprias (Osswald, 2009).

Assim, torna-se fundamental a existência de um código deontológico, e para tal foi publicado em Diário da República, o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses em 20 de abril de 2011, sendo fundamental que todos os psicólogos exerçam a sua função seguindo as linhas orientadoras deste código. É constituído pelos princípios gerais que fornecem as linhas orientadoras para a intervenção psicológica tendo em conta a teoria e a prática, e os princípios específicos que fazem alusão aos contextos de atuação

e áreas dos psicólogos bem como, os dilemas éticos com que se podem deparar, sendo que a promoção da qualidade de vida e a proteção dos pacientes permanecem em primeiro plano. Os princípios gerais são o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, a competência, a responsabilidade, a integridade e a beneficência e não-maleficência. Os princípios específicos são o consentimento informado, a privacidade e confidencialidade, as relações profissionais, a avaliação psicológica, a prática e intervenção psicológicas, o ensino, formação e supervisão psicológicas, a investigação e as declarações públicas (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2011).

O procedimento de um psicólogo deve ser sempre enquadrado em princípios éticos transparentes no que diz respeito aos objetivos e compromissos em contexto clínico, quer em observação, avaliação ou acompanhamento psicológico, garantindo sempre a dignidade e a proteção do ser humano (Bloch, 1999).

Intervenção psicológica

A intervenção psicológica apresenta um papel importante na fase da adolescência pois permitirá ao adolescente um melhor conhecimento de si próprio, bem como do mundo que o rodeia, diminuindo os seus receios e as angústias. Por outro lado, irá permitir fortalecer a sua autoestima, ajudando-o a lidar com situações de ansiedade ou de insucesso escolar, auxiliando-o desta forma, a ter um crescimento saudável, ultrapassando com maior facilidade os obstáculos com que se depara no seu dia-a-dia. A intervenção terapêutica tenderá a ser mais satisfatória e eficiente, caso o adolescente sinta que existe um ambiente de confiança e onde se sinta seguro e confortável para conseguir partilhar os seus problemas e fragilidades, evoluindo neste sentido, para uma relação terapêutica empática entre adolescente e psicólogo, promovendo assim, a mudança pessoal e a estabilidade emocional, cognitiva e social do adolescente (Leal et al., 2012).

Psicoterapia de apoio

A psicoterapia de apoio tem um percurso algo conturbado com diversos significados para diferentes psicólogos ao longo dos anos, sendo que, apesar de ser uma das formas de abordagem terapêutica mais comuns em pacientes em fases agudas e em pacientes com psicopatologias crônicas que manifestem problemas de ego persistentes, a sua definição e estrutura teórica continua a ser alvo de debate entre psicoterapeutas (Markowitz, Manber & Rosen, 2008).

Contudo, no dia-a-dia da prática clínica as pré-concepções teóricas tendem a esbater-se pela complexidade do problema, levando a que por vezes, a abordagem terapêutica seja uma mescla de técnicas e conceitos teóricos que podem até apresentar objetivos bem diferentes, sendo que assim, na mesma sessão podemos ter uma mistura de abordagens psicodinâmicas, baseadas no *insight* ou intervenções de apoio. Assim sendo, a psicoterapia de apoio tem como princípio de ação centrar-se sobre os sintomas presentes ou manifestados, e aliviá-los, bem como promover uma mudança de comportamentos através de mecanismos adaptativos (Conte, 1994).

Sendo esse princípio de ação atingido pelo mecanismo natural e presente em todos os seres humanos, de criarem ligação empática noutra ser humano, assim fazendo uso das vertentes positivas de cada uma das múltiplas correntes teóricas sobre o que é e o que compõe a psicoterapia de apoio e também das suas componentes essenciais, tais como, simpatizar, normalizar, não produzir juízos e saber mobilizar a esperança (Markowitz et al., 2008).

O psicoterapeuta não deve subestimar as potencialidades do paciente, da relação terapêutica, nem manter uma relação de dependência pois induzirá o indivíduo a desequilíbrios que podem originar retrocessos no processo terapêutico, para que tal não

aconteça deverá assumir uma postura ativa, respondendo a perguntas, dando sugestões e educando o paciente (Cordioli, 2008).

Cabe assim ao psicoterapeuta, através destas ferramentas ver para além do óbvio no paciente e procurar sentimentos menos agradáveis, suscitados por situações traumáticas ou de perda associadas com culpa, que estejam a gerar sentimentos de desadaptação social e que por sua vez, causem dor ou sofrimento ao paciente, promovendo através da relação empática o seu autoconhecimento, no sentido de uma posterior mudança (Markowitz et al., 2008).

Na psicoterapia de apoio utilizam-se diferentes formas de intervenção nomeadamente, a psicoeducação, a sugestão, a clarificação, o aconselhamento, técnicas de autocontrolo e de resolução de problemas, treino de competências, para além de técnicas cognitivas e comportamentais, como é o caso da exposição gradual, os reforços, a mudança de pensamentos e o estabelecimento de limites (Cordioli, 2008; Picardi & Gaetano, 2014).

Neste tipo de psicoterapia raramente é interpretada a transferência, exceto em casos onde ocorre resistências ou outro tipo de dificuldades para a evolução terapêutica e não se utiliza a associação livre, pois esta forma de psicoterapia tem como base uma terapia focada nos problemas, nas descrições do indivíduo e na discussão das tarefas programadas para serem levadas a cabo durante o espaço entre sessões, de forma a fortalecer as defesas do paciente, regular as emoções, mantendo sempre o foco no aqui e agora, ou seja, no tempo presente. É comum o envolvimento de familiares no processo terapêutico, estando este tipo de psicoterapia indicada para ser realizada a longo prazo no caso de pacientes com psicoses e perturbação bipolar com o uso combinado de farmacoterapia, problemas com as relações interpessoais, dificuldade no controlo das emoções, baixa capacidade de introspeção, patologias físicas crónicas ou incapacitantes.

A psicoterapia de apoio pode igualmente ser utilizada como terapia de curta duração, sendo que é mais vocacionada para pacientes psiquiatricamente estáveis, bem adaptados e com boas relações interpessoais, pacientes com defesas mais flexíveis, pacientes que experienciem situações momentâneas de crise ou traumatizantes e que nestas situações funcionem abaixo da sua capacidade normal (Cordioli, 2008).

Psicoterapia de apoio com adolescentes

Um dos principais motivos para os desequilíbrios emocionais dos adolescentes são as relações familiares disfuncionais e relações maternas de pouca qualidade, contribuindo para o desenvolvimento de depressão e potenciando o aparecimento de comportamentos de risco e eventuais comportamentos suicidas. A depressão durante a adolescência pode manifestar-se através de perturbações de hiperatividade e défice de atenção e está intimamente ligada com comportamentos de risco, comportamentos suicidas, perturbações de ansiedade, falhas sociais e fraco desempenho escolar (Pluncket, Henry, Robinson, Behnke, & Falcon, 2007).

O meio familiar será onde o jovem irá ter o seu primeiro espaço de afirmação, de frustrações e de conquistas. Como tal, a família enquanto unidade social terá um papel preponderante na maneira como o adolescente responderá aos estímulos e às condicionantes existentes no seu meio envolvente. A família, suporte familiar ou em particular a expressão familismo, remete-nos para uma visão automática de um espaço de proximidade, compreensão e união, onde a prioridade é a família e os seus elementos, no entanto, nem sempre isso acontece sendo que por vezes, esse mesmo ambiente torna-se um espaço de stresse (Campos, Ullman, Aguilera & Schetter, 2014).

Importa referir que a adolescência não é apenas um período onde se desenvolve ou não uma depressão, a adolescência é um período de crescimento e de interação direta entre os jovens e o meio que os envolve, sendo a família a unidade base onde tudo começa.

É através desta interação entre o adolescente e os “outros significantes” que vai formando a sua aprovação ou não, a sua conformação ou não. Em suma, é a partir desta interação que o adolescente vai moldando a forma como se reconhece no mundo que o rodeia e também se vai projetando o seu futuro (Pluncke et al., 2007).

Devemos ter em mente que a noção de família e a sua funcionalidade ou disfuncionalidade, varia muito de região para região e que apesar do princípio biológico ser o mesmo, a forma como se manifesta, bem como a estrutura e os desafios que enfrenta são diferentes de país para país. Assim, importa olhar para a noção de familismo como forma de percebermos quais os elementos unificantes da família enquanto um dos elementos mais importantes na saúde psicológica de um adolescente. O familismo consiste nas normas sociais, atitudes pessoais e comportamentos e é estimado de acordo com escalas onde o indivíduo avalia os componentes vitais, tais como, obrigação perante a família, a perceção da família como fonte de apoio emocional, valorizar a relação entre membros familiares, valorizar a opinião da família aquando da tomada de decisões difíceis, ter comportamentos que valorizem a honra da família, e voluntariamente sacrificar as suas vontades pessoais em nome da família (Campos et al., 2014).

No entanto, a estrutura das famílias tem vindo a mudar dramaticamente ao longo dos últimos anos. Hoje temos cada vez mais famílias em que o marido e mulher tem filhos de relações prévias e onde o divórcio é cada vez mais comum, a par da guarda parental e da inerente luta pela mesma. Assim, estamos perante uma época onde a família enquanto elemento potenciador de um crescimento social positivo se torna numa fonte de stresse e de disfunção, potenciando assim eventuais patologias psicológicas nos adolescentes (Borrine et al, 1991).

Um dos papéis que a família desempenha é criar uma noção de pertença, tornando-se numa sensação um tanto ambígua, para um jovem que vive de semana com a família

do pai e aos fins-de-semana com a família da mãe, por exemplo. É aqui neste campo que as psicoterapias e em particular a psicoterapia de apoio ganha o seu espaço (Picardi & Gaetano, 2014). Em primeiro lugar, porque permitem em casos mais severos, o seu uso da terapia farmacológica como forma complementar, tentando aumentar a ligação e a relação empática entre o terapeuta e o adolescente, sendo que inclusivamente permitirá que o processo terapêutico possa decorrer sem uso de fármacos, visto que a sua influência na vida futura dos adolescentes ainda está por avaliar. Em segundo lugar, a psicoterapia de apoio pelo seu carácter adaptativo permite ao terapeuta ir ao encontro do adolescente reduzindo as naturais resistências do mesmo, criando novamente espaço e ferramentas para que o mesmo possa perceber o seu lugar no mundo e reaprender a viver nele, podendo até trazer os pais para junto do processo terapêutico, criando assim um novo espaço de vivência familiar onde o jovem se sinta identificado e seguro (Perepletchikova, Krsytal & Kaufman, 2008).

Assim sendo, o terapeuta deverá ajustar-se ao jovem, acalmando o indivíduo, minimizando a sua ansiedade, no sentido de proporcionar uma boa relação terapêutica permitindo desta forma a mudança. Geralmente inicia-se com uma sessão semanal de cerca de cinquenta minutos, onde se procurará criar uma ponte entre o sujeito e o exterior através do terapeuta de forma a compreender-se melhor, aumentar a sua confiança para lidar com situações complicadas, restabelecer o equilíbrio psicológico, diminuir os sintomas, reforçar as suas defesas e melhorar a adaptação ao meio envolvente (Markowitz et al., 2008).

Intervenção psicoterapêutica de base cognitivo comportamental

Diversas são as possibilidades em termos de abordagens terapêuticas que o psicólogo pode escolher para a sua intervenção, sendo imprescindível seleccionar a que melhor se adequa para cada caso, assim sendo, as intervenções incidiram sobre o modelo

cognitivo comportamental. O modelo cognitivo comportamental foi desenvolvido no início do século XX sendo que, o desenvolvimento e a implementação das bases teóricas da terapia cognitivo comportamental ocorreu de forma diversificada, uma vez que os seus seguidores surgem de diferentes orientações teóricas. Assim, esta abordagem representa uma fusão entre a terapia cognitiva e a terapia comportamental, integrando um conjunto de conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais com o objetivo de alcançar mudanças ao nível da cognição e ao nível do comportamento (Basco, Thase & Wright, 2008).

A terapia cognitiva tenta alterar as percepções e a cognição das pessoas e ao alterar o modo como elas percebem as coisas e a forma como pensam vai causar a mudança ao nível dos comportamentos, pois os mecanismos de percepção e cognição representam um papel crucial nos processos de adaptação e de mudança. Por sua vez, a terapia comportamental incide sobre a mudança do comportamento, isto é, através dos reforços e do treino de competências o indivíduo começa comportar-se e a agir de forma distinta e por conseguinte irá construir e implementar novos padrões de comportamento, gerando uma mudança cognitiva (Knapp & Beck, 2008).

Os principais pressupostos da abordagem cognitiva comportamental sustentam que a cognição influencia o comportamento do indivíduo, para que as alterações de comportamento possam ser utilizadas como uma dimensão que provoca a mudança cognitiva, e ainda que, a cognição e o comportamento sejam as componentes usadas para a mudança, existem de igual modo as mudanças emocionais e fisiológicas onde a alteração emocional ou fisiológica demonstra ser indício do problema principal existente em psicoterapia. Neste sentido, na psicoterapia os objetivos definem-se em simultaneidade com o problema e também através das questões expostas pelo paciente (Bahls & Navolar, 2004).

A terapia cognitiva comportamental (TCC) é uma forma de terapia estruturada e orientada ao momento presente, no aqui e no agora, que é direcionada para resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais do indivíduo, sendo que, um dos objetivos primordiais deste modelo consiste em corrigir ou modificar as distorções cognitivas que afetam o indivíduo de modo a que este desenvolva estratégias para defrontar o problema, através da modificação do pensamento e das crenças disfuncionais. Para que tal mudança ocorra, são usadas técnicas cognitivas e técnicas comportamentais em que, as técnicas cognitivas incidem sobre a identificação dos pensamentos automáticos, testando-os e substituindo possíveis distorções cognitivas, por sua vez, as técnicas comportamentais utilizam-se para modificar condutas inapropriadas e direcionadas com o problema apresentado (Bahls & Navolar, 2004; Beck, Freeman, & Davis, 2004).

O modo como as pessoas interpretam e representam mentalmente os acontecimentos e situações da sua vida vai influenciar o modo como se sentem e se comportam, assim os comportamentos são influenciados pela ideia que a pessoa tem de determinada situação (Beck et al., 2004). No processo terapêutico, a terapia deve ser adaptada às características individuais de cada paciente, sejam adultos ou crianças. Daí que a psicoterapia se proponha a desenvolver no paciente as competências necessárias ao seu bem-estar (Friedberg & McClure, 2004).

A intervenção cognitiva comportamental pressupõe que os problemas emocionais e comportamentais advêm da interpretação que a criança ou adolescente atribui às suas experiências. Nesta sequência, o modo distorcido com que a criança compreende e avalia os acontecimentos influencia o seu funcionamento emocional e comportamental (Friedberg & McClure, 2004). Portanto, a psicoterapia visa proporcionar um melhor desenvolvimento e funcionamento psicológico do indivíduo, para tal é importante incidir

sobretudo na tríade cognitiva explicada por Beck, considerados os pilares que permitem perceber a forma como a pessoa se sente e os comportamentos que tem no dia-a-dia, ou seja, a representação que o indivíduo tem de si próprio, a representação do mundo em que vive e a representação do futuro, mas também ter em conta as distorções cognitivas (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

Um dos objetivos da terapia cognitiva comportamental é modificar as distorções cognitivas que causam problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva estratégias que sejam eficazes para os ultrapassar, utilizando técnicas cognitivas que procuram identificar os pensamentos automáticos, testá-los e substituir as distorções cognitivas e técnicas comportamentais com o intuito de modificar comportamentos inadequados relacionados com a perturbação em questão (Oliveira, 2011)

Por conseguinte, o trabalho terapêutico com base na intervenção cognitivo comportamental consiste em desenvolver na pessoa estratégias eficazes para lidar com as situações mais difíceis e formas de adaptação saudáveis através da identificação dos objetivos, intervenções e soluções para o problema. Dentro da vasta panóplia de técnicas e estratégias que o modelo disponibiliza destacamos a mais utilizadas, nomeadamente, o treino de relaxamento, o treino de competências sociais, o treino de resolução de problemas, o reforço, a descatastrofização, a dessensibilização sistemática, a automonitorização e a psicoeducação (Powell et al., 2008).

A terapia cognitiva comportamental tem valorizado o facto de se criar uma forte relação colaborativa entre psicólogo e paciente, sendo que os terapeutas devem ter uma postura calorosa, empática, aberta para que se possa estabelecer uma relação terapêutica forte e segura onde ambos possam colaborar com o intuito de incrementar objetivos terapêuticos e tarefas para os atingir (Portela, Almeida, Seabra & Nunes, 2008).

A relação terapêutica na terapia cognitiva é definida por Alford e Beck (1997), como sendo uma relação de colaboração empírica, semelhante à de dois investigadores que trabalham juntos sobre um mesmo problema. Colaboração, essa, que favorece à aprendizagem que, por sua vez, está ligada quer à relação terapêutica, quer às mudanças cognitivas do sujeito. Todavia, a mudança em psicoterapia é, principalmente, devida às capacidades do paciente e não unicamente à relação terapêutica. Essa mudança tem de se generalizar a outros contextos da vida do paciente, para além do contexto terapêutico, devendo manter-se para além do fim da psicoterapia. Há autores que aconselham dar o crédito da cura ao paciente propriamente dito, sem exagerar na importância do terapeuta, sendo este entendido pelo indivíduo como um catalisador. Apesar de tudo, não nos podemos esquecer que a psicoterapia é, em primeiro que tudo, constituída por uma relação e que tudo o que dela resultar é consequência da interação entre o psicólogo e o paciente (Knapp & Beck, 2008).

O psicólogo tem a responsabilidade de se tornar o dinamizador do potencial do cliente na busca pela sua saúde e pelo seu crescimento psicológico, criando assim o ambiente propício para que tal aconteça. Um dos principais princípios da terapia cognitiva comportamental é que a mudança depende da modificação das crenças irracionais, sendo esta a base para a mudança comportamental, cognitiva e emocional. Os terapeutas cognitivo comportamentais pretendem auxiliar os pacientes na procura de alívio para o seu sofrimento psicológico, ao mesmo tempo que os preparam de competências comportamentais, cognitivas e emocionais para responderem às diversas situações (Newman, 2007, cit por Portela et al., 2008).

Adolescência

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta, sendo caracterizada por inúmeras mudanças físicas, psicológicas e

sociais, que contribuem para a formação da identidade e autonomia. É fundamental que o adolescente aceite as mudanças do corpo, que se iniciam com a maturação sexual e o crescimento físico (Sprinthall & Collins, 2008).

Nesta fase do desenvolvimento humano, ocorre um aumento significativo da massa gorda, em especial nas raparigas, e da massa muscular nos rapazes, como resultado do desenvolvimento pubertário. Inicia-se igualmente a preocupação com a aparência física, resultado das mudanças que ocorrem no corpo, a insatisfação corporal, as dietas para compensar essa insatisfação, a par do desejo de corresponder a um ideal sociocultural que é transmitido através dos meios de comunicação social (Levine & Smolak, 2002).

Segundo Fonseca (2005), a fase da adolescência divide-se em três períodos: o primeiro, dos dez aos treze anos, chamado de pré-adolescência, o segundo, dos treze aos dezasseis anos, o período médio da adolescência e o último, dos dezasseis aos dezanove anos, o período final da adolescência. No entanto, existe unanimidade entre vários autores em considerar que o início desta fase está marcado pela componente biológica verificando-se alterações físicas e mentais (Melgosa, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015), a adolescência corresponde a um período de desenvolvimento físico, psicológico e intelectual que ocorre durante os 10 e os 19 anos de idade e que se caracteriza como sendo uma fase de profundas e marcadas alterações na forma como o indivíduo se vê a si próprio, sobre a forma como vê os restantes e o mundo que o rodeia. Estas alterações têm como cerne os mecanismos de modificações biológicas que ocorrem durante este estágio temporal, sendo que a sua duração poderá ser influenciada pela cultura e pelo estatuto socioeconómico do sujeito. É igualmente um dos períodos do desenvolvimento humano que nos últimos anos tem conhecido maiores alterações devido aos efeitos da globalização e dos novos meios de comunicação social, em particular das redes sociais, mas também do casamento cada vez

mais tardio, a permanência em casa dos pais após o término do percurso escolar, o desemprego, as mudanças de comportamentos sexuais, entre outros (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Segundo Sprinthall e Collins (2008), o período da adolescência é acompanhado por transformações a nível biológico, social, emocional e afetivo que irão influenciar a forma como o adolescente luta pela independência e a entrada no mundo adulto. A adolescência é um período de mudanças psicológicas e físicas e portanto, é uma fase de grandes oscilações sendo que, a maior parte dos adolescentes tem um eu ideal muito acentuado que é divergente do eu real.

O início da adolescência é marcado sobretudo pelo desenvolvimento biológico, nomeadamente, o crescimento e a maturação passando o jovem a estar diferente em cada dia que passa (Sampaio, 2006).

O rápido crescimento físico acompanhado de um eventual aumento de peso será um dos primeiros sinais das transformações pubertárias marcadas também pelo desenvolvimento sexual, com o aumento dos órgãos sexuais primários que se tornam funcionalmente maduros e o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Em simultâneo, e para além das transformações físicas, dá-se também o desenvolvimento mental, permitindo aos jovens adquirir novas formas de pensar e novas capacidades, a nível intelectual, passando a ter capacidade de pensar por si próprio, de argumentar e, com base no pensamento lógico, passa a considerar os factos na base de causa e efeito (Cole & Cole, 2003).

Na vida do adolescente também se manifestam alterações ao nível do desenvolvimento social, existindo uma tendência de afastamento dos pais e da família, investindo mais na relação com os pares, verificando-se assim uma reorganização da vida social do adolescente (Dykas & Cassidy, 2008).

Os relacionamentos são fundamentais ao longo da vida e cada tipo de relacionamento tem diferentes funções no desenvolvimento social e emocional dos adolescentes (Feeney, 2007). Desta forma, o jovem tem tendência a querer ser mais autónomo em termos relacionais, passando a fazer investimentos sociais e emocionais em si e nos outros, distintos de quando era criança. As amizades promovem a intimidade e a autonomia do adolescente e posteriormente, as relações amorosas permitem explorar a intimidade e o sentimento de pertença (Dykas & Cassidy, 2008).

Ao nível do desenvolvimento emocional, a adolescência é considerada como sendo uma multiplicidade de emoções sentidas, grande parte provocadas pelo sistema hormonal característico desta fase. Contudo, e apesar da grande influência dos processos biológicos o adolescente aprende a gerir as suas emoções devido aos processos sociais, nomeadamente pelos padrões emocionais transmitidos pela sua família e pelas relações estabelecidas com o grupo de pares, surgindo no adolescente novas formas de interação com os outros (Cole & Cole, 2003). O adolescente reconhece a importância das emoções no seu desenvolvimento e a perceção da qualidade dos relacionamentos que estabelece, sendo que estas relações terão impacto na sua autoestima e no seu autoconceito, fatores relevantes para a construção da identidade (Shapka & Keating, 2005).

Construção da Identidade

Segundo Erikson (1980), a identidade do ego era definida como sendo algo que faz com que exista uniformidade e continuidade interna e que é recompensada pelo reconhecimento desses aspetos por parte dos outros. Assim, a preocupação do adolescente em encontrar o papel social, provoca uma confusão de identidade pois, perante a opinião alheia, o adolescente está sempre a mudar as suas atitudes, remodelando a identidade num curto espaço de tempo. Este autor defendia que, para o adolescente se tornar adulto e para que desenvolvesse o sentido de identidade, seria necessário ultrapassar o quinto estágio

da sua teoria designado por identidade *versus* confusão de papéis (Erickson 1972, cit. por Gleitman, 1999).

Segundo Sprinthall e Collins (2008), a formação da identidade é um processo que envolve diversos fatores, nomeadamente as transformações pessoais, a influência da sociedade e as expectativas do jovem relativamente ao futuro. Assim sendo, a fase da adolescência pode ser descrita não só, como a procura de si próprio e a fase da construção da identidade, mas também como a procura de autonomia e a descoberta de novas relações de amizade e intimidade (Paiva & Silva, 2008).

No sentido de ultrapassar a crise de identidade, os jovens manifestam vontade de se afastar dos adultos, de perceberem quem são e o que querem fazer, sendo a adolescência um período onde principiam um processo de experimentação de regras, tarefas e papéis do adulto, numa tentativa de perceber com qual melhor se identificam (Gleitman, 1999).

De acordo com Kroger (2003), quando o adolescente tem oportunidade de experimentar identidades possíveis, que tenham coerência para si, pode escolher e estabelecer um compromisso com as suas escolhas, tendo tendência para demonstrar alta motivação, locus de controlo interno, elevada consciência, extroversão e aptidão para desenvolver relações de amizade. Pelo contrário, o adolescente que não procura experimentar e não estabelecer qualquer compromisso com uma escolha, não está interessado em pensar nas potenciais decisões, nem de estipular compromissos, apresentando uma identidade difusa (Arnett, 2010).

Esta diferenciação é conseguida através da independência funcional, onde o jovem vai adquirir a capacidade de tratar dos seus assuntos, pela independência ideológica onde conquista a capacidade de se diferenciar da família, no domínio dos valores, atitudes e crenças, e pela independência emocional onde consegue uma relativa liberdade à

necessidade excessiva de aprovação, proximidade e apoio emocional, proporcionando ao adolescente a possibilidade de ganhar um sentido de identidade como uma pessoa separada (Andrade, 2000).

O adolescente no seu ambiente

O adolescente é um ser biopsicossocial, inserido na realidade que o rodeia e que vive normalmente repleto de desejos, expectativas, de emoções negativas e positivas conduzido por um conjunto de ambições, valores e conhecimentos. É um ser coletivo, que está inserido num macro sistema em constante mudança onde a sua visão se transforma de acordo com a dinâmica das interações com o meio ambiente. É necessário por isso a compreensão dos diversos contextos que o adolescente vive e onde está inserido (Coslin, 2002).

Deve-se tentar compreender e contextualizar os comportamentos do adolescente tendo em conta as condições ambientais nas quais surgiram, pois muitos dos comportamentos ou atitudes podem ser dependentes do ambiente ou determinados pelo mesmo. Contudo, esses comportamentos não são apenas a expressão da pressão do ambiente em que o jovem se insere, mas são também o resultado da sua história familiar e pessoal. Muitas vezes, as problemáticas do adolescente estão relacionadas com vicissitudes inscritas na fase do primeiro desenvolvimento, no entanto, quando essas problemáticas, perturbações ou sintomatologias, ainda permanecem ou até quando surgem na adolescência, há que tentar perceber as condições externas, ou seja, os vários contextos em que o jovem está inserido, no sentido de compreender a génese dos seus comportamentos ou da sua sintomatologia (Marcelli & Braconnier, 2005).

Neste sentido, torna-se pertinente abordar os contextos educativos e sociais para um melhor conhecimento do meio envolvente em que o adolescente se encontra inserido.

Os contextos educativos e o adolescente

Para Foucault (1975), o sistema de internato é considerado uma disciplinarização, pois existe um controlo disciplinar bastante enraizado. O sistema de ensino exerce sobre a vida dos internos rigor e disciplina, impondo aos indivíduos uma limitação de liberdade, de espaço pessoal e de restrição aos objetos pessoais, conferindo as características próprias de um regime de internato comparativamente com o de externato. Os alunos são confrontados com a perda do próprio nome e da aparência habitual, através do uso de uniformes (Morais, Leitão, Koller & Campos, 2004).

A preferência dos pais em colocarem os seus filhos a frequentar um colégio interno prende-se com o facto de procurarem a diferença nos seus percursos educativos, como a entrada em universidades mais seletivas (Persell, Catsambis & Cookson, 1992), ou pelo facto de estarem ausentes no estrangeiro e pretendem uma educação na língua materna (Mair, 2005), por revelarem dificuldades de aprendizagem, por se mostrarem talentosos, ou também porque acreditam que se lhes for proporcionado um certo tipo de escola e experiências educacionais diferentes, os filhos terão maiores probabilidades, no futuro, caminho para uma carreira profissional com sucesso (Heslop & Abbott, 2009).

Normalmente, a decisão de entrada num colégio interno pertence, na maioria das vezes aos pais, estes partem do pressuposto de que será uma boa escolha para os filhos e contribuirá para a sua realização (Heslop & Abbott, 2009), e que desta forma aprenderão a cuidar de si o que contribuirá para que se tornem adultos (Mair, 2005). Embora haja famílias com melhores condições económicas (Persell et al., 1992), outros fazem muitos sacrifícios (Schaverien, 2004), pelo que a ida para um colégio interno pode ser considerado um privilégio (Mair, 2005).

Segundo Heslop e Abbott (2009), no processo de tomada de decisão o envolvimento dos jovens é por vezes uma atitude passiva, não sabendo para onde os

querem mandar. São induzidos a pensar que é uma obrigatoriedade, ou por outro lado que é uma vantagem porque os pais querem o melhor para eles (Mair, 2005).

Alguns jovens poderão sentir-se aliciados com uma oportunidade de mudar de ambiente, conhecer amigos (Heslop & Abbott, 2009) e por vezes a possibilidade de poder sair de um convívio familiar menos agradável (Schaverien, 2004), pensando que ao ter colegas o tempo todo, nunca se vão sentir sós e têm oportunidade para se divertir (Mair, 2005).

Segundo Mair (2005), a ideia da entrada para um colégio interno pode ser estimulante, no entanto quando são confrontados com a realidade podem experienciar sensações de dor e de sofrimento, que podem influenciar o desenvolvimento afetivo, emocional, social e a construção da sua identidade.

Morais e colaboradores (2004), desenvolveram um estudo com o intuito de analisar os aspetos positivos e negativos da experiência de vida num internato de alunos de uma instituição e a sua influência sobre o desenvolvimento cognitivo, social e emocional, sendo que destacaram como aspetos positivos o companheirismo, as amizades, a independência familiar, o amadurecimento pessoal e a oportunidade de refletir. Como aspetos negativos foram identificados nos grupos, os conflitos, a rivalidade, as intrigas, os jogos de interesse e a incompreensão. Este estudo revela que os alunos consideram a vida em regime de internato como muito stressante, o que gera angústia e para além disso, são sujeitos a muitas atividades escolares e cumprem horários rígidos, o que justifica a necessidade de serem sistemáticos e organizados.

Contudo, o regime educativo a nível de internato assume um pilar essencial no estabelecimento de vínculos afetivos entre os alunos, sendo um fator importante para o processo de socialização, formação de identidade dos adolescentes e de desenvolvimento dos sentimentos de cooperação e identidade grupal (Heslop & Abbott, 2009).

O apoio e envolvimento dos pais são de extrema importância para o adolescente se adaptar à escola e ultrapassar possíveis obstáculos (Nir & Schmid, 1997). Os professores também são considerados como uma referência para os alunos, proporcionando-lhes uma melhor adaptação institucional e um sentimento de pertença face à escola (Mason, 1997).

A entrada num instituto em regime de internato leva inevitavelmente ao afastamento da família, os jovens ficam deixados aos cuidados de estranhos, podendo tornar-se numa experiência assustadora e sentida como abandono ou negligência e por consequência, conduzir a uma fonte de stresse com implicações emocionais (Heslop & Abbott, 2009). O sentimento de perda e a necessidade de adaptação à vida institucional, pode assim ser prejudicial ao desenvolvimento psicológico (Schaverien, 2004).

A tendência natural da separação dos pais ocorre na fase da adolescência, sendo que, na idade em que os jovens vão para o colégio por norma, estarão ainda a estabelecer a vinculação às famílias e meio ambiente sendo que esta será interrompida por força da ida para o colégio e devido à perda da relação próxima, podendo criar condições em que os jovens ficam mais suscetíveis para adotar comportamentos defensivos como resposta à necessidade de proteção e que se tornem obcecados em voltar para casa e sair do ambiente em que se encontram. A experiência pode assim ser traumática e variar de intensidade de acordo com a personalidade, temperamento e idade de cada um (Mair, 2005).

Desta forma, os adolescentes passam a maior parte do tempo no instituto e só voltam a casa, se a família não viver muito longe, aos fins-de-semana e nas férias, durante os anos que leva o seu percurso escolar, deixando de viver no ambiente que sempre conheceram e que estavam habituados (Mair, 2005; Heslop & Abbott, 2009).

O afastamento do seio familiar poderá prejudicar o ajuste da relação com os pais (Wires & Barocas, 1994), prejudicar o relacionamento entre irmãos (Schaverien, 2004) e poderá provocar ainda a perda de contacto com os amigos suscitando um maior distanciamento (Heslop & Abbott, 2009). Estes fatores podem induzir a um mau estar e interferir na personalidade do jovem influenciando de forma negativa o seu desenvolvimento psicológico, emocional e sexual (Soktoeva, 2010).

O suporte familiar e o facto de sentir-se amado é uma das necessidades básicas que os adolescentes precisam para crescerem com equilíbrio emocional, realidade que em regime de internato é difícil de acontecer devido ao afastamento familiar inerente da sua condição de interno (Mair, 2005), sendo que a estabilidade emocional é essencial para a construção da identidade (Schaverien, 2004).

As regras de um colégio com regime de internato são por norma estabelecidas e impostas de forma rígida, tendo o jovem que as cumprir mesmo que não perceba a razão para a sua existência (Schaverien, 2004), não podendo manifestar o seu ponto de vista e interesses legítimos (Mair, 2005), aumentando assim o risco de não saber como reagir, quando confrontado no futuro com elementos stressantes desconhecidos (Wires & Barocas, 1994).

De acordo com Schaverien (2004), frequentar um estabelecimento de ensino interno pode contribuir para que se tornem adultos muitas vezes bem sucedidos no seu percurso profissional contudo, nem sempre os resultados escolares são favoráveis não indo assim ao encontro da motivação parental que consubstanciou a sua decisão de enviar o filho para um estabelecimento de ensino em regime de internato procurando privilégio e estatuto (Heslop & Abbott, 2009).

Os contextos sociais e o adolescente

O desenvolvimento do adolescente implica uma modificação de relações entre si e os vários contextos sociais que o rodeia, nomeadamente a família, o grupo de pares, a escola e a comunidade. Qualquer um destes contextos geram comportamentos diferentes, que poderão ser no sentido do sucesso ou do fracasso em relação à vida do adolescente em constante transformação (Arnett, 2010).

As dificuldades de relacionamento interpessoal estão no cerne de inúmeros problemas de comportamento social e da saúde dos adolescentes, que poderão levar ao isolamento, agressividade, desequilíbrios emocionais ou ainda na adoção de comportamentos que poderão comprometer a saúde, nomeadamente, o consumo de substâncias, perturbações alimentares, sedentarismo, comportamentos sexuais de risco e violência (Matos, 2008).

Segundo Seiffge-Krenke e Beyers (2005), a família nuclear exerce um papel preponderante na vida dos adolescentes pois, muitos dos comportamentos saudáveis são iniciados e mantidos no seio familiar. Os pais tornam-se os responsáveis por transmitir os valores que ajudem os seus filhos a modelarem os seus comportamentos, quer ao nível da sexualidade, na prática de atividades, na escolha dos pares. De acordo com estes autores, a família nuclear é considerada como um dos principais fatores de âmbito social que é capaz de influir nos comportamentos dos adolescentes.

Na fase da adolescência surgem momentos de alteração das relações familiares e o estabelecimento de outras relações significativas, nomeadamente, ao grupo de pares. A necessidade de pertença no grupo de pares suscita ao adolescente a oportunidade de novas experiências e aprendizagens e ao desempenho de diversos papéis afetivos e sociais (Fonseca, 2005).

Segundo Ferreira e Alves (2011), surgem por vezes, algumas dificuldades de integração e emergência de conflitos entre colegas, a vivência da pressão do grupo, entre outras. Na emergência de problemas em âmbito escolar a comunidade educativa deve atuar de forma preventiva, promovendo o bem-estar e desenvolvimento dos alunos, minimizando os riscos e danos psicológicos mediante intervenções diversas e do encaminhamento para a psicologia clínica ou para outros técnicos cuja necessidade se justifique.

Principais problemáticas na adolescência

Para que a adolescência seja considerada uma etapa saudável, será necessário, que o jovem estabeleça um sentido claro e estável de si próprio bem como, do mundo que o rodeia, estabelecendo assim, um autoconceito e adquirindo a percepção da sua autoestima (Arnett, 2010).

A adolescência torna-se num período de alta sensibilidade que se pode vir a manifestar na exteriorização de uma variedade de sentimentos e comportamentos, devido não só a todas as transformações que ocorrem, mas também à confrontação com elementos normativos e não normativos que incluem a autoimagem, relação com a família, transições escolares, relação com os pares e início de relações amorosas (Seiffge-Krenke & Beyers, 2005).

Os comportamentos do adolescente são influenciados por múltiplos fatores que por conseguinte podem afetar a saúde e o bem-estar. Os fatores poderão ser de natureza interna, individual e emocional, como o auto conceito, stresse e locus de controlo, ou ainda físicas e cognitivas que dão origem a desvantagens pessoais, como dificuldades de aprendizagem ou de inteligência, e outros de origem externa, de natureza sócio cultural, como a família, escola, grupo de pares ou comunidade onde estão inseridos (Feitosa, Matos & Prette, 2009).

Segundo Seiffge-Krenke e Beyers (2005), as experiências anteriores que o adolescente vivencia e a forma como lida com estas contribui de forma significativa para o seu ajustamento enquanto individuo a entrar no mundo dos adultos.

De acordo com Geldard e Geldard (2010), os adolescentes podem manifestar desajustamentos e por não se sentirem integrados socialmente, podem passar por períodos de solidão e ansiedade, ou ainda manifestarem comportamentos agressivos, hiperatividade ou outro tipo de alterações do comportamento.

Os adolescentes que não conseguem atingir um ajustamento psicossocial saudável podem apresentar diferentes perturbações ou sintomatologias, como as ansiosas e as depressivas, influenciando o seu desenvolvimento e funcionamento a nível individual, familiar, escolar e social (Wilson, Pritchard & Revalee 2005).

Perturbações emocionais

No período da adolescência, paralelamente às problemáticas escolares e associadas a estas podem existir também perturbações afetivas e emocionais, nomeadamente dificuldades nas relações interpessoais, baixa autoestima e desmotivação. Nesta fase, os adolescentes têm necessidade de se adaptarem da melhor forma a nível social, na relação que estabelecem com os outros e com o mundo que os rodeia, sendo que, muitos dos fatores que causam stresse na adolescência, prendem-se com questões de relacionamento (Seiffge-Krenke & Beyers, 2005).

De acordo com Dykas & Cassidy (2006), o adolescente adquire novas formas de pensamento e um melhor conhecimento de si próprio podendo dificultar o relacionamento com as figuras de vinculação e com outros membros da família. Desta forma, o modelo de vinculação que o adolescente desenvolveu nas relações precoces revela-se de extrema importância pois está intimamente ligado com o seu desenvolvimento psicológico (Ferreira, 2010).

Segundo Bowlby (1982, cit. por Gomezã & MacLaren, 2007), as relações que estabelecem com a família, ou seja, os vínculos que criam com os seus pais ou cuidadores, vão influenciar posteriormente o comportamento do adolescente nomeadamente, no que se refere aos comportamentos sociais e inevitavelmente irá refletir-se na sua relação com a escola.

Day e Padilla-Walker (2009), defendem que, caso a criança tenha desenvolvido um modelo de vinculação seguro, terá expectativas de que é digno do amor dos outros, promovendo sentimentos de controlo pessoal, de competência e autoaceitação, mostrando capacidade de explorar livremente os seus pensamentos e emoções, procurando possíveis soluções com mais frequência e pedindo apoio juntos dos seus cuidadores, assim sendo, o adolescente vai ficando com mais capacidades para lidar com situações potencialmente stressantes. No relacionamento com os pares, tende a confiar nestes como suporte de apoio e tende a ter mais confiança em situações que provoquem ansiedade, mostrando facilidade em resolver conflitos e aceitar os compromissos e as responsabilidades (Seiffge-Krenke & Beyers, 2005).

Por outro lado, caso o adolescente tenha desenvolvido uma vinculação insegura, terá mais dificuldade em utilizar estratégias para prevenir o conflito com os outros, ficará mais propenso a entrar em conflito com os pais ou cuidadores, não procurará apoio com facilidade e tem menos probabilidade de ter competências para evitar os fatores ou situações causadores de stresse (Seiffge-Krenke & Beyers, 2005), revelando poucas estratégias motivacionais ou mais desorganizadas (Dykas & Cassidy, 2006). Uma vinculação insegura em relação aos pais pode influenciar a autoestima, a impulsividade, as crenças sobre si próprio, sendo que, os problemas afetivos ou de comportamento estão em maior risco, comparativamente com adolescentes que desenvolveram uma vinculação segura (Ferreira, 2010).

Segundo Stevanato, Loureiro, Linhares e Maturano (2003), uma vinculação insegura poderá restringir o adolescente a desenvolver menos competências sociais do que os seus pares. As competências sociais permitem ao jovem uma interação adequada com os seus colegas e professores, partilhar ideias, solicitar e dar apoio, comunicar de forma assertiva (Pereira, Ambrózio, Santos, Borsato, Figueira & Riechi, 2005; Diperna, 2006).

Caso o adolescente não tenha desenvolvido de forma eficaz estas competências terá menos capacidades de comunicação verbal e não-verbal, menos assertividade, menos cooperação nas tarefas escolares, podendo mesmo vir a ser rejeitados pelos seus pares por não se identificarem com este tipo de comportamentos (Feitosa et al., 2009).

Segundo Diperna (2006), existe uma estreita relação entre competências sociais e o desempenho escolar, como tal, quando existem dificuldades em várias áreas sociais pode significar que o adolescente não desenvolveu eficazmente as competências sociais, levando inevitavelmente a problemas comportamentais e a um conseqüente obstáculo no seu aproveitamento escolar.

Paralelamente ao estilo de vinculação adquirida nas relações precoces, os comportamentos e atitudes dos pais parecem estar igualmente na base do desenvolvimento de competências sócio emocionais, promovendo o sucesso escolar e o equilíbrio emocional do adolescente (Lewis & Thomas, 2011). Contudo, um estilo parental mais permissivo, com falta de supervisão e controlo das tarefas escolares poderá ser prejudicial para a obtenção de bons resultados escolares (Amado, 2010), assim como, um estilo parental mais autoritário com muito controlo e supervisão em demasia poderá, numa fase mais tardia, prejudicar o jovem quando ele necessitar de ter mais autonomia e independência (Onatsu-Arvilommi, 2003).

De acordo com Desforges e Abouchaar (2003), os pais devem acompanhar os filhos, estar disponíveis e mostrarem-se preocupados com as tarefas não só escolares mas também de lazer, devendo oferecer um bom suporte familiar, no sentido de transmitir valores, atitudes e conhecimentos proporcionando bem-estar emocional ao adolescente.

Desta forma, o suporte familiar e as características dos pais são de extrema importância para o rendimento escolar do adolescente, no entanto, este ambiente familiar pode estar sujeito a alguma instabilidade. Segundo Feitosa e seus colaboradores (2009), a instabilidade familiar pode ser devida à dimensão da família, à existência de conflitos e a incapacidade de os resolver, comunicação pouco assertiva ou desestruturação da família original. Outros fatores podem ainda estar envolvidos num ambiente familiar instável como, a inexistência de relações fortes, falta de amigos próximos, situações inopinadas ou mudanças difíceis de vida que surjam. Todos estes factos poderão criar uma certa instabilidade no seio familiar causando problemas a nível relacional (Santrock, 2006).

Peixoto (2004) defende que a qualidade das relações interpessoais desenvolvidas durante a fase da adolescência tem um impacto importante na representação que faz de si próprio, a nível de autoconceito e autoestima. De acordo com Piaget (1987, cit. por Cole & Cole, 2003), ao adquirir capacidade de pensar, o adolescente adquire também a capacidade de argumentar, o que poderá originar uma certa desconfiança das ideias dos pais e colocar em causa a sua autoridade, podendo desencadear a existência de conflitos familiares e dificuldades de comunicação entre os membros, levando a que possam ocorrer no adolescente reações de desânimo, desmotivação, tristeza e desilusão, contribuindo igualmente, para uma excessiva negatividade em relação a si próprio que se pode traduzir em pessimismo e desamparo, sentimentos de culpa e baixa autoestima (Weiner, 1995).

É importante que o adolescente tenha um bom nível de autoestima e de autoconceito pois, irá certamente acreditar nas suas capacidades e competências e ter possibilidades de sucesso (Lewis & Thomas, 2011). Se pelo contrário tiver uma baixa autoestima comprometerá as suas competências e a sua autodeterminação, sendo mais difícil encontrar estratégias para a resolução de problemas tendendo a desvalorizar as tarefas que lhe incutem pela dificuldade de adaptação (Soares, Lemos, & Almeida, 2005).

A baixa autoestima terá repercussões ao nível do contexto escolar, levando a que o adolescente perceçione que não é aceite pelos professores e pelos pares interiorizando que tem algum problema, contribuindo para que o jovem se sinta sozinho e desamparado, refletindo-se na execução das tarefas escolares e manifestando sentimentos de culpa por não se sentir integrado e adaptado ao meio como os seus colegas, resultando num autoconceito negativo. O adolescente é levado a pensar que com ele as coisas não dão certo, que só tem problemas e como tal não é digno de confiança, afetando o seu autoconceito em relação aos pensamentos e emoções (Stevanato et al., 2003).

A motivação para a tarefa é influenciada pelas atitudes e crenças sobre a capacidade de realização no sentido de obter bons resultados, um jovem com baixa autoestima e autoconceito negativo adota uma atitude passiva e espera um fraco rendimento ao invés de tentar ultrapassar os obstáculos com uma atitude mais proactiva (Hodis, Meyer, McClure, Weir & Walkey, 2011; Onatsu-Arvilommi, 2003).

Os adolescentes com uma perceção negativa de autoestima e autoconceito poderão revelar sinais de desamparo, sentimentos de inferioridade, insatisfação, desinteresse e desmotivação, sintomas depressivos ou ansiosos, levando a desequilíbrios emocionais podendo contribuir para o desenvolvimento de perturbações afetivas ou emocionais (Feitosa et al., 2009).

Manifestações depressivas

Diversos autores salientam que a depressão caracteriza-se por um quadro de sintomas, como falta de energia, sensação de um vazio interior, tristeza, choro fácil, surgimento de ansiedade, constante preocupação, deambular sem objetivo, falta de interesse, dificuldade em permanecer concentrado numa só atividade, baixo investimento escolar, sensação de inutilidade, de desvalorização pessoal, baixa autoestima, isolamento social, insegurança, sentimento de culpabilidade e inferioridade, perturbações do sono, dores de cabeça e barriga, alterações do ritmo cardíaco e do apetite (Bahls, 2002; Clerget, 2001; Marcelli, 2002).

No entanto, alguns autores consideram que a depressão no jovem pode estar presente na ausência de critérios de diagnóstico, isto é, acreditam que estes sintomas possam estar mascarados ou expressos em equivalentes depressivos como as queixas psicossomáticas, distúrbios do comportamento ou problemas escolares (Resende, Santos, Santos & Ferrão, 2013; Strecht, 1998). Normalmente a criança ou adolescente com sintomas depressivos apresenta, um fraco rendimento académico, intelectual e social, sendo que as dificuldades escolares e a irritabilidade são consideradas os primeiros sintomas de uma síndrome depressivo (Câmara, 2005; Clerget, 2001).

Os sintomas podem diferir consoante o género, isto é, enquanto os rapazes com sintomas depressivos apresentam frequentemente irritabilidade, impulsividade, isolamento e inibição, as raparigas manifestam sintomatologia depressiva, como o cansaço, os distúrbios alimentares, as alterações na imagem corporal e o sentimento de culpa (Marcelli, 2002).

Na adolescência, as perceções de si estão mais suscetíveis à distorção, o que pode fazer com que o conceito de si do adolescente seja algo irrealista, propiciando alterações no funcionamento psicológico normal. A depressão nos adolescentes surge associada a

uma baixa autoestima e imagem corporal distorcida (Harter, 1992). Nomeadamente na depressão ou na presença de sintomatologia depressiva, os esquemas negativos de desamparo e ou sentimentos de não merecer ser amado, podem ser centrais na representação do próprio, indicando que a presença e a construção de relações satisfatórias e gratificantes, serão fulcrais na construção ou reconstrução da identidade na adolescência (Clark, Beck & Alford, 1999).

Na adolescência as mudanças repentinas de humor depressivo podem estar associadas a crises de choro e tristeza, estando, também, relacionadas com uma instabilidade afetiva (Santos, 1993). Por vezes, nesta fase surge a ideação suicida, mais especificamente, num contexto reativo e impulsivo, sendo que, o processo cognitivo do deprimido encontra-se invadido por uma autoimagem negativa, aliada a uma visão do mundo e a perspectivas de futuro, igualmente negativas (Marcelli, 2002).

A depressão major representa um problema de saúde para as crianças e adolescentes, pois sendo recorrente, está associada a um grau de comorbilidade e mortalidade. Neste contexto, os diagnósticos mais estáveis e frequentes de comorbilidade em crianças e adolescentes são as perturbações de ansiedade, do comportamento, as dificuldades de aprendizagem, a hiperatividade e as perturbações alimentares (Bahls, 2002). Sendo que, ao avaliar a ansiedade e a depressão em adolescentes, encontra-se alguma sobreposição entre as duas perturbações, o que poderá estar ligado à existência de comorbilidade entre a ansiedade e a depressão nesta fase (Davila, LaGreca, Starr, & Landoll, 2010).

É frequente que nas crianças e adolescentes, a depressão esteja aliada a outras perturbações e acontecimentos, como a transição escolar, o conflito familiar, a separação parental, podendo afetar o desenvolvimento saudável da criança (Trepner, 1998). A qualidade da relação dos pais com os filhos deverá ser um fator de análise, quando se está

perante uma criança ou adolescente com índices depressivos pois, uma criança deprimida pode vivenciar o seu mal-estar com um sentimento de culpa em relação aos progenitores, podendo mesmo calar-se ou mostrar uma falsa alegria por não desejar apresentar uma imagem negativa de si, mascarando assim as suas emoções (Clerget, 2001; Marcelli, 2002).

No que diz respeito à intervenção terapêutica na depressão Sampaio (2009), refere que esta deve ser constituída por diversas componentes, nomeadamente a individual, a família, a escola e o grupo de pares. Strecht (2009), refere o processo terapêutico como fundamental, se tal não acontecer, poderá conduzir ao agravamento das capacidades e qualidades emocionais, afetivas e intelectuais das crianças e adolescentes. Muitas vezes, a sintomatologia ansiosa apresenta uma sobreposição significativa com sintomas depressivos, tornando-se importante abordar as perturbações de ansiedade.

Manifestações de ansiedade

A ansiedade influencia a dinâmica sentimental, comportamental e cognitiva (Last, 2009). Tendo em conta que a adolescência é um período de alta sensibilidade e repleto de transformações biopsicossociais, as emoções são vividas de forma intensa e se não forem agradáveis, podem provocar reações de desmotivação, tristeza ou desilusão, acompanhadas de estados de ansiedade que podem influenciar de forma negativa e interferir no pleno desenvolvimento das capacidades (Carlson & Rose, 2007).

A ansiedade surge na infância e adolescência normalmente como um processo de adaptação a novas situações próprias desta fase de vida (Muris, 2007). A ansiedade é o problema mais comum nas crianças e adolescentes, pois estas, quando atingem níveis elevados de ansiedade têm dificuldade em alcançar um estado psicossocial saudável, interferindo com o seu desenvolvimento e funcionamento a nível individual, familiar,

académico e social (Carlson & Rose, 2007; Rapee, Spence, Cobham & Wignall, 2010; Wilson, et al., 2005).

As causas das perturbações de ansiedade na infância e adolescência podem advir de diversas origens, como fatores hereditários ou do meio ambiente, modificações no meio físico próximo ou episódios de vida geradores de stresse que a criança tenha experienciado, como por exemplo, a perda efetiva de alguém da família, conflitos familiares, mudança de casa ou escola, problemas escolares ou com o grupo de pares. Qualquer uma destas situações pode despoletar na criança ou no adolescente sintomas de ansiedade e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma eventual patologia de ansiedade (Last, 2009).

Faz parte do desenvolvimento integrante do adolescente que este sinta receios e alguns sintomas de ansiedade, contudo, é imprescindível perceber quando estes sintomas ultrapassam o limite da normalidade. Caso seja clinicamente significativo e prejudique o bem-estar do adolescente e família, este poderá estar a desenvolver uma perturbação de ansiedade (Last, 2009; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009). De acordo com Pereira (1999), níveis elevados de ansiedade comprometerão a atenção e concentração que, por conseguinte, irá interferir no desempenho escolar.

Segundo Eisenstein (2006), todas as situações que possam ameaçar a nível físico, social ou emocional a vida diária do adolescente são causas stressantes inconvenientes, para as quais poderá existir dificuldade de adaptação, provocando reações intensas e negativas, que dão origem a situações de conflito e de frustração podendo desencadear graves problemas emocionais.

Os sintomas de ansiedade a nível físico podem envolver, dificuldade em adormecer, insónias, pulsação acelerada, sensação de palpitações ou aperto no peito, respiração acelerada, suores, sensação de calor ou frio, tonturas, náuseas e perturbações

digestivas. Ao nível psicológico são referidos, como sintomas, experienciar sensações de tensão emocional, de preocupação, de um medo sem motivo, sensação de irritabilidade e de dificuldades de concentração, impulsividade e envolvimento em conflitos (Pereira, 1999). Se em criança esteve sujeito a doenças, infecções e lesões corporais, poderão ainda ocorrer reações traumáticas corporais (Eisenstein, 2006).

De acordo com Rapp-Paglicci, Dulmus e Wodarski (2004), a perda de uma figura como os pais ou cuidadores, o divórcio dos pais, a existência de um ambiente familiar negativo ou conflituoso, o stresse dos pais, os problemas psicológicos e a falta de envolvimento materno, serão fatores que, segundo Eisenstein (2006), irão contribuir para sensações de falta de segurança, de perda e de maior vulnerabilidade.

Os estilos parentais, nomeadamente o autoritário e o permissivo, estão associados a níveis elevados de ansiedade e depressão em pais e filhos, assim como, a perturbações do comportamento e da adaptação social dos filhos (Hutz & Bardagir, 2006; Pires, Hipólito e Jesus, 2010). De acordo com Azevedo (2012), a rejeição parental e a educação ansiosa influenciam o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa em crianças, sendo que, os estilos educativos parentais com maior suporte afetivo estão relacionados com o nível reduzido de ansiedade na adolescência.

O adolescente perante situações stressantes pode tentar restaurar o bem-estar psicológico através de estratégias cognitivas e emocionais, contudo, pode não conseguir satisfazer as suas necessidades e desenvolver crenças negativas acerca das suas capacidades de controlar o meio envolvente (Soares et al., 2005). De acordo com Geldard e Geldard (2010), os mecanismos de defesa que o adolescente utiliza para lidar com situações stressantes podem alterar a perceção individual da realidade, tendo como consequência uma eventual resposta emocional desadequada.

Os comportamentos ansiosos estão diretamente associados com uma baixa autoestima, a sentimentos de rejeição e a um desinvestimento nas relações interpessoais, sendo que os adolescentes com níveis negativos de autoconfiança apresentam índices mais elevados em todos os tipos de medo, nos comportamentos de impulsividade e nos pensamentos obsessivos (Paiva & Silva, 2008).

De acordo com Hodis, Meyer, McLure, Weir e Walkey (2011), no período da adolescência, o autoconceito dos adolescentes é particularmente sensível pois é influenciado pelas suas crenças e atitudes sobre a sua capacidade de realização, influenciando o seu desempenho académico. Sendo que, um adolescente com crenças negativas poderá manifestar sinais inerentes à sua fragilidade, baixo autocontrolo e evidenciar alguns sintomas físicos de nervosismo, como roer as unhas, morder os lábios, ruborizar, inquietação nos movimentos e frequentes queixas de doenças ou indisposições (Rapp-Paglicci et al., 2004).

Segundo Eisenstein (2006), em termos cognitivos, um adolescente com problemas de carácter emocional, poderá revelar sinais de distração, dificuldade de concentração e atenção, bem como, despreocupação com os seus erros e resultados nas tarefas escolares.

Shumow e Schmidt (2014) salientam que o envolvimento dos pais ou cuidadores no trajeto escolar dos filhos tem um impacto positivo no aproveitamento escolar das crianças e adolescentes. O estudo desenvolvido por Azevedo (2012) relativamente à manifestação de sintomatologia ansiosa resultante do insucesso escolar dos adolescentes conclui que os alunos que apresentam um insucesso escolar mais elevado, ou seja, os que têm um maior número de negativas, são aqueles que manifestam níveis mais elevados de ansiedade. Tal como é referido no estudo desenvolvido por Feitosa, Matos e Del Prette (2005), torna-se essencial que a relação entre pais e filhos seja equilibrada, pois quanto maior for a dificuldade de relacionamento entre pais e filhos, mais elevada será a

propensão para os adolescentes terem baixo rendimento escolar e níveis elevados de ansiedade.

De acordo com Brown e Wright (2003), o adolescente na escola poderá revelar dificuldades nas relações interpessoais e sintomas de internalização. Poderá ainda, evidenciar falta de participação nas aulas, fuga de compromissos, isolamento, recusa ou dificuldade em participar em alguma tarefa nova ou que considere difícil, falta de capacidade para trabalhar sozinho, desejo de ter alguém para resolver os problemas e poderá entrar em conflito com professores ou com os seus pares (Eisenstein, 2006).

Por outro lado, o adolescente poderá utilizar outro tipo de estratégias como mecanismo de defesa, nomeadamente adotar comportamentos de acordo com o que acha que esperam dele, mais concretamente, poderá mostrar tendência o exibicionismo, mostrar robustez e agir de modo a dar nas vistas no sentido de captar e conquistar a atenção dos outros (Soares et al., 2005). Contudo, o adolescente pode não ter sucesso com estas estratégias sendo que, Melgosa (2004), defende que qualquer comentário depreciativo dito pelos pais, professores ou colegas, poderá contribuir para um agravamento dos sintomas ansiosos.

Assim sendo, os problemas comportamentais influenciam o desempenho escolar, afetando por conseguinte, os comportamentos e sentimentos que se podem manifestar de forma interna, vergonha e dúvida acerca das suas capacidades, ou de forma externa, atribuindo a culpa a terceiros e experienciando sentimentos de frustração, inferioridade, raiva e hostilidade em relação a si próprio e aos outros que o rodeiam (Stevanato et al., 2003).

Segundo Brito (2011) e ainda de acordo com Hallstrom e McClure (2000), a ansiedade é um sinal de alarme perante um acontecimento que pode constituir uma ameaça e caracteriza-se por preocupações excessivas em relação a situações de vida e por

um conjunto de sintomas físicos e psicológicos que persistem durante semanas. O processo é desencadeado por agentes causadores de ansiedade e podem provocar reações de stresse, tais como, o medo, a ansiedade e a hostilidade, colocando em causa o bem-estar do adolescente (Ribeiro, 2007).

A perturbação de ansiedade de separação e a perturbação de ansiedade generalizada são bastante frequentes na infância e na adolescência. A perturbação de ansiedade de separação ocorre normalmente a partir dos cinco anos de idade, pois as crianças receiam que os pais possam correr perigo e, assim, recusam-se a ir à escola. No que diz respeito à perturbação de ansiedade generalizada, esta gera na criança uma preocupação relativa ao desempenho escolar, às relações sociais, à saúde e uma preocupação excessiva acerca de comportamentos passados e futuros. Paralelamente, existem alguns sintomas somáticos como a inquietação, a fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono (Grillo & Silva, 2004).

Os adolescentes devem encontrar estratégias para lidar de forma eficaz com as situações stressantes inerentes a esta fase do desenvolvimento humano (Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008). De acordo com Lerner e Steinberg, (2009), o *coping* torna-se o processo mais coerente para compreender a forma como as crianças e os adolescentes respondem aos acontecimentos desencadeadores de ansiedade. Cassady (2010) refere duas tipologias de estratégias de *coping*: estratégias de *coping* focadas na emoção e estratégias de *coping* focadas no problema. Por seu lado, Rapee e seus colaboradores (2010), salientam as técnicas de relaxamento como estratégias benéficas para o equilíbrio da ansiedade.

As dificuldades emocionais podem desencadear o insucesso escolar que poderá resultar no aparecimento de sintomas depressivos e ansiosos, numa lógica de causalidade

circular. A ansiedade, o stresse e a depressão constituem três dimensões afetivas negativas, sendo que, são reconhecidas as sobreposições e correlações entre a ansiedade e depressão, ou seja, aquando do surgimento de uma das patologias, as três dimensões correlacionam-se e estão associadas entre si (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Dificuldades escolares e o insucesso escolar

O insucesso escolar e as dificuldades de aprendizagem podem ser devidas a disfunções cognitivas, nomeadamente alterações na linguagem, atenção, memória e percepção (Pereira et al., 2005). Outros fatores poderão estar associados às problemáticas escolares como, os métodos e técnicas de estudos desadequadas (Melgosa, 2004; Weiner, 1995).

Segundo Whitted (2010), alguns alunos podem não ter alcançado a maturidade intelectual suficiente e não estarem preparados no sentido de entender matérias mais complexas de certas disciplinas, o que levará a uma maior dificuldade em ajustar e planear as suas estratégias de métodos de estudo e que, segundo Diperna (2006), irá originar num menor desempenho escolar.

Outro tipo de problemáticas que podem estar na origem do insucesso escolar como fatores interpessoais, nomeadamente as relações familiares, a influência do grupo de pares e a escola em que estão inseridos, ou ainda, fatores intrapessoais, como a percepção do auto conceito, problemas emocionais e o desenvolvimento de competências sociais (Feitosa et al., 2009; Weiner, 1995).

De acordo com o estudo desenvolvido por Stevanato e colaboradores (2003), as dificuldades escolares estão maioritariamente associadas a problemas essencialmente comportamentais e emocionais. Por consequência de um fraco desempenho ou insucesso escolar, o adolescente poderá ter sentimentos de inferioridade, fracasso, desinteresse e

desmotivação, e ainda, ter uma percepção negativa de autoeficácia, autoconceito e autoestima prejudicando o bem-estar psicológico do adolescente (Feitosa et al., 2009).

O adolescente com insucesso escolar envolve-se numa espiral de frustrações que se reflete na sua relação com a família, com o professor e com o grupo de pares. O insucesso leva o aluno a ter comportamentos menos sociáveis e sentimentos de desvalorização (Fonseca, 1999).

Segundo Martinez e Semrud-Clikeman (2004), as dificuldades escolares podem levar à existência de problemas de ajustamento social contribuindo para mais complicações emocionais e sociais significativas incluindo o isolamento social, percepção de rejeição pelos pares e sofrimento. Os adolescentes podem reagir de forma a deixarem de participar nas aulas e não fazerem os trabalhos, terem dificuldades de concentração ou ainda terem comportamentos desadequados na sala de aula, perturbando também os colegas (Hutz & Bardagir, 2006).

Um adolescente desmotivado tem tendência a não se empenhar nas tarefas escolares e a desistir com facilidade, podendo ainda, produzir uma certa aversão em relação à escola. A motivação é um fator essencial que influencia o processo de aprendizagem do adolescente, pois envolve o emocional e o comportamental (Soares et al., 2005).

Torna-se imprescindível que os pais ou cuidadores acreditem nas competências dos adolescentes, pois muitas vezes estes mostram-se desinteressados ou desmotivados, por ausência de incentivo ou estímulo por parte da escola ou por parte da família. Nos casos de insucesso escolar, motivar o adolescente através da estimulação dos aspetos positivos é deveras importante, para que o aluno consiga alcançar uma melhoria no seu desempenho escolar (Sampaio, 1996).

De acordo com Santos e Graminha (2006), os problemas comportamentais e emocionais influenciam o desempenho escolar, provocando conseqüentemente no adolescente, sentimentos e comportamentos menos agradáveis, sendo que as dificuldades poderão expressar-se através de comportamentos internalizantes, como sintomas associados à ansiedade, à depressão e sentimentos de inferioridade ou através de comportamentos externalizantes, ou seja, atitudes que geram conflitos, e que na grande maioria das vezes são pautados por características de oposição, impulsividade, agitação psicomotora ou agressividade.

Objetivos do estágio

O estágio acadêmico faz parte integrante do 2º ano do mestrado em psicologia clínica, visando proporcionar ao futuro psicólogo clínico o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso, através de um processo dinâmico sob supervisão direta de um orientador de estágio, que definiu os seguintes objetivos:

- Aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências na área da psicologia clínica através do acompanhamento psicológico de casos;
- Articulação entre conhecimentos teóricos e a componente prática englobando a observação clínica, a avaliação e intervenção psicológica.

Método

No presente capítulo serão referidos os participantes, os procedimentos e os instrumentos pretendendo especificar a amostra sobre a qual incidiu todo o trabalho desenvolvido durante o estágio.

Tendo como objetivo a proteção da identidade e a privacidade dos participantes envolvidos neste estágio, todos os nomes presentes neste relatório são fictícios.

Participantes

A população alvo são maioritariamente as alunas do Instituto de Odivelas, sendo 38 alunas do 9º ano e 30 alunas do 12º ano de escolaridade.

A intervenção psicológica realizada no decorrer do estágio envolveu dez alunas do Instituto de Odivelas, do género feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos com problemáticas distintas, bem como, uma militar e uma funcionária civil, referidos de forma sucinta na tabela 1.

Tabela 1
Casos clínicos sujeitos a intervenção

Caso / Nome	Idade	Motivo do pedido	Avaliação psicológica	Nº de sessões	Observações	Resultados
Caso A / Ângela	14	Problemas familiares; sintomatologia depressiva; falta de concentração estudo.	Entrevista clínica; YSR; CBCL; TRF; CDI; MPR.	12	Observação clínica; Avaliação psicológica; Intervenção individual.	Recomendou -se continuação do apoio psicológico.
Caso B / Bárbara	14	Sintomatologia ansiosa; falta de assertividade; baixo autocontrolo.	Entrevista Clínica; YSR; CBCL; TRF; MPR; CDI; CMAS-R.	10	Observação clínica; Avaliação psicológica; Intervenção individual.	Recomendou -se a continuação do apoio psicológico.
Caso C / Marta	14	Problemas familiares.	Entrevista clínica.	6	Observação clínica; Intervenção individual	Alta

Caso D / Joaquina	14	Oscilações humor.	do	Entrevista Clínica.	4	Intervenção individual.	Alta
Caso E / Amália	14	Problemas familiares; métodos estudo.	de	Entrevista clínica; MPR.	9	Observação clínica; Avaliação psicológica; Intervenção individual.	Alta
Caso F / Rita	14	Problemas aprendizagem; métodos estudo.	de	Entrevista clínica; MPR.	6	Observação clínica; Avaliação psicológica; Intervenção individual.	Alta
Caso G / Joana	14	Preocupações relativas futuro académico	ao	Entrevista clínica.	5	Intervenção individual.	Alta
Caso H / Susana	18	Preocupação com o futuro académico; falta de assertividade na relação com os outros.		Entrevista clínica.	7	Observação clínica; Intervenção individual.	Alta
Caso I / Anita	18	Comportamentos depressivos; consumos.		Entrevista clínica; YSR; BDI.	10	Observação clínica; Avaliação psicológica; Intervenção individual.	Recomendou -se continuação do apoio psicológico.
Caso J / Jacinta	18	Dificuldades na relação com o pai; preocupação com o futuro académico.		Entrevista clínica.	6	Intervenção individual.	Alta
Caso K / Rute	25	Sintomatologia ansiosa.		Entrevista clínica.	5	Intervenção individual.	Alta
Caso L / Maria	55	Perturbação depressiva.		Entrevista clínica.	4	Intervenção individual.	Recomendou -se continuação do apoio psicológico.

É de salientar que os casos A e B serão descritos de forma mais detalhada ao longo

do relatório.

Procedimento

O estágio académico foi realizado durante o período de Setembro de 2014 a Junho de 2015.

Tendo em conta os objetivos do estágio, os casos clínicos estruturaram-se da seguinte forma: observação clínica; entrevista clínica ou anamnese; aplicação de provas psicológicas e sessões individuais de acompanhamento psicológico realizadas semanalmente ou quinzenalmente. As particularidades de cada aluna e os objetivos terapêuticos foram tidos em conta para a seleção das provas aplicadas. Os instrumentos descritos detalhadamente são parte integrante de todo o processo de intervenção psicológica, realizado com os dois casos clínicos mais aprofundados.

Outras atividades desenvolvidas

Para além do seguimento de casos clínicos no Instituto de Odivelas foram paralelamente desenvolvidas outras atividades consideradas igualmente relevantes e pertinentes para o estágio, tais como:

- Participação no IX Congresso Ibero Americano de Psicologia e 2º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses realizado entre os dias 9 a 13 de Setembro de 2014 (Anexo C);

- Apresentação de poster no IX Congresso Ibero Americano de Psicologia e 2º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses realizado entre os dias 9 a 13 de Setembro de 2014 (Anexo D);

- Participação na seleção de candidatos para a Academia Militar realizada entre os dias 15 a 19 de Setembro de 2014. A seleção é feita através de provas cognitivas, de personalidade, dinâmicas de grupo e provas de projeto e planeamento. Foi efetuada a realização de 15 entrevistas e respetivos relatórios com o parecer final;

- Participação na seleção para o curso de proteção de pessoal a altas entidades no dia 6 de Outubro de 2014, através da elaboração de 5 entrevistas e respetivos relatórios;

- Curso em *Individual crisis intervention and peer support* com certificação pela *International Critical Incident Stress Foundation (ICISF)*, realizado no ISPA nos dias 27, 28 e 29 de Novembro de 2014 (Anexo E);

- Aplicação de provas de orientação escolar em grupo a 53 alunos no CPAE nos dias 17, 18 e 19 de Dezembro de 2014. As provas aplicadas foram a Bateria de Aptidões Específicas (GATB), as Matrizes Progressivas de Raven (MPR) e o Inventário de Interesses e Preferências Profissionais (IPP-R), a cotação das provas foi efetuada durante a semana seguinte;

- Formação em Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa, realizado no dia 6 de Fevereiro de 2015, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (Anexo F);

- Aplicação de provas de orientação escolar (GATB, MPR, IPP-R), em grupo a 40 alunas no IO no dia 13 de Fevereiro de 2015 e posteriormente a respetiva cotação. Foi efetuada a realização de 14 entrevistas no IO nos dias 9 e 10 de Abril de 2015, sendo que os relatórios foram elaborados nos dias seguintes;

- Aplicação de provas de orientação escolar (GATB, MPR, IPP-R), em grupo a 36 alunos em Tancos nos dias 16, 17 e 18 de Fevereiro de 2015, respetiva cotação das provas e realização de 12 entrevistas. Os relatórios foram elaborados posteriormente;

- Aplicação de provas de orientação escolar (GATB, MPR, IPP-R), em grupo a 51 alunos no CPAE nos dias 23, 24 e 25 de Março de 2015. A cotação das provas foi efetuada nos dias seguintes;

- Admissões de candidatos 1ª fase ao Colégio Militar e Instituto dos Pupilos do Exército, nos dias 23, 26 e 27 de Março de 2015. As provas aplicadas foram a Bateria Escolar (BE81) a alunos do 5º e 6º ano e a Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD) a alunos do 7º até ao secundário, foi efetuada a cotação das provas nos dias

seguintes e foram enviadas as listagens através de correio eletrónico, com os respetivos pareceres dos candidatos;

- Elaboração de poster e participação no VI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente – Tecnologia e Criatividade, realizado nos dias 22 e 23 de Abril de 2015, organizado pela Universidade Lusíada de Lisboa (Anexo G);

- Participação como formadora na palestra de gestão da ansiedade ministrada às alunas do 12º ano do Instituto de Odivelas, com a duração de duas horas, realizado no dia 29 de Abril (Anexo H);

- Participação no *International Applied Military Psychology Simposium (IAMPS)*, organizado pelo CPAE e realizado no Colégio Militar entre os dias 18 e 22 de Maio de 2015;

- Participação na seleção para o curso de comandos na semana de 15 a 19 de Junho de 2015, elaboração de 12 entrevistas e respetivos relatórios;

- Participação na 2ª fase de admissão de candidatos ao Colégio Militar e ao Instituto dos Pupilos do Exército, através das provas BE81 e BPRD, realizada nos dias 25, 26, 29 e 30 de Junho de 2015. A cotação das provas foi efetuada nos dias seguintes e foram enviadas as listagens por correio eletrónico com os respetivos pareceres dos candidatos;

- Realização de 53 entrevistas de orientação escolar no CPAE, entre os meses de Janeiro a Junho de 2015 e elaboração dos respetivos relatórios. Todas as entrevistas de orientação seguem o mesmo critério, a primeira parte é apenas com o aluno e a segunda parte da entrevista é também com o encarregado de educação.

Instrumentos

Serão apresentadas algumas das técnicas fundamentais no auxílio da recolha de dados sobre a pessoa utilizadas em contexto clínico e que fizeram parte da intervenção

direta durante o estágio, nomeadamente a entrevista e a observação mas também, a avaliação psicológica e o acompanhamento psicológico.

Avaliação psicológica

Para a avaliação psicológica recorre-se à observação, à entrevista clínica, a instrumentos psicométricos e à informação do contexto em que o sujeito se insere, família, grupo ou pares. A avaliação psicológica é um processo complexo que serve para recolher informações acerca do utente envolvendo um conjunto de técnicas e instrumentos, que permitem a obtenção de informações relevantes para a compreensão dos processos psicológicos e de funcionamento de uma determinada pessoa (Wechesler & Guzzo, 1999).

A avaliação psicológica pode ser realizada em diversos contextos tais como, escolas, organizações, tribunais, desporto, orientação vocacional ou consultas de psicologia. Os seus objetivos são inúmeros e poderão variar consoante o pedido, as pessoas envolvidas, bem como, outros aspetos que podem ser relevantes para a situação e, neste sentido, o profissional deve adotar as técnicas e os métodos mais adequados à situação que pretende avaliar (Buela-Casal & Sierra, 2004).

No procedimento de uma avaliação psicológica existem alguns passos a serem observados, como a identificação dos objetivos da avaliação de forma clara e realista, seleção adequada dos instrumentos e respetiva aplicação, correção e interpretação dos resultados de forma cuidadosa e rigorosa. Para além dos passos referidos existem também alguns cuidados que o psicólogo deve ter em conta e que se prendem com questões técnicas, relacionais, éticas, legais profissionais e sociais. A dimensão ética é imprescindível principalmente na avaliação psicológica, pois engloba aspetos como o respeito pelo outro, pelo seu sofrimento, os cuidados a ter na intervenção de modo a evitar

prejuízos no cliente e a sustentação de resultados independentemente de qualquer tipo de pressão, por exemplo, pais ou professores (Machado & Souza, 2007).

Neste sentido, a avaliação psicológica é um procedimento que envolve várias técnicas entre elas a entrevista e a observação, assim como as provas psicológicas, e representa um momento importante e fundamental do acompanhamento psicológico.

Observação

A observação é uma técnica de indiscutível vantagem para o processo terapêutico no âmbito da análise do comportamento pois, facilita a previsão e controlo de comportamentos (Dittrich, Strapasson, Silveira & Abreu, 2009).

A observação é um meio através do qual se pode recolher informação dos comportamentos da pessoa, tendo em conta a sua história de vida e o contexto em que se insere. Na psicologia clínica, a observação é muitas vezes utilizada como complemento de outras informações, nomeadamente como complemento essencial da entrevista (Pedinilli, 1999).

No contexto escolar é importante a observação do aluno nas aulas, nos intervalos, bem como, no contexto da entrevista e de provas psicológicas como forma de complementar os dados clínicos (Rapport, 2005).

Entrevista clínica

Para a recolha de informação privilegiamos a entrevista clínica, pois trata-se de uma técnica que possibilita a observação das congruências ou incongruências entre a linguagem verbal e não-verbal, dos silêncios ao longo da sessão, do tom de voz, do comportamento ou atitude do utente quando é abordado determinado tema (Silva, 2004).

A entrevista é uma técnica usada em várias disciplinas na área das ciências humanas e sociais, sendo considerada uma ferramenta de grande utilidade em psicologia,

nomeadamente na fase de avaliação psicológica, permitindo a recolha de informações de conteúdo subjetivo sobre os indivíduos (Bénony & Chahraoui, 2002).

É um processo que possibilita compreender melhor todos os aspetos biopsicossociais do paciente, assim como as representações pessoais que tem sobre um determinado aspeto. A entrevista clínica permite obter informações sobre a sua história, os acontecimentos de vida, a forma como gere as relações com os outros e consigo próprio, a sua vida íntima, os seus sonhos, os seus medos, as suas angústias e as dificuldades de vida (Leal, 2010).

A entrevista clínica complementa o método clínico e pressupõe uma escuta ativa diante da personalidade de cada paciente, tornando-se um processo especializado consoante as problemáticas e características de cada pessoa (Pardinielli, 1999; Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

As técnicas de entrevista mais utilizadas são o questionamento, a reflexão, a reformulação, a clarificação, a confrontação, a autorevelação, o silêncio, a exploração, a reestruturação, a interpretação, entre outras, utilizando-as de forma interligada, durante todo o processo de intervenção (Leal, 2008). A forma como são aplicadas as técnicas da entrevista, dependerá de vários fatores, isto é, do objetivo da entrevista, do modelo teórico utilizado e das características do entrevistado, sendo que a forma como a entrevista é conduzida poderá ser diretiva, semi-diretiva ou estruturada (Bénony & Chahraoui, 2002).

A entrevista clínica promove o estabelecimento de uma aliança terapêutica entre o terapeuta e o paciente de modo a atingir a intencionalidade de um vínculo seguro e de construção de uma ligação facilitadora da intervenção psicológica (Eizirik et al., 2008). A atitude do psicólogo deverá primar pelo respeito, pela empatia e pela neutralidade pois, uma aliança terapêutica sólida e autêntica é fundamental para o sucesso da psicoterapia (Cordioli, 2008).

Durante o acompanhamento psicológico dos casos clínicos optou-se por utilizar uma entrevista semiestruturada, com recurso a algumas questões previamente elaboradas, pelo facto de permitir uma maior orientação relativamente aos objetivos que se pretende analisar, mas também pela existência de uma maior flexibilidade permitindo ao profissional acrescentar ou reformular as questões à medida que a entrevista se desenrola (Bénony & Chahraoui, 2002).

A entrevista e a observação estão inevitavelmente ligadas uma à outra e são duas das técnicas fundamentais para a realização da avaliação psicológica. A utilização dos instrumentos psicométricos é sempre importante quando as sessões suscitam dúvidas acerca do estado mental, cognitivo ou emocional do utente. Contudo, é necessário considerar as especificidades do caso em questão e as características do utente, isto é, o nível de educação e a motivação para o processo terapêutico.

Modelo Multiaxial de Achenbach

No sentido de obter uma avaliação comportamental esclarecedora, esta realizou-se através do Modelo Multiaxial de Achenbach (1991) traduzido e adaptado para a população portuguesa por Fonseca, Simões, Almeida, Gonçalves e Dias (1994).

Trata-se de um modelo de avaliação dimensional de problemas, de competências emocionais e de comportamentos de crianças e adolescentes. É possível através deste agrupar informações relativas aos diferentes contextos onde a criança ou adolescente está inserido, através de diferentes informadores potenciando informação privilegiada desde a autoavaliação à observação direta do comportamento, minimizando os enviesamentos decorrentes do recurso a uma única fonte de informação (Fonseca & Monteiro, 1999).

Este modelo é constituído pela entrevista clínica semiestruturada para crianças e adolescentes dos 11 aos 18 anos de idade, a *Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA), um questionário de comportamento da criança

dirigido aos pais ou cuidadores denominado *Child Behavior Checklist (CBCL)*, um questionário administrado ao adolescente denominado de *Youth Self Report (YSR)* e um questionário conduzido ao professor diretor de turma, o *Teacher's Report Form (TRF)*. Este modelo permite a identificação das áreas em que o comportamento da criança ou adolescente é normativo e aquelas em que se poderá dizer que é problemático e que são relevantes para o diagnóstico e intervenção (Gonçalves & Simões, 2000).

Entrevista Clínica Semiestruturada para Crianças e Adolescentes (Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents - SCICA)

No que diz respeito à entrevista clínica semiestruturada para crianças e adolescentes esta é uma entrevista flexível e aplicável a crianças e adolescentes dos 6 aos 18 anos (Anexo I). Tem como objetivo ultrapassar as dificuldades que normalmente se associam à situação de entrevista clínica com a criança, na medida em que estas são, de forma geral, demasiado longas e, do ponto de vista desenvolvimental, pouco sensíveis. Assim sendo, a SCICA permite retirar informações de funcionamento da criança ou adolescente de nove áreas gerais de funcionamento, tais como: atividades, escola e emprego; amigos; relações familiares; fantasias, sonhos; auto-perceção, sentimentos; problemas relatados pelos pais ou professores; testes de realização (opcional); para idades dos 6 aos 12 anos pesquisar anormalidades motoras (opcional); para idades dos 13 aos 18 anos pesquisar queixas somáticas, álcool, droga, problemas com a lei. O entrevistador deve tentar cobrir todas as áreas apropriadas à idade do sujeito (Gonçalves & Simões, 2000).

Questionário de Autoavaliação para Jovens (Youth Self Report – YSR)

O YSR é um dos instrumentos mais utilizados em investigação pois engloba aspetos relevantes nomeadamente a compreensão de problemas emocionais e problemas comportamentais (Anexo J). O questionário é dirigido a adolescentes entre os 11 e os 18

anos, estando dividido em duas partes. A primeira parte é composta por 7 itens, que se referem a competências, atividades e interesses sociais dos sujeitos e a segunda parte é constituída por 112 itens, sendo que o adolescente responde tendo em conta os últimos seis meses que antecederam ao preenchimento do questionário (Fonseca & Monteiro, 1999).

O YSR é constituído por oito subescalas: isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de atenção, problemas de pensamento, comportamento agressivo e comportamento delinvente, sendo que as respostas dos participantes têm uma pontuação de 0 se a afirmação não é verdadeira, 1 se a afirmação é algumas vezes verdadeira, ou 2 se a afirmação é muitas vezes verdadeira. É possível ainda verificar se o funcionamento do adolescente é mais de tipo internalizador ou de tipo externalizador. O indicador de internalidade é constituído pelas subescalas de isolamento, queixas somáticas e ansiedade/depressão, e o indicador de externalidade é constituído pelas subescalas de comportamento delinvente e comportamento agressivo. Relativamente à fidedignidade do instrumento para a população portuguesa, os valores do alfa de Cronbach para as dimensões antissocial e problemas de atenção é de 0,80, para a dimensão ansiedade/depressão é de 0,79 e para o isolamento, queixas somáticas e problemas de comportamento é de 0,70 (Fonseca & Monteiro, 1999).

Questionário de Comportamentos da Criança (Child Behavior Checklist - CBCL)

O CBCL é aplicável a pais ou cuidadores de crianças dos 6 aos 18 anos sendo que as questões são mais específicas do contexto familiar (Anexo K). Este questionário é constituído por 113 que descrevem os comportamentos problemáticos da criança ou adolescente, reportando-se aos seis meses anteriores ao preenchimento do questionário. Tal como o YSR, a pontuação é efetuada da mesma forma, 0 pontos quando a afirmação

não é verdadeira, 1 ponto quando a afirmação é algumas vezes verdadeira ou 2 pontos quando a afirmação é muito verdadeira. O CBCL agrupa, igualmente, os sintomas problemáticos nas seguintes subescalas: isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de atenção, problemas de pensamento, comportamento agressivo e comportamento delinvente e fornece também os indicadores de internalização e de externalização (Gonçalves & Simões, 2000).

Questionário de Comportamentos da Criança (Teacher Report Form – TRF)

Partindo do pressuposto que os problemas de comportamento que se manifestam na escola e em contexto familiar não são obrigatoriamente os mesmos, torna-se importante o complemento da avaliação com o questionário dos comportamentos da criança destinado a ser preenchido pelo professor (Anexo L). A pertinência deste instrumento prende-se com a realidade com que o professor lida no contexto de sala de aula, aliado ao facto de ter ao seu dispor um conjunto de outros alunos que permitem um meio de comparação, facilitando assim, uma descrição com maior objetividade no que diz respeito aos comportamentos da criança. O TRF distingue-se do YSR e do CBCL através de questões que ocorrem especificamente em contexto escolar, mas também, o período de avaliação a que se reporta, sendo que o TRF reporta-se apenas aos últimos dois meses. Em termos de cotação este questionário segue a mesma linha do YSR e do CBCL.

Inventário de Depressão para Crianças (Children's Depression Inventory – CDI)

O Inventário de Depressão para Crianças (CDI) foi adaptado do *Children's Depression Inventory* de Kovacs e Beck (1977) e Kovacs (1985), este último com base no *Beck Depression Inventory*, de Beck, sendo adaptado para Portugal por Marujo em 1994. É um questionário de auto-descrição de sintomas depressivos indicado para

crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos (Anexo M). É constituído por 27 itens de escolha múltipla, centrados na descrição de sintomas considerados típicos de depressão, envolvendo questões descritivas relativas a tristeza, pessimismo, insatisfação, culpa, não gostar de si, autoagressão, isolamento social, suicídio, dificuldades no contexto escolar, fadiga, problemas de alimentação e no sono (Coutinho, Carlino & Medeiros, 2008).

No que diz respeito à cotação, cada item é composto por quatro respostas cotadas de 0 a 3, sendo que 0 corresponde à resposta indicativa de um mínimo de gravidade e 3 corresponde a um máximo de gravidade, tendo em conta que metade dos itens inicia as escolhas com a frase correspondente à gravidade máxima e a outra metade inicia com as frases correspondentes à gravidade mínima. O jovem deve escolher em cada item, a alternativa que melhor descreve o seu comportamento nas últimas duas semanas. O resultado final é obtido através do somatório da pontuação dos 27 itens que pode variar entre 0 e 54 pontos. O CDI foi desenvolvido com o intuito de avaliar a gravidade dos sintomas depressivos sendo que são considerados como tendo sintomatologia depressiva os jovens que apresentem um resultado a partir de um desvio-padrão acima da média, sabendo que a partir de 33.74 ou acima são valores altos, entre 10.38 e 33.74 são valores médios e de 10.38 ou abaixo são valores baixos, ou seja, sem sintomatologia depressiva (Marujo, 1994 citado por Cardoso, Rodrigues & Medeiros, 2004).

Matrizes Progressivas de Raven

As Matrizes Progressivas de Raven (MPR) foram desenvolvidas por John Raven (1936), e aferidas para a população portuguesa por Simões em 1994, têm como objetivo principal medir o fator geral da inteligência, mais concretamente, o raciocínio lógico abstrato e a resolução de problemas. Esta prova consiste num conjunto de tarefas não-verbais, destinadas a avaliar a aptidão para apreender relações entre figuras ou desenhos geométricos. Nesta prova pretende-se que o indivíduo perceba a estrutura do desenho para

escolher entre as várias opções aquela que corresponde à parte que falta e que completa corretamente cada padrão ou sistema de relações. Foi utilizada a escala padronizada geral que se destina a ser aplicada a adolescentes a partir dos 12 anos e adultos com capacidades cognitivas normalizadas, ou seja, que sejam capazes de raciocinar através de analogias (Almeida, 2009).

É constituída por 6 conjuntos (A, B, C, D e E) em que cada série tem 12 elementos, perfazendo um total de 60 padrões. Cada resposta certa equivale a 1 ponto, sendo que, o somatório total das séries será o resultado bruto que por sua vez, terá de ser convertido em resultado padronizado estimando o percentil intelectual que o sujeito pertence. Quando o percentil é igual ou superior a 95 o sujeito é considerado intelectualmente superior, no intervalo de 75 a 94 é considerado claramente acima da média da capacidade intelectual, no intervalo de 26 a 74, o sujeito encontra-se intelectualmente na média da capacidade intelectual, sendo mediano baixo de 26 a 49 e mediano alto de 51 a 74, no intervalo de 6 a 25 é considerado claramente abaixo da média da capacidade intelectual e se o percentil é igual ou inferior a 5 considera-se com défice intelectual. A aplicação da prova pode ser efetuada em grupo ou individual e tem a duração de vinte minutos. À medida que se avança na prova o nível de dificuldade vai aumentando progressivamente (Santos, 2013).

Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (Revised Children's Manifest Anxiety Scale - CMAS-R)

Para a avaliação de sintomas de ansiedade foi utilizada a Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças, da autoria de Reynolds & Richmond, em 1978 e traduzido por Pedro Dias e Miguel Gonçalves da Universidade do Minho em 1999.

Esta escala avalia uma grande variedade de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes, remetendo para sentimentos de inquietação que podem traduzir-se em

manifestações de ordem fisiológica, como a transpiração, e/ou de ordem motora, como a agitação, os movimentos precipitados, e/ou de ordem cognitiva, como a atenção e vigilância redobradas a determinados aspetos do meio, pensamentos negativos, entre outros (Anexo N).

É um questionário de autoavaliação constituído por 37 questões, em que 28 itens são da escala ansiedade-traço e 9 itens da escala de mentira ou de desejabilidade social. A escala de resposta é de sim ou não, onde o sim avalia a presença de sintomatologia e corresponde a 1 ponto, e o não avalia a ausência de sintomatologia e corresponde a 0 pontos. A pontuação varia entre 0 e 37 pontos, significando que quanto maior é a pontuação, maior é a ansiedade-traço medida por este instrumento.

Conclusão

Este estágio académico permitiu fazer a ligação entre a componente teórica e a componente prática da psicologia clínica, demonstrando que esta é uma atividade em que o profissional deverá estar em constante aprendizagem, apostando na sua formação, e estando recetivo a aprender quer com os seus pares, quer com os seus clientes.

A importância da supervisão semanal nas aulas e a exposição dos casos clínicos perante os colegas, bem como a partilha destes com os seus próprios casos, foi de extrema importância na reflexão dos mesmos, pois foram discutidas as técnicas a aplicar, as hipóteses de diagnóstico, assim como, críticas construtivas e sugestões pertinentes.

Consideramos que os objetivos de estágio propostos pelo orientador na fase inicial do estágio foram atingidos, uma vez que foram adquiridos novos conhecimentos e foram desenvolvidas mais competências no âmbito da psicologia clínica, articulando os conhecimentos teóricos com a componente prática através da observação clínica, da avaliação e do acompanhamento de casos clínicos.

Todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram consideradas uma mais-valia, mais especificamente o estudo de casos clínicos com a observação clínica, a recolha de informação anamnésica, a avaliação e a própria intervenção psicológica, pois contribuíram fortemente para a aquisição de conhecimentos e experiências que serão fundamentais na prática da psicologia clínica.

A relação e a aliança terapêutica devem ser de qualidade, proporcionando empatia, compreensão e confiança nos clientes, pois são fatores chave de extrema importância para o processo de acompanhamento psicológico, bem como, as dinâmicas que se realizam em cada sessão, tendo sempre em conta a individualidade de cada pessoa, a sua história de vida e experiências vividas que variam de caso para caso.

As principais limitações verificadas durante o estágio prendem-se essencialmente com questões ao nível do horário das consultas, pois as alunas não têm horas livres, levando-as a faltar às aulas para comparecer nas sessões de acompanhamento psicológico. Contudo, houve sempre um esforço da nossa parte no sentido de fazer as marcações nas horas das atividades extracurriculares com o intuito de não prejudicar as alunas em aulas de extrema importância. Outra limitação verificada prende-se com o facto de existir uma interrupção durante as férias escolares e não serem realizadas as sessões de acompanhamento psicológico, podendo eventualmente ser prejudicial em termos de evolução terapêutica.

Como sugestão futura, consideramos ser pertinente a implementação da prática da psicologia clínica nos estabelecimentos de ensino, no sentido de diminuir as possíveis falhas presentes no sistema educativo e familiar, tendo como intuito primordial a facilitação de todo o processo de aprendizagem do aluno, promovendo a sua estabilidade emocional, essencial para um bom desempenho escolar.

As expectativas em relação ao estágio foram superadas e os objetivos foram amplamente atingidos, servindo de preparação para a prática profissional da psicologia clínica.

Reflexão final

A realização de um estágio é acima de tudo pôr em prática os conhecimentos adquiridos teoricamente, adequando-os às especificidades de cada cliente, o que me permitiu compreender a função do psicólogo na prática clínica e adquirir muita experiência.

Tornou-se um percurso muito interessante ao nível académico, pessoal e profissional, sendo uma etapa muito enriquecedora uma vez que permitiu a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos.

Todo o percurso académico e a realização do estágio foram essenciais para a formação em psicologia clínica, proporcionando igualmente, um crescimento pessoal e profissional. Toda a experiência e aprendizagem ao longo destes meses de estágio foram sem dúvida, muito gratificantes, houve um misto de sensações e emoções positivas, mas também, momentos de receio e insegurança contudo, é o medo de falhar que nos faz crescer, evoluir e procurar dar o nosso melhor em cada caso.

A concretização desta etapa é imprescindível para a posterior prática clínica pelas aprendizagens e competências adquiridas, no entanto, o trabalho do psicólogo clínico é um trabalho complexo que requer um aperfeiçoamento das técnicas necessárias à relação terapêutica e à intervenção psicológica, assim como, um estudo contínuo e formação ao longo da vida profissional, implicando uma constante atualização e investigação.

Durante o meu desempenho estiveram sempre presentes os princípios gerais e específicos do código deontológico da OPP. A pesquisa e a consulta de literatura foram igualmente oportunas para a permanente atualização de conhecimentos.

Tentei manter sempre uma postura de autoavaliação, autocrítica e de autorreflexão em relação às responsabilidades que me delegaram e também em relação aos casos clínicos que acompanhava.

Ao longo do estágio preocupei-me sempre em trabalhar em equipa, promovendo a coesão grupal e a interajuda, implementando assim, competências fundamentais para a continuidade do meu desenvolvimento como psicóloga.

Senti que este estágio contribuiu significativamente para o meu autoconhecimento no sentido de compreender e potenciar as minhas capacidades, mas também para identificar e superar as minhas limitações ou dificuldades. Este estágio foi um período enriquecedor e gratificante, no qual adquiri novas experiências, novas aprendizagens e novas competências, quer pessoais quer profissionais, proporcionando o meu crescimento como pessoa e como psicóloga.

Referências bibliográficas

- Almeida, F. (2009). Teste das Matrizes Progressivas de Raven (MPCR). *Peritia, Revista Portuguesa de Psicologia*.
- Almeida, L. (2003). Psicologia escolar em Portugal. In Jesus S. (Org.), *Psicologia em Portugal: Balanço e perspectivas* (pp. 20-39). Coimbra: Quarteto Editora.
- Amado, J. (2010). Indisciplina e violência escolares: afinal o que está em causa? In J. Ferreira (Org.), *A intervenção psicológica em problemas de educação e de desenvolvimento humano*, (pp. 99-117). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ªEd.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, A. (2000). Psicologia clínica e educação: interfaces na investigação com relevância para a prática quotidiana. In Machado, C., Melo, M., Franco, V., & Santos N. (Org.), *Interfaces da psicologia: actas do congresso internacional*. Évora: Departamento de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora.
- Arnett, J. (2010). *Adolescence and emerging adulthood* (4ª ed.). Upper Sadle River: Pearson.
- Azevedo, V. (2012). *O papel dos estilos educativos parentais na sintomatologia ansiosa de adolescentes do 3º ciclo do ensino básico*. Dissertação de mestrado em psicologia clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Bahls, S., & Navolar, A. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrónica de Psicologia*, 4.

- Basco, M., Thase, M., & Wright, J. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo comportamental*. São Paulo: Artmed.
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Berge, A. (1990). A higiene mental na escola. In André Berge & João dos Santos, *A higiene mental na escola* (pp. 41-49). Lisboa: Livros Horizonte
- Bloch, S. (Coord.) (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Brito, S. (2008). A psicologia clínica: procura de uma identidade. *Psilogos*.
- Buela-Casal, G., & Sierra, J.C. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Borges, A., Manso, D., Tomé, G., & Matos, M. (2008). Ansiedade e *coping* em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4(26), 551-561.
- Borrine, M. L., Handal, P. J., Brown, N. B., & Searight, H. R. (1991). Family conflict and adolescent adjustment in intact, divorced and blended families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 753-755. Doi: 10.1037/0022-006X.59.5.753
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(2), 208-214.
- Brown, L. S., & Wright, J. (2003). The relations between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 351-367.
- Câmara, P. (2005). *Depressão na infância e relações objectais*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Campos, B., Ullman, J., Aguilera, A., & Schetter, C. (2014). Familism and psychological health: The intervening role of closeness and social support. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 20*(2), 191–201. Doi: 10.1037/a0034094
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de comportamentos depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica, 4*(22), 667-675.
- Carlson, W., & Rose, A. J. (2007). The role of reciprocity in romantic relationships in middle childhood and early adolescence. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of developmental psychology, 53*(2), 262-290.
- Casarin, N., & Ramos, M. (2007). Família e aprendizagem escolar. *Revista de Psicopedagogia, 24*(74), 182-201.
- Cassady, J. C. (2010). *Anxiety in schools. The causes, consequences and solutions for academic anxieties*. Peter Lang Publishing, Inc., New York.
- Centro de Psicologia Aplicada do Exército (2014). *Anuário*. Lisboa: CPAE.
- Centro de Psicologia Aplicada do Exército (2010). *Retrospectivas da Psicologia e Sociologia Militar*. Recuperado de; <http://www.exercito.pt/sites/CPAE/Historial/Paginas/default.aspx>
- Centro de Psicologia Aplicada do Exército (2002). *Modelo de apoio psicológico*. Lisboa: CPAE.
- Clark, D., Beck, A., & Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley and Sons: New York.
- Clerget, S. (2001). *Não estejas triste meu filho*. Porto: Ambar.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora S.A.
- Conte, H. R. (1994). Review of research in supportive psychotherapy: An update. *American Journal of Psychotherapy, 48*(4).

- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente*. Lisboa: Esfera dos Livros.
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias: abordagens actuais* (3.^a ed). Porto Alegre: Artmed.
- Coslin, P. G. (2002). *Psicologia do adolescente* (1.^a ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Coutinho, M., Carolino, Z., & Medeiros, E. (2009). Inventário de Depressão Infantil (CDI): Evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300.
- Day, R. D., & Padilla-Walker, L. M. (2009). Mother and father connectedness and involvement during early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 900-904.
- Davila, J., La Greca, A. M., Starr, L. R., & Landoll, R. R. (2010). Anxiety disorders in adolescence. In J. Beck (Eds.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment*, 97-124. American Psychological Association. doi:10.1037/12084-004
- Desforges, C., & Abouchar, A. (2003). *The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievements and adjustment: A literature review*. Research Report RR433. Department for education and skills. Nottingham: DfES Publications.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes: Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI) (pp. 553-564). Braga: APPORT.
- Diperna, J. C. (2006). Academic enablers and student achievement: implications for assessment and intervention services in the schools. *Psychology in the Schools*, 43, 7-17.

- Dittrich, A., Strapasson, B. A., Silveira, J. M., & Abreu, P. R. (2009). Sobre a observação enquanto procedimento metodológico na análise do comportamento: positivismo lógico, operacionismo e behaviorismo radical. *Psicologia: teoria e prática*, 25(2), 179-187.
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2006). Attachment and the processing of social information in adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 117.
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2008). Attachment and peer relations in adolescence. *Attachment & Human Development*, 10(2), 123-141.
- Eisenstein, E. (2006). Traumas e suas repercussões na infância e na adolescência. *Adolescência & Saúde*, 3(2).
- Eizirik C. L., Aguiar, R. W., & Schestatsky, S. S. (2008). *Psicoterapia de orientação analítica*. (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Feeney, B. C. (2007). The dependency paradox in close relationships: accepting dependence promotes independence. *Journal of Personality & Social Psychology*, 92(2).
- Ferreira, C., & Alves, P. (2011). A personalidade e os resultados escolares. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), 79-92.
- Feitosa, F., Matos, M., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2005). Suporte Social, nível socioeconómico e o ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. *Temas em Psicologia*, 13(2), 129-138.
- Feitosa, F. B., Matos, M. G., Prette, Z. A., & Prette, A. D. (2009). Desempenho académico e interpessoal em adolescentes portugueses. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 259-266.
- Ferreira, I. S. (2010). O contributo das variáveis familiares, de desenvolvimento e sociodemográficas para a compreensão da adaptação ao ensino superior. In J.

- Ferreira (Org.). *A intervenção psicológica em problemas de educação e de desenvolvimento humano* (pp.73-97). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Fonseca, H. (2005). *Viver com adolescentes*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fonseca, V. (1999). *Insucesso escolar - Abordagem psicopedagógica das dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, A., & Monteiro, C. (1999). Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: O Youth Self-Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.
- Foucault, M. (1975). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Garcês, I., & Baptista, F. (2001). A família como um sistema em transformação. In Luísa Ferreira da Silva (Org.), *A acção social na área da família* (pp. 33-126). Lisboa: Universidade Aberta.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (2), 47-60.
- Gaspar, T., & Matos, M. (2009). Estar bem e sentir-se bem. In Margarida Gaspar de Matos e Daniel Sampaio (Coord.), *Jovens com saúde: diálogo com uma geração* (pp.131-140). Lisboa: Texto Editores.
- Geldard, K., & Geldard, D. (2010). *Counselling adolescents: the pro-active approach*. London: SAGE Publications Ltd.
- Gleitman, H. (1999). *A Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomezã, R., & McLaren, S. (2007). The inter-relations of mother and father attachment, self-esteem and aggression during late adolescence. *Aggressive Behavior*, 33, 160-169.

- Gonçalves, M., & Simões, M. R. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Grillo, E., & Silva, R. (2004). Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 21-27.
- Hallstrom, C., & McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão – perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Harter, S. (2006). The self. In W. Damon, R. Lerner (Eds. in Chief) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology. Social, emotional and personality development* (6th ed.) 505-570. New York: Wiley.
- Heslop, P., & Abbott, D. (2009). Help to move on – but to what? young people with learning difficulties moving on from out-of-area residential schools or colleges. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(1), 12-20.
- Hodis, F. A., Meyer, L. H., McClure, J., Weir, K. F., & Walkey, F. H. (2011). A longitudinal investigation of motivation and secondary school achievement using growth mixture modeling. *Journal of Educational Psychology*.
- Hussong, A., & Chassin, L. (2004). Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and Psychopathology*, 16, 985-1006.
- Hutz, C. S., & Bardagir, M. P. (2006). Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: a influência dos estilos parentais. *PsicoUSF*, 11 (1), 65-73.
- Instituto de Odivelas (2014a). *Regulamento Interno do Instituto de Odivelas 2014-2015*. Instituto de Odivelas.
- Instituto de Odivelas (2014b). *Regulamento do Internato do Instituto de Odivelas 2014-2015*. Instituto de Odivelas.

- Jongenelen, I., Carvalho, M., Mendes, T., & Soares, I. (2009). Vinculação na adolescência. In Isabel Soares (Coord.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp. 99-120). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceptuais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatria*, 30(2), 54-60.
- Kroger, J. (2003). Identity development during adolescence. In Adams, G.R. & Berzonsky, M. (Ed.), *The Blackwell Handbook on Adolescence*. Blackwell, Oxford,UK.
- Last, C. (2009). *S.O.S. Crianças – Como o seu filho pode vencer a ansiedade e o medo*. Lisboa: Casa das Letras.
- Leal, I. (2010). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio* (2ª ed.). Lisboa: Placebo.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas*. Lisboa: Placebo Editora Lda.
- Lerner, R., & Steinberg, L. (2009). *Handbook of adolescent psychology*. Thrid Edition. John Wiley & Sons. Hoboken. New Jersey.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2004). Body image development in adolescence. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 74-82). New York: The Guilford Press.
- Lewis, A., & Thomas (2011). Self-esteem. *Intuition*, 7, 28-33.
- Machado, A., & Souza, C. (2007). Dimensões do processo de avaliação psicológica. In Adriane Machado, Valéria Morona, (Coord.), *Manual de avaliação psicológica* (21ª Ed.), 17-18. Curitiba: Unificado.
- Mair, D. (2005). The best years of your life? *Therapy Today*, 16(7).

- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Markowitz, J., Manber, R., & Rosen, P. (2008). Therapists responses to training in brief supportive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 62(1).
- Marques, T. (2011). *Clínica da Infância*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Martinez, R. S., & Semrud-Clikeman, M. (2004). Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 37(5), 411-420.
- Marujo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Dissertação de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Mason, K. (1997). The emocional transition of twelve year olds from home to a boarding situation. In *celebrating rural education: Proceedings of the national conference of the society for provision of education in rural Australia* (pp. 2-8).
- Matos, M. G. (2008). A saúde do adolescente: o que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2(26), 251-263.
- Melgosa, J. (2004). *Para adolescentes e pais*. (M. G. Cargol, Trans.). Madrid: Editorial Safeliz.
- McLaughlin, K.A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009). Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 659-669.
- Morais, N. A., Leitão, H. S., Koller, S. H., & Campos, H. R. (2004). Notas sobre a experiência de vida num internato: Aspectos positivos e negativos para o desenvolvimento dos internos. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 379-387.

- Muris, P. (2007). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. Elsevier.
- Nir, D., & Schmid, H. (1997). Psychosocial treatment and relations between children. In residential boarding schools and their parents. *Child and Family Social Work*, 3, 247-257.
- Oliveira, M. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 30-34.
- Onatsu-Arvilommi, T. (2003). Pupils' achievement strategies, family background and school performance. *Academic dissertation*.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico*. Lisboa: OPP.
- Osswald, W. (2009). Uma reflexão ética sobre cuidados de saúde mental. *Estudos de Direito da Bioética*, (3). Coimbra: Editora Almedina.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). Site: <http://www.who.int/publications/en/>
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2): 229-239.
- Paiva, R., & Silva T. (2008). Considerações a respeito da ansiedade em jovens atletas a partir dos estágios psicossociais do desenvolvimento. *Psicologia em pesquisa, UFJF*, 2(01), 11-19.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1(22), 235-244.
- Pereira, A. (1999). *Este medo sem sentido...A ansiedade na adolescência*. Porto: Ambar.

- Pereira, A. C. S., Ambrózio, C. R., Santos, C. N., Borsato, F., Figueira, F. F., & Riechi, T. I. J. (2005). Família e dificuldades de aprendizagem: uma reflexão sobre a relação pais e filhos. *UFPR*.
- Perepletchikova, F., Krystal, J. H., & Kaufman, J. (2008). Practitioner review: Adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *J Child Psychol Psychiatry*, *49*(11), 1131–1154. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01934.x.
- Persell, C. H., Catsambis, S., & Cookson, Jr. P. W. (1992). Family background, school type, and college attendance: a conjoint system of cultural capital transmission. *Journal of Research on Adolescence*, *2*(1), 23. Lawrence Erlbaum.
- Picardi, A., & Gaetano, P. (2014). Psychotherapy of mood disorders. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, *10*, 140-158. Doi: 10.2174/1745017901410010140
- Pires, M., Hipólito, J., & Jesus, S. (2010). *Empowerment* em pais e mães: estilos parentais diferentes? In Isabel Leal (Org.), *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (p.63). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Portela, C., Almeida, D., Seabra, J., & Nunes, P. (2008). *Relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais*. Trabalho de Licenciatura, apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira I., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev Bras Psiquiatria*, *30*(2), 73-80.
- Plunkett, S. W., Henry, C. S., Robinson, L. C., Behnke, A., & Falcon, P. C. (2007). Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem, and adolescent depressed mood. *J Child Fam Stud*, *16*, 760–772. Doi: 10.1007/s10826-006-9123-0

- Rapee, R., Spence, S., Cobham, V., & Wignall, A. (2010). *Transtorno da ansiedade na infância*. São Paulo: M. Books.
- Rapp-Paglicci, L. A., Dulmus, C. N., & Wodarski, J. S. (2004). *Handbook of preventive interventions for children and adolescents*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Rapport, M. (2005). Commentary: School based observations of children at school: Promise with prudence. *School Psychology Review*, 34(4), 537-542.
- Resende, C., Santos, E., Santos, P., & Ferrão, A. (2013). Depressão nos adolescentes – mito ou realidade? *Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 22(3), 145-150.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(14), 589-599.
- Ricou, M. (2011). *A ética e a deontologia no exercício da psicologia*. Tese de doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rijavec, M., & Brdar, I. (2002). Coping with school: Development of the school failure coping. *European Journal of Psychology of Education*, 12, 37-49.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa* (7ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Rosen, J., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105, 325-350.
- Sampaio, D. (1996). *Voltei à escola*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1998). *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar: um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.

- Sampaio, D. (2009). Os adolescentes com perturbações mentais. In Margarida Gaspar de Matos e Daniel Sampaio (Coord.), *Jovens com saúde: diálogo com uma geração* (pp. 295-303). Lisboa: Texto Editores.
- Santos, J. (1993). *Se não sabe porque é que pergunta?* Lisboa: Assírio & Alvim.
- Santos, L. (2013). *O psicólogo clínico no contexto de intervenção de um gabinete de aconselhamento psicológico universitário*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Santos, P., & Graminha, S. (2006). Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento académico. *Estudos de Psicologia, 11*(1), 101-109.
- Santrock, J. W. (2006). *Life-span development*. New York: McGraw-Hill.
- Schaverien, J. (2004). Boarding school: the trauma of the privileged child. *Journal of Analytical Psychology, 49*(5), 683-705.
- Seiffge-Krenke, I., & Beyers, W. (2005). Coping trajectories from adolescence to young adulthood: links to attachment state of mind. *Journal of Research on Adolescence, 15*(4), 561-582.
- Shapka, J. D., & Keating, D. P. (2005). Structure and change in self-concept during adolescence. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 37*(2), 83-96.
- Shumow, L., & Schmidt, J. (2014). *Enhancing adolescent's motivation for science: Research-based strategies for teaching male and female student*. SAGE Publications Ltd.
- Silva, F. (2004). La entrevista. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Evaluation psicológica* (pp. 263-296). Madrid Ediciones Pirámide.
- Silva, M., & Costa, M. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica, 2*(23), 111-127.

- Silva, R., Horta, B., Pontes, L., Faria, A., Souza, L., & Cruzeiro, A. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: factores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (5), 1113-1118.
- Soares, I., Lemos, M. S., & Almeida, C. (2005). Attachment and motivational strategies in adolescence: exploring links. *Adolescence*, 40(157), 129-150.
- Soktoeva, B. V. (2010). The state of emotional tension in gifted adolescents (by the example of the boarding school in the Republic of Buryatia). *Cultural-Historical Psychology*, 2, 50-54.
- Sprinthall, N. A., & Collins W. A. (2008). *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stevanato, I. S., Loureiro, S. R., Linhares, M. B., & Marturano, E. M. (2003). Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. *Psicologia em estudo*, 8(1), 67-76.
- Strecht, P. (1998). Aprender a viver (perturbações emocionais e dificuldades escolares). In Daniel Sampaio, *Vivemos livres numa prisão* (pp. 47-62). Lisboa: Editorial Caminho.
- Strecht, P. (2008). *Final feliz: novas crónicas para pais sobre filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Strecht, P. (2009). *Dá-nos a paz: as crianças e os adolescentes face à separação dos pais*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Thomas, H. (2009). Discovering lightner witmer: A forgotten hero of psychology. *Journal of Scientific Psychology*.
- Treppner, P. (1998). *Depressões*. Lisboa: Editorial Presença.
- Wechesler, S., & Guzzo, R. (1999). *Avaliação psicológica. Perspectiva internacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Weiner, I. B. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Whitted, K. S. (2010). Understanding how social and emotional skill deficits contribute to school failure. *Preventing School Failure, 55*(1), 10-16.
- Wilson, G., Pritchard, M., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: The effect of gender and coping. *Journal of Adolescence, 28*, 369-379. Doi:10.1016/j.adolescence.2004.08.004
- Wires, J. W., & Barocas, R. (1994). Determinants of adolescent identity development: a cross-sequential study of boarding school boys. *Adolescence, 29*(114), 361-379.
- Zandberg, L., Skriner, L., & Chu, B. (2015). Client-therapist alliance discrepancies and outcome in cognitive-behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 71*(4), 313-322. Doi: 10.1002/jclp.22167

ANEXOS

ANEXO A
Organograma do CPAE