



## Universidades Lusíada

Venâncio, António José dos Santos Marques, 1984-

### **Intervenção psicológica numa base integrativa em contexto psiquiátrico**

<http://hdl.handle.net/11067/2641>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2017-01-10
<b>Resumo</b>	O presente relatório, apresenta o estágio académico inserido no mestrado de psicologia clínica da Universidade Lusíada, conducente ao grau de mestre. Este, é o resultado de um ano académico de prática profissional na clínica psiquiátrica de São José, onde todas as intervenções realizadas tiveram o suporte da ciência psicológica aprendida ao longo da formação teórica anterior. Este trabalho, divide-se em três partes, sendo a primeira, a caracterização da instituição e da população alvo onde decor...
<b>Palavras Chave</b>	Clínica Psiquiátrica de São José (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Psicologia clínica - Prática profissional
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T12:17:31Z 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 numa base integrativa  
em contexto psiquiátrico**

**Realizado por:**

António José dos Santos Marques Venâncio

**Supervisionado por:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

**Orientado por:**

Mestre Catarina Madeira Janeiro Alves

**Constituição do Júri:**

Presidente:

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

Supervisora:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Sofia Caetano de Almeida Freifrou Von Humboldt Dachröden

Relatório aprovado em:

25 de Novembro de 2016

Lisboa

2016



**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 numa base integrativa em contexto psiquiátrico

António José dos Santos Marques Venâncio

Lisboa

Setembro 2016



**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 numa base integrativa em  
contexto psiquiátrico**

**António José dos Santos Marques Venâncio**

Lisboa

Setembro 2016

António José dos Santos Marques Venâncio

## Intervenção psicológica numa base integrativa em contexto psiquiátrico

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

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

Supervisora de estágio: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tília Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio: Mestre Catarina Madeira Janeiro Alves

Lisboa

Setembro 2016

## Ficha Técnica

<b>Autor</b>	António José dos Santos Marques Venâncio
<b>Coordenadora de mestrado</b>	Prof. <sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
<b>Supervisora de estágio</b>	Prof. <sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
<b>Orientadora de estágio</b>	Mestre Catarina Madeira Janeiro Alves
<b>Título</b>	Intervenção psicológica numa base integrativa em contexto psiquiátrico
<b>Local</b>	Lisboa
<b>Ano</b>	2016

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

VENÂNCIO, António José dos Santos Marques, 1984-

Intervenção psicológica numa base integrativa em contexto psiquiátrico / António José dos Santos Marques Venâncio ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Catarina Madeira Janeiro Alves. - Lisboa : [s.n.], 2016. - 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 - ALVES, Catarina Madeira Janeiro, 1979-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

## **Agradecimentos**

Muitas seriam certamente as pessoas a que necessitaria de agradecer pelo presente trabalho, no entanto, o caráter contínuo da vida, permitiu que muitas vezes o verbalizasse, e irá certamente permitir que o reforce. Mas não poderia deixar de referir aqueles que foram os elementos chave para a concretização de um ano de trabalho e crescimento.

À minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Catarina Janeiro, que me guiou por todo este processo de aprendizagem, mostrando sempre que a alquimia do self está sempre presente neste trabalho tão gratificante de se ser psicólogo.

Por ter sido uma grande Professora, por me ter ensinado tanto e pela capacidade de transformar o seu conhecimento em matéria concreta de assimilação, agradeço à Prof. Dr.<sup>a</sup> Túlia Cabrita, que fará sempre parte da minha base de referências no trabalho psicológico.

Pela humildade, fonte de saber, disponibilidade e acessibilidade, agradeço à Prof. Dr.<sup>a</sup> Tânia Gaspar, um exemplo académico, que sempre soube mostrar o seu reconhecimento e apreço pelos seus alunos e pelos seus esforços.

À família, amigos e todos aqueles que direta ou indiretamente me trouxeram até aqui, este momento de vida onde me encontro.

*“Quem olha para fora sonha,*

*Quem olha para dentro desperta”*

Carl Gustav Jung

## Resumo

O presente relatório, apresenta o estágio académico inserido no mestrado de psicologia clínica da Universidade Lusíada, conducente ao grau de mestre. Este, é o resultado de um ano académico de prática profissional na clínica psiquiátrica de São José, onde todas as intervenções realizadas tiveram o suporte da ciência psicológica aprendida ao longo da formação teórica anterior. Este trabalho, divide-se em três partes, sendo a primeira, a caracterização da instituição e da população alvo onde decorreu o estágio. Na segunda parte, é exposta a teoria na base de todas as intervenções psicológicas realizadas. E por fim, na terceira parte, são descritos os participantes, os instrumentos, concretamente observação, entrevista clínica e a prova *brief symptom inventory* – BSI – e procedimentos efetuados no período em causa. São descritos dois casos clínicos, com diagnósticos iniciais de esquizofrenia, sendo a base da intervenção psicoterapêutica individual, o modelo integrativo. Conclui-se o trabalho com uma reflexão final, onde se expõe o impacto que o ano transato teve na construção profissional do aluno estagiário.

**Palavras-chave:** estágio académico; psicologia clínica; modelo integrativo; clínica psiquiátrica; psicopatologia

## **Abstract**

This report, presents the academic stage inserted in clinical psychology master of Lusíada University, leading to the master degree. This is the result of an academic year of professional practice in the psychiatric clinic of São José, where all the interventions had the support of psychological science learned over the previous theoretical training. This work is divided into three parts, the first being the characterization of the institution and the target population where the training took place. In the second part, the theory on the basis of all psychological interventions, is exposed. Finally, in the third part, the participants are described, instruments, namely observation, clinical interview and the test brief symptom inventory - BSI - and procedures made in the period in question. Two clinical cases are described, with schizophrenia initial diagnosis, being the basis of individual psychotherapeutic intervention, the integrative model. The work is concluded with a final reflection, which exposes the impact that the previous year had in the professional construction of the trainee student.

Keywords: academic training; clinical psychology; integrative model; psychiatric clinic; psychopathology

## **Lista de tabelas e gráficos**

Tabela 1 – Unidade 1 e 4	55
Tabela 2 – Processo psicoterapêutico, cliente A	56
Tabela 3 – Processo psicoterapêutico, cliente B	56
Tabela 4 – Processo psicoterapêutico, cliente C	57
Tabela 5 – Hospital de dia – intervenções de grupo	58
Tabela 6 – Hospital de dia – equipa técnica	59
Tabela 7 – Caso 1 – A. – Diagnóstico do DSM-5	74
Tabela 8 – Plano de tarefas para o fim de semana	79
Tabela 9 – Caso 2 – C. – Diagnóstico do DSM-5	92
Gráfico 1 – Resultados da avaliação inicial do BSI	95
Gráfico 2 – Resultados das avaliações do BSI	112

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

APA – *American Psychological Association*

CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e  
Problemas Relacionados com a Saúde

CPSJ – Clínica Psiquiátrica de São José

DSM-5 – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais

EFPA – *European Federation of Psychologists' Associations*

EUA – Estados Unidos da América

IHSCJ – Irmãs hospitaleiras do sagrado coração de Jesus

IPSS – Instituição particular de solidariedade social

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PA – Psicoterapia de apoio

POP – Psicoterapia de orientação psicanalítica

PP – Perturbação da personalidade

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

SEPI – *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

## Índice

Introdução	01
Caracterização da instituição	03
Serviço de psicologia na clínica psiquiátrica de São José	06
Caracterização da população alvo	07
Enquadramento teórico	09
A psicologia clínica	09
Intervenção psicológica	11
A necessidade de uma mudança de paradigma	14
O movimento integrativo	19
Formas de integração	20
Investigação em psicoterapia	22
Elementos chave em psicoterapia	24
Psicólogo clínico em contexto psiquiátrico	27
Intervenção psicológica em saúde mental	29
Avaliação psicológica e psicodiagnóstico	33
Psicopatologia – fatores de risco e proteção	34
Psicoterapia de apoio	38
Formulação clínica de um caso	41

O vínculo e a aliança terapêutica	43
Contrato terapêutico	47
Comunicação e escuta ativa	48
Fenómenos psicodinâmicos	50
Ética e deontologia em psicologia clínica	52
Objetivos do estágio	54
Método	55
Participantes	55
Procedimentos	59
Instrumentos	60
Observação	61
Entrevista Clínica	62
Prova Psicológica – <i>Brief symptom inventory</i> (BSI)	66
Estudos de caso	68
Caso 1 – A. – Conceptualização do caso clínico	68
Dados de identificação	68
Motivo do pedido/Problema apresentado	68
História clínica do problema atual	69
Acompanhamentos prévios ao atual	70

Exame de observação	70
História clínica biográfica	71
Hipótese de diagnóstico	73
Plano de tratamento/intervenção	75
Objetivos gerais	75
Objetivos específicos	75
Obstáculos à intervenção	76
Evolução terapêutica	76
1ª sessão (20/10/2015)	76
2ª sessão (27/10/2015)	78
3ª sessão (3/11/2015)	79
4ª sessão (17/11/2015)	80
5ª sessão (30/11/2015)	80
6ª sessão (8/12/2015)	82
7ª sessão (15/12/2015)	82
Discussão do Caso A.	83
Caso 2 – C. – Conceptualização do caso clínico	86
Dados de identificação	86
Motivo do pedido/Problema apresentado	86

História clínica do problema atual	86
Acompanhamentos prévios ao atual	87
Exame de observação	87
História clínica biográfica	88
Hipótese de diagnóstico	91
Plano de tratamento/intervenção	92
Objetivos gerais	93
Objetivos específicos	93
Obstáculos à intervenção	94
Avaliação psicológica	94
Evolução terapêutica	95
1ª e 2ª sessão (17 e 24/11/2015)	96
3ª sessão (30/11/2015)	96
4ª sessão (8/12/2015)	97
5ª sessão (15/12/2015)	98
6ª sessão (17/12/2015)	99
7ª sessão (6/1/2016)	99
8ª e 9ª sessão (12 e 19 /1/2016)	101
Reuniões familiares (26/1/2016)	102

10ª sessão (29/1/2016)	103
11ª e 12ª sessão (2 e 10 /2/2016)	104
13ª sessão (17/2/2016)	104
14ª à 16ª sessão (26/2; 2 e 9/3/2016)	105
2ª Reunião familiar (15/3/2016)	106
17ª, 18ª e 19ª sessão (16 e 23/3 e 1/4/2016)	107
20ª, 21ª, 22ª e 23ª sessão (6, 20 e 27/4 e 4/5/2016)	108
24ª, 25ª e 26ª sessão (11 e 18/5 e 1/6/2016)	109
Discussão do Caso C.	110
Conclusão	115
Reflexão Final	117
Referências bibliográficas	120
Anexos	135
Anexo 1	136
Anexo 2	138
Anexo 3	140
Anexo 4	172
Anexo 5	202
Anexo 6	218

Anexo 7	227
Anexo 8	229
Anexo 9	232
Anexo 10	235

## **Introdução**

O presente relatório, visa apresentar o trabalho realizado no estágio académico na clínica psiquiátrica de São José, referente ao segundo ano de mestrado de psicologia clínica, da Universidade Lusíada de Lisboa, ao longo do ano letivo 2015/2016.

O segundo ano do mestrado de psicologia clínica, visa a realização de um estágio académico e a elaboração de um relatório do mesmo, correspondendo a conclusão com sucesso destes, a última etapa para a obtenção do grau de mestre e consequente possibilidade de ingresso, na ordem dos psicólogos portugueses, para a realização do estágio profissional.

O estágio académico, teve início a 12 de outubro de 2015, sendo a data prevista para a sua conclusão em setembro próximo, embora o mesmo ficasse formalmente concluído a 30 de julho.

O presente estágio académico, pretende dotar o aluno das competências necessárias à prática da psicologia, após a aquisição de todo o conhecimento teórico ao longo dos anos curriculares da licenciatura e primeiro ano de mestrado. Este estágio teve como base a intervenção psicológica em contexto psiquiátrico, seja esta de carácter individual, familiar ou de grupo. O psicólogo clínico numa instituição de saúde mental, insere-se numa equipa multidisciplinar, com um vasto campo de ação e larga abrangência nas áreas intervencionadas.

O presente relatório, divide-se em três partes, sendo que na primeira se caracteriza a instituição – clínica psiquiátrica de São José – localizada em Telheiras, os serviços que presta, com ênfase no serviço de psicologia e no papel que os psicólogos inerentes a este serviço prestam; a população alvo e a divisão desta por psicopatologias nas diferentes unidades que constituem a instituição.

A segunda parte é referente à parte teórica, onde se expõe uma revisão de literatura relevante para a intervenção realizada durante o estágio, particularmente para os dois estudos de caso que irão ser apresentados na terceira parte. Este enquadramento teórico, compreende a história da psicologia clínica, seus movimentos interventivos, modelos únicos iniciais e o rumo à integração destes. Aborda o tema da psicopatologia e as formas de intervenção adequadas de acordo com a abordagem possível na realização de um estágio académico de duração limitada – psicoterapia de apoio.

Na terceira parte são apresentados os participantes, os instrumentos utilizados e os dois estudos de caso desenvolvidos ao longo do estágio. Finalmente, na conclusão, pretende-se discutir os sucessos e limitações no alcance dos objetivos iniciais delineados para o presente estágio, culminando numa reflexão pessoal, acerca de todo o trabalho realizado durante o ano académico, e dos ganhos pessoais atingidos.

Em anexo, são discriminadas as atividades desenvolvidas com as diferentes unidades, nomeadamente aquelas desenvolvidas na unidade 1 e 4 e no hospital de dia; bem como o poster realizado para o congresso da criança e do adolescente da universidade onde se insere o mestrado em questão.

### **Caracterização da instituição**

O Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) que desenvolve a sua atividade desde 1894, altura em que é fundada a Casa de Saúde da Idanha. A sua missão, é a prestação de cuidados diferenciados e humanizados na área da saúde mental, respeitando a individualidade e sensibilidade de cada utente, numa visão humanista e integral de cada ser (IHSCJ, 2010).

O IIHSCJ tendo como visão uma intervenção adequada e especializada na saúde mental, acompanha a contínua evolução das necessidades da população em cada momento, e enquadra na assistência prestada, os aspetos médicos e sociais que englobam a dimensão psíquica, social e espiritual de cada ser portador de doença, em vários níveis de intervenção – prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e reintegração (IHSCJ, 2010).

Para prossecução dos seus fins estatucionais, o IIHSCJ dirige 12 estabelecimentos de saúde em Portugal: 8 em Portugal Continental, 2 na Região Autónoma dos Açores e 2 na Região Autónoma da Madeira (Irmãs Hospitaleiras, 2008).

O IIHSCJ conta com a intervenção de mais de 1800 profissionais, disponibilizando 2880 camas para internamento de curta ou longa duração em saúde mental e assistindo mais de 5300 utentes; realizou também mais de 6200 consultas externas (IHSCJ, 2010).

A Clínica Psiquiátrica de São José (CPSJ) é um destes 12 centros de Portugal, situa-se em Lisboa e foi fundada em 1956 numa quinta do Lumiar. A 31 de Maio de 1995, foram inauguradas as novas e atuais instalações em Telheiras, com capacidade para 196 doentes distribuídos por 7 unidades, e ainda uma residência externa, dando resposta a

nível do internamento de doentes psiquiátricos agudos, doentes de evolução prolongada e deficientes mentais (Irmãs Hospitaleiras, 2008).

A Clínica desenvolve a sua ação com base no modelo assistencial, que se fundamenta na atenção às dimensões biológica, psicológica, social, espiritual e religiosa de cada utente, elaborando planos de intervenção personalizados e interdisciplinares, num compromisso de melhoria contínua, integrando a ciência e humanismo (Irmãs Hospitaleiras, 2008).

A finalidade essencial da CPSJ é a prevenção, tratamento e reabilitação de doentes em saúde mental, tendo para além dos internamentos, consultas externas de psiquiatria e psicologia clínica bem como programas nas áreas de recuperação psicossocial, geriátrico e apoio a familiares de pessoas com problemas nestas áreas (Irmãs Hospitaleiras, 2008).

De forma a estar em consonância com a matriz hospitaleira, a CPSJ tem como principais objetivos, a prestação de cuidados de saúde de máxima qualidade aos utentes, contribuindo assim, para o seu bem-estar, nas diferentes componentes, bio-psico-social, mas também espiritual. Outros dos seus objetivos, é proporcionar aos utentes, um ambiente seguro e confortável, mas que também seja humanizado e que ajude na promoção da autonomia e qualidade de vida. Por fim, procura instituir uma relação de serviço e compromisso humano com os utentes, que assente na qualidade, e numa formação contínua e competência dos seus trabalhadores (IHSCJ, 2010).

Dos diferentes serviços que são prestados pela CPSJ, a maioria destina-se a doentes internados, outros a doentes em ambulatório, a profissionais da área de saúde mental ou à população que queira contribuir voluntariamente com a clínica. Estes serviços são: Psiquiatria, Enfermagem, psicologia clínica, serviço social, terapia ocupacional, estomatologia, higiene oral, fisioterapia, psicomotricidade, pastoral da saúde, voluntariado, departamento de formação, serviços sócios terapêuticos, serviços de

receção e acolhimento, espaços de lazer e sócio culturais e serviços administrativos (IHSCJ, 2010).

As unidades desta clínica, estão estruturadas de acordo com o tipo de intervenção e população a que se destinam. Todas elas à exceção da unidade 2 e de uma ala da unidade 3, são destinadas a utentes do sexo feminino (Irmãs Hospitaleiras, 2015).

A unidade 1 denomina-se Santa Teresa e está direccionada à psicogeriatría, tem capacidade para 12 utentes com quadros demenciais. A unidade 2, Santa Isabel, é uma unidade de curto internamento, tem capacidade para 28 pessoas portadoras de patologia mental em estado agudo. A unidade 3, Maria Josefa Recio, tem duas alas, uma de longo internamento para 16 utentes com doença psiquiátrica de evolução prolongada; outra que acolhe os utentes que frequentam o Hospital de Dia e que precisam de estar internados durante esse processo, constituindo uma unidade de médio internamento, com capacidade para 14 doentes de ambos os sexos. A unidade 4, Coração de Maria, tem capacidade para 30 doentes do sexo feminino com quadros demenciais e deficiência mental leve a moderada. A unidade 5, São João de Deus, com capacidade para 30 utentes, é uma unidade de longo internamento e está direccionada para a patologia psiquiátrica de evolução prolongada. A unidade 6, Bento Menni, também com capacidade para 30 utentes, destina-se a casos com deficiência mental profunda. A unidade 7, Sagrado Coração de Jesus, também para 30 utentes, acolhe casos com deficiência mental leve a moderada (Irmãs Hospitaleiras, 2015b).

Para além destas 7 unidades, existe também uma residência para 6 utentes denominada Galileia, também ela somente para o sexo feminino. Esta tem a missão de desinstitucionalizar, reinserir socialmente e capacitar estas utentes com competências de autonomia e funcionalidade, sendo que estas apresentam um quadro de doença mental prolongado, mas estabilizado (Irmãs Hospitaleiras, 2015c).

Por fim, há um hospital de dia, onde decorre um projeto de recuperação psicossocial que atualmente está em mudança de nome, mas que à data se denomina “Integra + Saúde Mental”. Este projeto, destina-se a pessoas com problemas de saúde mental e potencial reabilitativo, de ambos os sexos, provenientes ou do internamento aberto na unidade 3, ou de um regime ambulatorio, sendo que estes últimos, frequentam as atividades deste espaço, e regressam a casa diariamente, no fim do período de atividades. Este projeto é formado por uma equipa multidisciplinar, e visa promover e maximizar as competências sociais, as capacidades cognitivas e de autonomia (Irmãs Hospitaleiras, 2015c).

Os serviços na CPSJ estão organizados de forma hierárquica, existindo um conselho de direção formado pela irmã superiora e pelo diretor gerente, bem como pelos coordenadores das diferentes áreas técnicas, sendo elas, a área clínica, a administrativa e a de enfermagem. Os psicólogos respondem diretamente ao diretor clínico (anexo 2) (Irmãs Hospitaleiras, 2015b).

### **Serviço de psicologia na clínica psiquiátrica de São José**

Atualmente, o serviço de psicologia no CPSJ conta com a colaboração de 4 psicólogos, sendo que 3 são psicólogos clínicos de três diferentes modelos teóricos (cognitivo-comportamental, sistémico e dinâmico), e um é estagiário profissional da OPP (Irmãs Hospitaleiras, 2015c).

Todos estes psicólogos têm como papel o de intervir de forma psicoterapêutica, de aconselhamento ou de intervenção na crise, nas diferentes patologias e sintomas apresentados, seja pelos utentes da clínica ou pelos que estão em ambulatório. Estes também executam avaliações psicológicas, sempre que assim se justifica ou como resposta a um pedido concreto por parte de um médico psiquiatra (Irmãs Hospitaleiras, 2015c).

Os clínicos também organizam e executam reuniões familiares, por vezes com carácter psico-educativo ou como complemento para a elaboração dos objetivos e plano de intervenção adequado às necessidades de cada doente (Irmãs Hospitaleiras, 2015c).

Participam também em reuniões de equipa, onde debatem os casos clínicos seguidos, e em reuniões comunitárias nas diferentes unidades, para que possam gerir os conflitos inerentes às interações sociais e humanas (Irmãs Hospitaleiras, 2015c).

O trabalho do psicólogo clínico na CPSJ é muitas vezes realizado em grupos terapêuticos com diferentes objetivos, como por exemplo o treino de competências sociais ou cognitivas. Para além disto também orientam estágios académicos de diferentes universidades, dividindo os estagiários de acordo com a sua formação teórica de base (Irmãs Hospitaleiras, 2015c).

### **Caracterização da população alvo**

A CPSJ tem acordos com diversas entidades, nomeadamente o sistema nacional de saúde, direção-geral de proteção social aos funcionários e agentes de administração pública (ADSE), instituto da ação social das forças armadas, guarda nacional republicana (GNR), polícia de segurança pública (PSP), portugal telecom associação de cuidados de saúde, serviços sociais da caixa geral de depósitos (CGD), associação mutualista do montepio geral (Irmãs Hospitaleiras, 2015).

A idade média dos 187 doentes internados maioritariamente femininos a 31 de dezembro de 2014 era de 61 anos sendo que em psiquiatria, 10 eram de curto internamento, 15 de internamento médio e 78 de longo internamento. Em psicogeriatría eram 18 doentes, 62 portadores de deficiência mental e 4 em reabilitação (Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2014).

As patologias mais frequentes no internamento são, as perturbações aditivas e relacionadas com substâncias, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, as

demências e outras perturbações cognitivas, e as perturbações do humor (Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2014).

## Enquadramento teórico

### A psicologia clínica

No século XVIII, a psiquiatria surge como uma especialidade médica, que se desenvolve enquanto ciência e profissão, dentro dos padrões epistemológicos da Medicina, devido aos trabalhos realizados por grandes nosólogos e psiquiatras como Philippe Pinel, William Tuke ou Rush, que classificam pela primeira vez, influenciados pelo empirismo, as hoje chamadas “patologias mentais” (Shorter, 1997).

A psicologia clínica emerge então através da psiquiatria, inicialmente devido à influência do romantismo, que salienta a individualidade do ser, descrevendo aspetos psicológicos negligenciados pela psiquiatria (Xavier, 2010).

Compreender as origens da psicologia clínica é um processo complexo, e que envolve vários protagonistas. O fundador do termo é Lightner Witmer (1896), mas outros autores também contribuíram para criar o quadro conceptual da psicologia clínica enquanto disciplina científica. Nomes como Pierre Janet (1851-1947) e Freud (1856-1939), que mesmo não tendo usado este termo, contribuíram para que a psicologia clínica se tornasse numa área da psicologia aplicada (Bernstein, Nietzel, 1980).

Em 1896, Witmer apresentou, numa reunião da APA, um método de investigação que intitulou de *clinical method in psychology and the diagnostic method of teaching* (Garfield, 1965). A partir deste método, Witmer fundou em conjunto com outros psicólogos nos E.U.A., a primeira clínica psicológica, onde foram desenvolvidos trabalhos com crianças portadoras de dificuldades escolares e de aprendizagem. Estas crianças encontravam-se num estágio de desenvolvimento deficitário, em comparação com as restantes, que estariam na norma (Luján, 2005).

Uma vez que o termo “clínica” provem da medicina, a tendência foi pensar que esta psicologia seria uma psicologia médica. Witmer realçou a ideia oposta, referindo que

a escolha do termo se devia ao facto de este ser o que melhor descrevia o carácter do método que desenvolveu (Garcia, 2011).

A divisão de psicologia clínica da APA, estabelece em 1935 que esta tem por objetivo definir as características e capacidades comportamentais de um sujeito através dos métodos de observação, medição e análise, integrando esses resultados com os oriundos de exames físicos e história social, fornecendo assim recomendações com vista ao adequado ajuste do indivíduo (MacKay, 1975).

Alguns anos mais tarde, Garfield (1965) vai definir a psicologia clínica como uma ramificação da psicologia que tem como foco, os conflitos de ajustamento da personalidade. Até à década de 70, a psicologia clínica continuava a manter o campo da sua ação na análise e na observação de comportamentos, com o objetivo de os ajustar. Witmer (1896) queria a psicologia clínica alicerçada teoricamente como uma ciência, e para tal ele elege o método clínico e o raciocínio clínico para o desenvolvimento da sua atividade.

O método clínico, semelhante ao método científico, segue várias etapas lógicas, através da colheita de dados precisos acerca das doenças que afectam os indivíduos e a sua qualidade de vida. A observação é um dos elementos usados nessa colheita, na medicina é um método de pesquisa, na qual se levantavam várias hipóteses que, depois de testadas, originam um diagnóstico (Herrera, Sacasas, 2010).

Para além dos nomes anteriormente referidos, na Europa, Lagache e Piaget, tentam classificar os comportamentos com base em critérios, para constituir aquilo que deveria ser a psicologia clínica. Piaget faz do método clínico o seu método de investigação, não tendo como intenção desenvolver a psicologia em si, mas sim compreender o desenvolvimento da inteligência na criança, revelando o processo de construção dos conceitos. Desta forma, o método clínico assemelha-se ao método clínico

da medicina, pois parte de uma observação direta e meticulosa, feita através de situações experimentais, o mais objetivas possível (Dayan, 2003).

#### *Intervenção psicológica*

É Charcot, que propõe pela primeira vez, uma forma de intervenção psicológica, saindo da perspectiva organicista, a hipnose. Para este autor, a hipnose é a modificação dos conceitos mentais (conflitos psíquicos) que estariam na origem da doença mental, conceitos esses que num estado normal de consciência não afluíam. Passa então a loucura a ser concebida como uma doença mental, inaugurando uma nova fase na psicopatologia. É também o hipnotismo de Charcot, que permite o início da construção do modelo psicanalítico de Freud (Teive, Germiniani, Munhoz & Paola, 2014).

Um dos primeiros autores a usar o termo psicologia clínica, Pierre Janet, concebe uma nova categoria patológica, a neurose, que servirá também de base para a teoria psicanalítica de Freud, que juntamente com Breuer, dá os primeiros passos na compreensão da importância da fala em contexto terapêutico, a chamada *talking cure* (McGrath, 2014).

Envolvendo-se na tentativa de compreender o funcionamento da psique humana, Freud inicia a sua carreira a identificar e a diagnosticar as doenças mentais, usando a hipnose para curar sintomas histéricos, deixando aos poucos esta técnica, que vai substituindo por uma terapia focada na fala, e que mais tarde denomina de associação livre, que segundo o autor, permite o acesso a conteúdos recalcados no inconsciente, levando a uma abordagem dinâmica interpretativa de forças inconscientes. O foco deixa então de ser o sintoma, mas a compreensão do mesmo. A psicanálise vai-se então consolidando como a prática psicoterapêutica de referência da psiquiatria e da psicologia (Bocchi & Viana, 2012).

A psicanálise serve então de base para a psicologia clínica, fornecendo uma sustentação teórica, um modelo de prática. Alguns autores da psicologia clínica referem que a psicanálise se consolida no âmbito da psicoterapia, pois o seu campo de ação é mais restrito do que o da psicologia clínica, que seria mais abrangente, intervindo a nível institucional, no desenvolvimento de equipas, em diagnósticos diversos, entre outras atividades onde também estaria a psicoterapia (Schultz & Schultz, 2015).

Em 1983, Lagache, vai estabelecer uma distinção entre a psicanálise e a psicologia clínica, alegando que o psicólogo clínico não precisa de ser psicanalista. Desta forma, o aparecimento da psicologia clínica na Europa, ocorre faseadamente, de início como uma psicologia em profundidade, depois uma psicanálise de casos, e finalmente, uma psicologia clínica propriamente dita, definida por Lagache (1983), como uma disciplina baseada no estudo de casos individuais, sendo o comportamento humano o seu objeto de estudo, o estudo da pessoa total em relação com as situações de vida.

A psicologia clínica desenvolve-se tanto na Europa como nos E.U.A., e adquire marcada notabilidade após a Segunda Guerra Mundial, no apoio às vítimas da guerra. Nessa época, a psicologia clínica baseava a sua atividade em redor de avaliações, através de testes ao serviço dos psiquiatras e neurologistas da época. Nomes ligados à avaliação psicométrica como Binet, Simon, Thorndike ou Sperman, desenvolveram instrumentos de avaliação e medição da inteligência, memória, atenção, perceção ou personalidade, fundamentais para definir o funcionamento psicológico. Alguns destes testes continuam a ser usados nos dias de hoje, e têm sofrido revisões exaustivas, muitos deles sem perder a sua matriz inicial. Muitas vezes, a psicologia clínica face a este contexto meramente avaliativo, era vista numa perspetiva reducionista, mas atualmente, a utilização de testes psicológicos é somente um momento da intervenção psicológica (Schultz & Schultz, 2015).

A psicologia clínica define-se em primeiro lugar como um método, pois avalia e diagnostica a situação e história do indivíduo de forma criteriosa, de forma a criar um plano de intervenção vinculado a princípios científicos. Em segundo, como um campo na área da saúde onde o psicólogo atua, com o objetivo de diminuir o sofrimento psicológico do sujeito, individualmente ou em grupo. E em terceiro, como produtora de conhecimento científico, fazendo pesquisas e elaborando teorias do meio psicossocial onde os sujeitos se inserem (Szymanski & Cury, 2004).

No início do século XX, começam a ser desenvolvidas as bases teóricas das terapias cognitivo-comportamentais, face ao aparecimento do evolucionismo de Darwin, mas também da crescente realização de estudos empíricos acerca do comportamento.

Com o surgimento de novas técnicas para tratar fobias, obsessões e disfunções sexuais, na década de 70, ocorre um grande reconhecimento e desenvolvimento, da terapia denominada comportamental (Lima & Wielenska, 1993).

Segundo Hawton, Salkovskis, Kirk e Clarck (1997), é na época de 70, que Rachman, Lang e outros, desenvolveram o conceito, de que um problema psicológico poderia ser compreendido em três focos distintos, ligados entre si, sendo eles, o sistema comportamental, o cognitivo e o fisiológico. Esta visão, veio modificar a visão unitária, dos problemas psicológicos existente até então.

Foram desenvolvidos por Hammen e Glass (1975), estudos com clientes portadores de uma perturbação do humor, nomeadamente a depressão major. Estes estudos, revelam que apesar de os clientes realizarem com maior frequência atividades prazerosas, é frequente avaliarem negativamente as mesmas e o seu desempenho na realização destas. Estes fatos apontaram então, para a influência da componente cognitiva, na forma como os indivíduos reagem ao meio, levando assim, a que muitos

terapeutas comportamentais começassem a utilizar na sua prática clínica, técnicas e conceitos cognitivos (Hawton et al., 1997).

As terapias denominadas de cognitivo-comportamentais (TCC), adquirem esta designação, porque consistem numa integração de conceitos e técnicas, tanto cognitivas, como comportamentais. Estas abordagens, dispõem atualmente de um vasto leque de técnicas interventivas, para distintos problemas psiquiátricos, como as perturbações depressivas, de ansiedade, sexuais, obsessivo-compulsivas e alimentares (Hawton et al., 1997; Biggs & Rush, 1999).

Nas abordagens cognitivo-comportamentais, muitos têm sido os trabalhos de pesquisa desenvolvidos, de forma a verificar-se experimentalmente a eficácia das diferentes ferramentas interventivas criadas, mas também para que novas técnicas possam emergir (Caballo, Guillén & Salazar, 2009).

Apesar da multiplicidade destas terapias, todas elas partilham o mesmo pressuposto teórico, que as modificações terapêuticas ocorrem quando há alterações nos modos disfuncionais do pensamento. Segundo esta visão, a avaliação cognitiva que o sujeito faz dos acontecimentos que experiencia, é o que determina o tipo de resposta que este dá, tanto a nível emocional, como comportamental. Desta forma, a TCC, enfatiza os pensamentos do sujeito e a forma como este interpreta o mundo (Bados & Grau, 2010).

Na TCC procura-se definir claramente objetivos, especificando-os de acordo com os problemas do cliente. O foco é então, os problemas que o cliente apresenta no momento em que procura a psicoterapia, e o objetivo é ajudar este a adquirir novas estratégias, para que ocorram as mudanças necessárias. A metodologia utilizada no processo, é a de colaboração entre o psicoterapeuta e o cliente, para que as estratégias para a superação dos problemas, sejam planeadas em conjunto (Lima & Wielenska, 1993).

*A necessidade de uma mudança de paradigma*

O mundo científico, tem tentado promover a ideia de que as teorias não estão contaminadas, que são assépticas de influencias externas (ou internas do individuo). Porém, as ideias científicas, progridem fundamentalmente pelo espirito científico dominante, pelas condições socioculturais, politicas, religiosas e económicas da época, tal é visível pela resistência oferecida às tentativas integradoras de French (1933) ou à análise dos fatores comuns por Rosenweig (1936). À medida que se compreende as limitações das teorias no campo das psicoterapias, começa-se a aceitar a necessidade de reformular o interior de cada modelo, refletindo nas estratégias que possibilitem a aproximação com maior fidelidade à verdadeira natureza do objeto de estudo (Garcia, Fantin, 2012).

Descobertas recentes no campo da física quântica assim como as derivadas das teorias do caos, em conjunto com a contribuição da epistemologia da complexidade e da conceptualização dos sistemas complexos, trouxeram uma nova oportunidade para pensar sobre os fenómenos com base num paradigma distinto. Um paradigma é um conjunto de princípios chave, de uma determinada relação lógica extremamente forte, que governa inconscientemente todos os discursos, em particular os científicos, sendo que o paradigma dominante no campo científico é o da simplicidade. A lógica cartesiana, caracterizou-se por tentar pôr uma ordem ao universo e, portanto, perseguindo a desordem. A noção de ordem é encontrada no momento em que se encontra uma lei ou um principio ao qual se pode reduzir a realidade. A missão imposta por este paradigma é a de revelar a simplicidade escondida por detrás da aparente desordem dos fenómenos, caracterizando-se por destruir os conjuntos e totalidades, ao isolar os objetos dos seus ambientes e o observador do que este observa (Andrade, Cadenas, Pachano, Pereira & Torres, 2002).

O paradigma da complexidade, constrói-se sobre o pensamento sistémico, juntando cientistas de diversas campos de conhecimento, que insistem na conveniência

de adotar novas estratégias que favoreçam o desenvolver de teorias mais ajustadas à realidade, tendo como base sete princípios orientadores interdependentes: o princípio sistémico, que permite relacionar o conhecimento das partes com o conhecimento do todo; o princípio hologramático, que refere que todas as partes estão no todo e que o todo está em cada uma das partes; o princípio retrativo, que se refere aos processos de autorregulação dos fenómenos complexos, tendo como objetivo estabilizar e evoluir um determinado sistema; o princípio recursivo, que explica como uma causa e efeito atuam de forma recíproca; o princípio da autonomia e dependência, que refere que todo o sistema complexo é simultaneamente autónomo e dependente do meio que o rodeia; o princípio dialógico, onde as noções aparentemente contraditórias de um fenómeno complexo não podem ser separadas; e o princípio da reintrodução do cognoscente em todo o conhecimento, ao destacar que todo o conhecimento é uma construção da mente (Morin, Moigne, 2000).

O conhecimento, não pode ser concebido como uma coleção de recortes da realidade, mas pelo contrário, deve ser concebido como uma rede complexa de elementos que estabelecem formas de relação complexas. O comportamento humano, tal como a sua natureza o exige, define-se pelas relações complexas entre diferentes componentes, relações que foram consideradas como secundárias a partir da perspectiva mecanicista. Para compreender e analisar adequadamente o comportamento humano, é preciso estudá-lo em toda a sua complexidade, para que o resultado final seja uma nova perspectiva afastada de explicações lineares ou reducionismos simplistas (Pastor & García-Izquierdo, 2007).

A partir da teoria dos sistemas, passou a definir-se um sistema complexo como um sistema particular que tem como característica principal, o facto de não poder ser completamente entendido através das relações lineares dos seus componentes. Um

exemplo de uma conceção linear da dinâmica psicológica, é aquela que é dada pelos psicólogos comportamentais, na qual a atividade mental é reduzida à soma das respostas individuais face aos estímulos específicos, e que são aprendidas nas etapas mais precoces do seu desenvolvimento. Este tipo de conceção parte então do pressuposto da física na qual se considera que: se a resposta de um determinado sistema a uma força que lhe é aplicada, é diretamente proporcional à magnitude dessa força, então o sistema é linear (Scott, 2005).

Os sistemas complexos, caracterizam-se por serem compostos por uma série de elementos que apresentam nutridas interações entre si, e o comportamento destes sistemas é dependente do comportamento e das inter-relações de cada uma das suas partes. Além disso, também revelam duas características igualmente importantes, o serem compostos por unidades heterogéneas interdependentes, e por ter propriedades emergentes. Uma característica importante dos sistemas complexos, é a presença de relação não lineares e de circuitos de retroalimentação, isto implica que cada elemento numa sequencia tem a possibilidade ser afetado pelos outros, podendo gerar uma ampliada mudança que se repercute em todo o sistema. Como consequência da dinâmica não linear, uma força aplicada ao sistema num determinado lugar e tempo, pode ter efeitos impressionantes e espaçados no tempo e no espaço. Nos sistemas complexos, pequenas mudanças nas condições iniciais podem converter-se em grandes incertezas no comportamento futuro do sistema, isto é conhecido como sendo a sensibilidade às condições iniciais (Diez-Roux, 2007).

A maioria dos sistemas naturais, compartilham com os sistemas humanos a aparente desordem e as complexas inter-relações, porém, nos sistemas humanos há características diferenciadoras como a comunicação, a linguagem e a inteligência, que o tornam adaptativo, com a capacidade de melhorar o seu desempenho através da

aprendizagem ao longo do tempo. Um sistema complexo adaptativo, caracteriza-se pela busca ativa de regular a sua própria conduta no meio ambiente, comprimindo a informação numa coleção organizada de esquemas (Garcia, Fantin, 2012).

Todas as ciências estão de algum modo condicionadas de acordo com o objeto de estudo a que se propõem estudar. Quanto mais tangível, unidimensional e reconhecível este for, menor será o desafio para o conhecer, descrever e prever. Pelo contrário, as ciências que procuram conhecer fenómenos complexos, enfrentam um maior desafio, assim sendo, o ser humano representa para a ciência em geral um grande desafio, que adquire características exponenciais no campo da psicologia. No entanto, o medo de conhecer as nossas próprias limitações e a busca incessante de conhecimento, precipita a necessidade de recortar ou separar, o que se pretende conhecer. Desse modo, o paradigma da simplicidade torna-se oportuno e adequado, visto que tranquiliza, mas também limita na construção do que se pretende conhecer (Garcia, Fantin, 2012).

A biologia, a sociedade e a cultura, não são fatores de segunda ordem no ser humano, no que toca ao comportamento e aos processos cognitivos e emocionais conscientes e inconscientes, mas são sim, elementos que se encontram intimamente ligados de forma recursiva entre si, e que estabelecem interações com outros sistemas. Desta forma, uma teoria que deseje ser integradora, deve partir de uma visão global do ser humano, evitando separar ou reduzir os diferentes aspetos deste, deve sim integra-los numa conceção do homem enquanto sistema composto por múltiplos elementos e subsistemas que se articulam em relações não lineares, entre si e com outros sistemas, como a cultura, a sociedade ou o meio ambiente (Johnson, 2003).

A psicoterapia integrativa, deve facilitar a expressão sincera de novas opções metodológicas mediante o estudo das distintas visões do que é o ser humano, o seu desenvolvimento e as suas mudanças, procurando articular as diferentes perspetivas, o

que possibilita aproximar, ao invés de limitar, a quantidade de teorias implícitas ou pessoais que cada vez mais emergem no âmbito da psicologia, e que se revelam muitas vezes como verdadeiros obstáculos ao desenvolvimento de teorias abrangentes (Alford & Beck, 1997).

#### *O movimento integrativo*

Tem-se assistido nas últimas décadas, a um movimento direcionado à integração das diversas escolas psicoterapêuticas. No entanto, o emergir das psicoterapias integrativas, tem sido dificultado pela rivalidade e competição entre as várias escolas. Essa rivalidade já era existente com Freud, nas diferenças que surgiram entre ele e os seguidores da sua teoria, na procura do enquadramento adequado para os problemas dos seus clientes. Nas reuniões psicanalíticas organizadas por Freud, nas noites de quarta-feira, emergiram um número significativo de teorias, incluindo a psicologia individual de Adler. À medida que cada terapeuta reivindicava que tinha encontrado a melhor forma de tratamento, surgiam calorosas discussões entre os diversos modelos. Quando surge o behaviorismo, surge também os confrontos entre psicanalistas e behavioristas (Jones-Smith, 2012).

Os primeiras formas de uma abordagem integrativa, tiveram lugar na década de 30, com os trabalhos de French e Kubie, onde cada um deles, argumentou a sua própria visão das relações conceptuais entre a psicanálise e a abordagem comportamental, e Rosenzweig interessou-se pela identificação dos fatores comuns dos vários modelos psicoterapêuticos. No entanto, somente na década de 70 e 80 é que se observa um impulso marcado e sustentado, pelas estratégias ecléticas e integradoras, refletindo-se na criação da SEPI, uma organização interdisciplinar, de carácter internacional cujo principal objetivo é a promoção do desenvolvimento e avaliação de abordagens psicoterapêuticas não limitadas a uma única orientação (Feixas y Miró, 1993).

Durante os anos 40, 50 e 60, os psicoterapeutas tendiam a operar dentro uma escola teórica. O livro “Personality and Therapy” de Dollard e Miller (1950), foi uma das primeiras tentativas teóricas de combinar a teoria de aprendizagem com a psicanálise. Em 1977, Paul Wachtel, publica “Psicanálise e Terapia Comportamental: Rumo a uma Integração”. Em 1979, James Prochaska elabora uma abordagem transteórica da psicoterapia, que foi o primeiro esforço para criar um enquadramento teórico mais amplo. Em 1979, Marvin Goldfried, Paul Wachtel e Hans Strupp, criam a SEPI, para os clínicos e académicos interessados numa psicoterapia integrativa. Visto o campo das psicoterapias, se terem exponencialmente desenvolvido nas últimas décadas, a guerra fria ideológica entre as várias escolas psicoterapêuticas tem sofrido um declínio (Goldfried, Pachankis, & Bell, 2005).

Um modelo integrativo é uma forma de combinar conceitos e intervenções de aconselhamento de mais do que um modelo psicoterapêutico (Stricker, 2001). Não é uma combinação específica de teorias de aconselhamento, mas sim um quadro de desenvolvimento teórico que se integra de acordo com o trabalho de um psicoterapeuta, que usa as teorias que considera mais uteis no seu trabalho com os clientes. O resultado final esperado ao fazê-lo, é aumentar a eficácia, eficiência e a aplicabilidade da psicoterapia (Norcross, 2005).

#### *Formas de integração*

É possível afirmar que os esforços para uma integração, cubram uma ampla gama de estratégias que lhe conferem características de amplitude e de flexibilidade conceptual, criatividade e perspicácia. O movimento integrativo pode agrupar-se em três linhas distintas: os fatores comuns; o ecletismo, ou a integração técnica; e a integração teórica (Opazo-Castro, 2001).

Os fatores comuns, é uma vertente que surgiu por investigadores focados em identificar a maioria dos aspetos comuns às diferentes psicoterapias, existindo então um consenso em relação àqueles que são comuns em todos os modelos, como a aliança terapêutica; a exposição do paciente a uma nova experiência emocionalmente corretiva; as expectativas do terapeuta e do cliente para uma mudança positiva; as características do terapeuta relativamente à atenção ou empatia; e a elaboração de um motivo para os problemas do paciente (Botella, 2001).

Os modelos ecléticos, tiveram um forte impulso na década de 70, partindo do pressuposto de que se as diferentes psicoterapias têm elementos comuns, seria possível reagrupar diferentes técnicas, não sendo relevante a sua origem teórica. Partem do princípio que há um ênfase demasiado grande nos modelos, o que levaria a uma proliferação de tantos e distintos modelos. Os modelos ecléticos pensam na integração de uma forma intuitiva, onde o terapeuta escolhe a técnica que considera mais adequada ao cliente. Face a este facto, foi motivo de duras críticas por não colocar critérios que sustentem a escolha de uma determinada técnica ou procedimento (Botella, 2001). Segundo Opazo-Castro (2001), a ausência de um modelo teórico é a ausência de uma pauta guiadora, que ajude a organizar o processo.

A integração em psicoterapia pode ser definida, como um esforço para olhar além dos limites das abordagens de cada modelo, para que possa aprender a partir de distintas perspetivas. Integração não é apenas um processo de unir as partes, mas sim um processo de unificação de várias entidades. Etimologicamente, integrar é dar integridade a algo, é construir um todo através das suas partes integrantes. Por sua vez, integridade ou íntegro, é aquilo que não carece de nenhuma das suas partes. Pode-se então afirmar, que quando algo é integrado, passa a fazer parte de uma outra coisa, que vai além da sua essência original, e que agora faz parte de um todo, inteiro e completo. A integração é então um

processo de coordenação e unificação de elementos soltos de uma totalidade coerente (Garcia, Fantin, 2012).

Existem duas formas de integração: a integração por assimilação, quando os elementos separados se vão unir a algo já existente, mas sem modificar as propriedades essenciais deste, ou; a integração construtiva, quando os elementos soltos, se vão unir e formam uma totalidade totalmente nova, com novas propriedades. A partir desta perspetiva, qualquer integração meta-teórica é considerada uma integração construtiva, devido ao processo de ressignificação a que são submetidas as distintas contribuições sob um determinado paradigma condutor (Calviño, 1999).

Cada abordagem teórica propôs as suas próprias perguntas, sugerindo também, como responder às mesmas, de acordo com uma metodologia própria. Os terapeutas, no campo clínico, tendem a desenvolver teorias implícitas, alternativas às teorias explícitas de um modelo que seguem, sendo que uma teoria implícita é o conjunto de crenças que um individuo tem sobre as pessoas, a sua natureza e os grupos sociais, também podendo ser definida como as suposições que os terapeutas mantêm acerca da psicoterapia, distintas de qualquer orientação teórica. Estas teorias implícitas dos terapeutas, são na prática, de maior influencia que as teorias explícitas, e o desenvolvimento das teorias explícitas poderia ser favorecido, através do estudo das teorias implícitas (Estrada, Oyarzun & Yzerbyt, 2007).

#### *Investigação em psicoterapia*

Aproximadamente cinquenta anos de investigações acerca de intervenções psicoterapêuticas, serviram para comprovar que estas são eficazes, os resultados de uma intervenção psicoterapêutica, são maiores do que na ausência de uma intervenção, ou de intervenções informais, dos grupos de controlo, ou do efeito placebo (Lambert & Ogles, 2004).

Face à controvérsia gerada por grupos de trabalho prévios, Castonguay & Beutler (2006), tentaram transpor a controvérsia gerada por grupos de trabalho anteriores, que primazia o papel da técnica, delegando na investigação experimental, no processo interpessoal e na experiência subjetiva, os principais sinais de mudança. Estes autores, salientam que em psicoterapia, a investigação deve servir-se do conhecimento produzido para determinar os princípios que estimulam as mudanças terapêuticas, independentemente da teoria de base ou do modelo.

São três, os tipos de variáveis (relacionais, procedimentos técnicos e características do psicoterapeuta e do cliente), que contribuem para a eficiência da psicoterapia, sendo que as variáveis do cliente têm extrema relevância. O maior desafio relativamente à investigação no âmbito das psicoterapias, é o facto destas três variáveis estarem em constante interação e correlação (Castonguay & Beutler, 2006).

Os modelos integrativos, procuraram através de estratégias distintas, articular o conhecimento existente e promover o intercambio de contribuições provenientes de diferentes abordagens, se bem que ainda buscam comprovar-se como superiores às abordagens psicoterapêuticas de um só modelo. (Garcia, Fantin, 2012).

Apesar das primeiras meta-análises, acerca da eficácia das diferentes escolas de modelo único, mostrar uma ligeira superioridade do modelo cognitivo-comportamental face às metodologias relacionais e verbais, principalmente nas intervenções a curto prazo e em perturbações ansiosas, meta-análises mais recentes e também mais rigorosas, esbateram estas mesmas diferenças (Vasco, 2005).

Nenhum tipo de intervenção psicoterapêutica, se salienta em estudos credíveis, como significativamente superior, principalmente em intervenções a longo prazo. Somente em situações concretas como agorafobia e pânico simples (sem perturbação da personalidade associada); fobias simples (sem p.p. associada); transtornos obsessivo-

compulsivos (sem p.p associada) e disfunções sexuais (igualmente, quando sem p.p associada), se mostrou mais eficaz, uma intervenção cognitivo-comportamental (Lambert & Barley, 2002).

#### *Elementos chave em psicoterapia*

Existem fatores que são comuns à generalidade das psicoterapias, e que são responsáveis pela mudança (Lambert, Garfield & Bergin, 2004). Com início na década de 80, começa a presenciar-se o aparecimento de um movimento integrativo de técnicas e princípios de diversas teorias, incluídas numa só intervenção (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005), procurando ir além dos limites balizados que delimitam as distintas abordagens, abrindo formas de comunicação, além dos pressupostos pré-definidos. É o termo ecletismo preterido face ao integrativo, pois o ecletismo denota uma abordagem pragmática, onde o terapeuta utiliza técnicas que acredita serem eficazes, mesmo que isso implique um défice de compreensão teórica das suas escolhas. O termo integrativo, implica um uso sistemático, tanto dos conceitos como das técnicas (Sundfeld, 2000).

Um dos modelos integrativos que emerge, é o modelo de complementaridade paradigmática, que visa uma intervenção com base em distintas correntes teóricas, de forma a promover a eficácia terapêutica. Este, assenta em quatro componentes, os princípios base para a mudança (o “quê” da psicoterapia), a conceptualização do problema e do cliente (o “como” da psicoterapia), a aliança terapêutica (o “estar” em psicoterapia”), e por fim, uma sequencia temporal de objetivos e estratégias (o “quando” da psicoterapia”) (Vasco, 2006).

As diferentes escolas terapêuticas, parecem ter uma semelhança relativamente aos seus processos interventivos, nomeadamente fases temporalmente sequenciais relativas a objetivos terapêuticos, tanto nas escolas integrativas como nas não-integrativas. Os diversos modelos, implícita ou explicitamente, guiam-se por essa sequência de objetivos

contribuindo para a decisão clínica que é tomada. Esta dimensão temporal é essencial no contexto terapêutico e fundamental no movimento integrativo (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

A base de qualquer intervenção psicoterapêutica é a ajuda prestada ao indivíduo, para que este se sinta e funcione melhor. Esta intervenção tem como base a promoção de modificações adequadas ao mundo onde o indivíduo se insere, e simultaneamente, a transformação do significado das suas experiências, em significados mais benéficos para este, ou então, que sejam possíveis experiências distintas, prevenindo as recaídas e valorizando os seus recursos internos (Puschner, Bauer, Horowitz & Kordy, 2005).

Uma abordagem integrativa em psicoterapia, tenta ter uma visão que vá além dos balizamentos de uma só abordagem, procurando conhecer outras formas de guiar a intervenção. A promoção do bem-estar do indivíduo é o seu resultado final, devendo este ser adaptativo, mas também funcional, através de respostas que sejam ajustadas às necessidades deste. O movimento de tentar integrar diferentes modelos e teorias pode ser frutífero, mas para tal, esta deve ser guiada por um entendimento dialógico, não minorando as desigualdades, mas mantendo-as em comunhão com as complementaridades exequíveis (Sundfeld, 2000).

Toda a psicoterapia, é um ato de mútua partilha, entre o psicoterapeuta e o seu cliente, e nessa partilha a mudança ocorre numa base sólida e segura. Para que esta segurança ocorra é necessária validar, mas, o contraste tem também um papel fulcral nessa alquimia. É uma proposta de desafio, a progressiva introdução da novidade, como o compreender que o cliente se sinta daquela forma, mas acreditar que é possível sentir-se de outra (Vasco, 2007).

Para além da função de validar ou de desafiar em psicoterapia, existem outras cinco categorias no âmbito da comunicação terapêutica, importantes de salientar. São

elas, a colaboração, a comunicação emocional, o diálogo reflexivo, as narrativas coerentes e a reparação, e estão relacionadas com o “estar em terapia” (Portillo, 2000).

A psicoterapia só existe num ambiente de colaboração, e esta categoria pode ser caracterizada como sendo a noção de que ambos os intervenientes do processo caminham na mesma direção, no sentido de objetivos idênticos. Existe uma relação, entre a colaboração e a distância adequada entre o terapeuta e o cliente, este terá de se desenvolver por si próprio, logo, esta distância não poderá ser nem demasiado próxima nem demasiado distante (Vasco, 2007).

A comunicação emocional, é definida como sendo a aptidão do psicoterapeuta acompanhar o processo emocional do seu cliente, mostrando que por exemplo se sente feliz pelas suas conquistas, e que consegue acolhe-lo em palavras no seu sofrimento: “consigo sentir essa dor que está dentro de si” (Ruiz & Villalobos, 1994).

O diálogo reflexivo, é a expressão dos elementos envolvidos, o que estes sentem e pensam. Não deverá ser somente o cliente a expressar os seus sentimentos ou pensamentos, mas também o terapeuta deverá devolver o que sente e pensa acerca do que está a acontecer no processo (Vasco, 2007).

A história do cliente deverá estar organizada numa narrativa coerente, consonante com os factos vividos e refletido, mas para que esta narrativa coerente emerja, é necessário falar sobre o passado, presente e futuro, articulando os pensamentos, sentimentos e ações, constituintes das diferentes experiências (Ledo, González & Calzada, 2012).

Durante o processo interventivo, podem surgir falhas a nível da comunicação, as quais deverão tentar ser reparadas. Por exemplo, quando o cliente sente que o que verbalizou não foi suficientemente valorizado, ou quando não entende o que o

psicoterapeuta verbalizou. Há que permitir a expressão destas falhas para que possa ocorrer o movimento reparador (Vasco, 2007)

O objetivo máximo de uma intervenção terapêutica, deverá ser a forma como o cliente se relaciona, se representa e comunica, não só consigo, mas também com o mundo que o rodeia, afetivamente, mas também efetivamente (Vasco, 2007).

Os autores Lambert & Barley (2002), referem que no que toca à variância de uma intervenção psicoterapêutica, cerca de 40% é explanada pela remissão espontânea (particularidades do meio ecológico do cliente; características pessoais). Cerca de 30% é atribuída a fatores comuns às orientações teóricas (qualidade do vínculo terapêutico, experiências emocionais corretivas). Aproximadamente 15% para os efeitos placebo, e os restantes 15%, atribuídos às características próprias de cada modelo. Conclui-se assim, que os principais fatores para o êxito de uma intervenção psicoterapêutica, são as especificidades do cliente, bem como as da sua rede de suporte, sendo também importantes, os fatores comuns às orientações teóricas, particularmente as características do psicoterapeuta, e a qualidade da relação.

#### *Psicólogo clínico em contexto psiquiátrico*

Os psicólogos clínicos, são uma parte fundamental de uma equipa multidisciplinar. Os psiquiatras e os psicólogos devem ser elementos complementares, e devem trabalhar em harmonia para o benefício do paciente. Os psiquiatras são médicos, e como tal estudam a doença mental do ponto de vista médico, usualmente recorrendo aos psicofármacos ou outro tipo de medicação, por outro lado, reconhecem que há transtornos mentais que não são verdadeiramente doenças, mas sim conflitos psíquicos ou outro tipo de situações que requerem uma intervenção psicoterapêutica e não uma intervenção psicofarmacológica. Por outro lado, o psicólogo clínico, estuda os transtornos mentais da perspetiva psicológica e olha para as doenças mentais desta forma, tendo por

base a sua orientação teórica (psicanalítica, dinâmica, comportamental, cognitiva, sistémica, etc.), sendo que o seu tratamento ou ação terapêutica é realizado deste ângulo, baseado predominantemente na palavra ou comunicação com o paciente, entre outras estratégias (Delgado, 2009).

A presença dos psicólogos em contexto hospitalar nos países europeus é cada vez mais frequente e generalizada, o que reflete o reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, gestores e políticos, da importância e relevância dos aspetos psicológicos nos processos de saúde e doença. A abordagem psicológica intervém e ocupa-se não só dos problemas de saúde mental (psicologia clínica), mas também de outras patologias nas quais os fatores emocionais e psicológicos desempenham um papel fundamental, começando assim a ocupar um lugar proeminente nas estruturas e na organização dos serviços de saúde clínicos e hospitalares (Corrobles, 2012).

Ao longo do desenvolvimento da psicologia clínica, a tradicional dicotomia saúde física - saúde mental, foi superada com o reconhecimento da unidade biopsicossocial do comportamento humano. Desta forma, o papel do psicólogo clínico deixou de se restringir unicamente ao mental, passando a intervir em diversas áreas, entre as quais se encontram os problemas biomédicos, ampliando assim cada vez mais a sua competência profissional (Guadalupe, 2008).

O psicólogo clínico, é o profissional que aplica conhecimentos, ferramentas, técnicas e instrumentos de grande riqueza e variedade, proporcionados pela psicologia e ciências afins, com o intuito de diagnosticar, avaliar, explicar, tratar ou prevenir as anomalias, transtornos ou qualquer outro comportamento humano relevante para a saúde e para a patologia, e referindo-se a um indivíduo ou a um grupo (Corrobles, 2012).

As técnicas e procedimentos de intervenção psicológica são o resultado dos conhecimentos adquiridos na prática clínica. O psicólogo clínico, utiliza principalmente

técnicas de avaliação como entrevistas, observação, testes, registos entre outras; ou de intervenção terapêutica ou modificação do comportamento, como a psicoterapia, seja esta de um único modelo ou de um modelo integrativo, e pode ser aplicada a nível individual, familiar, no casal ou em grupo (Amoros, 1980).

#### *Intervenção psicológica em saúde mental*

A intervenção psicológica consiste na aplicação de princípios e técnicas psicológicas, por parte de um profissional credenciado, com o intuito de ajudar indivíduos a compreender os seus problemas, a reduzi-los ou a supera-los, ou a prevenir a ocorrência destes, melhorando as suas capacidades pessoais ou relacionais, mesmo na ausência de problemas (Echeburúa & Corral, 2001).

Numa instituição de saúde mental, a psicologia centra a sua atenção nos utentes que se encontram em estado de doença ou que requerem uma intervenção medicamentosa. Ambas as circunstâncias, têm um efeito na esfera psíquica e emocional do indivíduo, cuja resposta não pode somente ser vista numa perspetiva psicopatológica, mas tendo em conta as reações esperadas face às situações de vida que enfrenta. Como tal, define-se o conceito de mal-estar psicológico, como uma resposta emocional reativa a um evento ou circunstância que não cumpre os critérios nosológicos para um transtorno mental, sendo muitas vezes o catalisador, um evento considerado crítico, que exige respostas adaptativas para a sua resolução, e que gera uma desorganização temporal e uma incapacidade para abordar a situação com os recursos psicológicos existentes. Face às suas características, o mal-estar psicológico, implica mudanças emocionais e comportamentais de intensidade variável, de curta duração, rápida evolução e bom prognóstico, à custa da solução do problema desencadeador (Nieto, Carmona, Bravo, Rodriguez, 2013).

As instituições de saúde mental, contam com diferentes serviços, exercendo ações integrais e articuladas em benefício das necessidades do paciente, assim como a

otimização dos recursos humanos mediante o uso de procedimentos efetivos. A interdisciplinaridade tem um efeito na relação custo-benefício, dada a transcendência de estabelecer ações que possibilitam a prevenção das patologias mentais, assim como a otimização de recursos mediante o encaminhamento e atenção seletiva dos utentes. A compreensão do comportamento permite ao psicólogo antecipar e promover comportamentos que se aproximem das condições necessárias para a aplicação de ações eficazes e eficientes, com o mínimo de recursos e o máximo de benefícios (Carmona, 2007).

Em saúde mental, a equipa de intervenção, nem sempre tem bem delimitados os critérios de encaminhamento para a intervenção psicológica, o que adia a atenção oportuna e por vezes impede ou limita o benefício de ações que incidem diretamente em aspetos de índole psicoafectiva dos utentes, que quando não são logo atendidos pelo serviço de psicologia, exigem por vezes uma maior quantidade de serviços a curto ou a longo prazo, criam problemas de aderência terapêutica, ou complicações de saúde. Destingir a necessidade de encaminhar para as diferentes áreas existentes numa equipa multidisciplinar de uma unidade de saúde mental, agiliza e facilita a resolução da problemática do doente (Morales, Díaz, Pimentel, Meza, Henales, Carreño, 2006).

A intervenção psicológica nas instituições de saúde mental, pode definir-se como um conjunto de procedimentos, que aplicados neste campo têm como objetivo integrar ações psicoterapêuticas que resultem num tratamento integral do doente, mediante a caracterização e prevenção das reações emocionais associadas a eventos médicos e a eventos da população em risco psicossocial, para além de atenuar as consequências do impacto de uma situação médica nos casos de uma patologia mental, oferecendo em ambos os casos uma resposta operacional para a gestão dos utentes durante o período em

que se encontra sob o cuidado da equipa de saúde (Nieto, Carmona, Bravo, Rodriguez, 2013).

Uma das características da intervenção psicológica nas instituições de saúde mental, deve cumprir com o propósito de integração do utente numa equipa multidisciplinar, para atender às demandas da instituição e da população que atende. O psicólogo clínico, insere-se dentro da equipa de saúde institucional, para fornecer apoio aos casos onde as alterações emocionais constituem uma barreira para um tratamento médico eficaz, e para a deteção e prevenção de complicações médicas e emocionais (Carmona & Dias, 2000).

A intervenção psicológica pode ocorrer de diferentes formas, individualmente, em grupo, em casais, famílias, grupos ou comunidades, sendo que estas formas de intervenção não são exclusivas, logo, podem ocorrer de forma combinada. A intervenção individual é a mais frequente, e nesta o psicólogo trabalha com um só indivíduo, de forma a resolver ou a reduzir os seus problemas, eliminar ou reduzir os comportamentos de risco, adquirir hábitos e comportamentos saudáveis, lidar com uma doença crónica, entre outros (Bernstein, Nietzel, 1988).

A terapia de grupo emerge através da psicanálise e do psicodrama, ao permitir o pensamento face à teoria dos grupos. Esta surge de forma científica nos anos 40, mas é a partir dos anos 60 que se assiste a uma implementação de programas comunitários, com recurso ao trabalho corporal e a técnicas não verbais (Staunton, 2002).

Um trabalho psicoterapêutico ou de intervenção grupal, exige uma estrutura adequada ao seu funcionamento, onde os objetivos devem ser claros, os elementos do grupo devem ser seleccionados, e a duração e as técnicas a serem usadas no processo, devem estar bem definidas. Para que se forme um grupo, tem de existir um motivo bem claro, que não somente a otimização de recursos (Leal, 2005).

Uma intervenção de grupo, pode ser usada com diversos objetivos, desde a intervenção em situações problema, como de forma psicoeducativa. A duração e os objetivos da intervenção, devem ser fornecidos ao grupo, sendo que as questões éticas, como a confidencialidade, deve igualmente ser respeitada como se de uma intervenção individual se tratasse (Shlomo, 2002).

Relativamente à intervenção de grupo com pessoas idosas, várias são as vantagens que validam a sua implementação, visto que a longo prazo, revelam ser eficazes e eficientes, promovem a adesão dos idosos institucionalizados, é uma forma de tratamento mais otimizada no que toca aos custos, permite o desenvolvimento de investigações, e os ganhos cognitivos e emocionais são superiores face às intervenções individuais (Chiu, 1999).

O conceito de reabilitação psicossocial, surge em meados do século XX, devido à criação de leis que reconhecem os direitos dos doentes mentais, que necessitavam de cuidados de reabilitação e formação, dentro do contexto hospitalar. Posteriormente foram desenvolvidos processos de desinstitucionalização e de cuidados psiquiátricos comunitários, surgindo então o denominado modelo de reabilitação psicossocial, um modelo de intervenção que visa ajudar os doentes internados em hospitais psiquiátricos a reinserirem-se socialmente. A reabilitação define-se como um processo cuja meta global, é ajudar as pessoas com patologias psiquiátricas a reintegrarem-se na comunidade, e a melhorar o seu funcionamento psicossocial, de modo a permitir que se mantenham no seu ambiente social, em condições as mais normalizadas e independentes possível. Têm igualmente como objetivo, abranger as pessoas com doença mental já na comunidade, mantendo-as lá, fornecendo-lhes os apoios necessários de forma a conseguir uma maior autonomia e qualidade vida (Rodríguez,1997).

A reabilitação psicossocial, procura dar suporte à reconstrução de uma rede social de apoio, na busca de emprego ou na recuperação da autonomia pessoal que se encontra deteriorada. Múltiplas estratégias de intervenção, podem ser usadas de forma flexível, em todos os objetivos e áreas de trabalho do âmbito da reabilitação, possibilitando o uso de todas as técnicas disponíveis provenientes de diferentes campos, que sejam necessárias para atingir os objetivos propostos, tais como, a intervenção psicológica e modificação comportamental, o trabalho social, estratégias socioeducativas, técnicas do domínio dos recursos humanos, ou estratégias de animação social (Sarraceno y Montero, 1993).

#### *Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico*

O articular do processo avaliativo e interventivo, aumenta os resultados psicoterapêuticos. É necessário compreender e integrar, as características específicas da personalidade do sujeito, numa intervenção, pois estas, podem tornar-se impedimentos no alcance dos objetivos terapêuticos (Bateman & Fonagy, 2010).

A avaliação psicológica, quando usada de forma adequada, possibilita ao terapeuta uma melhor compreensão das especificidades do cliente, levando a uma intervenção mais eficiente, concreta e particularizada. Este fator ganha especial relevância nos clientes de maior complexidade, nos quais, as lacunas nas estratégias adequadas às particularidades da personalidade do cliente, podem resultar em complicações no estabelecer da relação terapêutica, bem como, em ruturas. Avaliar e planejar a personalidade e a intervenção, possibilita reduzir os sintomas e desenvolver no cliente a noção de que é compreendido (Quirk, Erdberg, Crosier & Steinfeld, 2007).

As perturbações de personalidade, são aquelas que apresentam uma menor resposta, à intervenção cognitiva clássica, pois estas caracterizam-se pela rigidez e pelo evitamento afetivo e cognitivo (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Beck (1997), no seu modelo cognitivo, define que existe uma interdependência entre as emoções, cognições e

o comportamento, contudo, nem todos os clientes respondem de forma positiva à sua abordagem terapêutica, entre os quais, aqueles que apresentam disfunções cognitivas, problemas não só interpessoais, mas também na manutenção de uma aliança com o terapeuta.

O psicodiagnóstico é considerado um eixo fundamental no processo de avaliação dentro da psicologia clínica, que mantém uma unidade de ação com os outros dois eixos, mas que pode desenvolver-se com uma certa independência. À medida que se vão identificando e descrevendo os principais problemas do cliente, o seu início e evolução, começa a ter-se disponível toda a informação necessária para se realizar um diagnóstico de acordo com o DSM ou o CID. Os dados recolhida durante a entrevista clínica, ajudam a clarificar esse trabalho diagnóstico, uma vez que os critérios de diagnóstico e a informação epidemiológica e do curso dos problemas ajudam a dirigir a busca dos dados de forma mais precisa (Nieto, Carmona, Bravo, Rodriguez, 2013).

As relações que se estabeleceram entre os procedimentos diagnósticos estruturais e os processos de avaliação em psicologia clínica, mais funcionais, resultaram numa necessidade mutua de apoio. Hoje em dia, é raro a existência de um processo de avaliação em psicologia clínica completo, sem a existência de um diagnóstico, sendo que para que haja idoneidade num tratamento, esse diagnóstico deverá estar presente. De igual modo, começa-se a estabelecer cada vez de uma forma mais clara a relação complexa que existe entre um diagnóstico e os possíveis modelos para formular um caso clínico, tanto na prática clínica como na investigação. Estas relações alertam à possível e desejável coexistência de focos nomotéticos e estruturais (classificatórios) juntamente com os ideográficos e funcionais (formulação clínica do caso) (Tavares, 2003).

*Psicopatologia – fatores de risco e proteção*

A psicopatologia é o ramo da psicologia, que descreve os eventos que ocorrem no comportamento visível ou não, explícitos em diversas perturbações do comportamento e perturbações mentais. Descreve igualmente, o desenvolvimento e consequências destes comportamentos e condições psíquicas, tanto a partir de uma visão fenomenológica classificatória, como circunscrita a uma teoria ou corrente específica (Bernstein, Nietzel, 1988).

A forte predominância do modelo biomédico, e o facto da primeira teoria psicoterapêutica (psicanálise) partir deste, fez com que a terminologia própria da medicina, se tornasse a base da forma de pensar e definir a psicopatologia. Este ramo, define os critérios para o diagnóstico das doenças mentais, sendo o termo perturbação mental, o mais usado pelos profissionais de saúde mental, e o termo também usado no DSM e CID, onde os seus autores reconhecem ser hoje conscientes que há muito de físico nas patologias mentais e muito de mental nas físicas (Coto, Alonso, Gómez, 2010).

Dentro das patologias mentais, encontra-se a esquizofrenia, uma perturbação psiquiátrica significativa e importante que modifica a perceção, pensamento, afeto e comportamento de um individuo. Cada pessoa portadora desta patologia, têm a sua única e própria combinação de sintomas e de experiências, uma vez que são influenciadas por circunstâncias particulares (Machado & Morales, 2013).

A esquizofrenia é um transtorno psicótico que persiste durante 6 meses, sendo que pelo menos durante 1 mês os sintomas estão ativos (ideias delirantes, alucinações, linguagem desorganizada, catatonia e sintomas negativos). Esta doença, associa-se a uma marcada disfunção pessoal, social e laboral, condicionando a dependência do sujeito a terceiras pessoas e a uma inversão económica para familiares e para o estado. A prevalência é a mesma em ambos os sexos, sendo que no sexo masculino a idade de início

situa-se entre os 15 e os 25 anos, e no feminino, entre os 25 e os 35, pelo que o prognóstico nas mulheres se torna mais favorável (Encinas, Lagrava, Encinas, 2009).

A esquizofrenia, caracteriza-se pela deterioração do funcionamento pessoal, e entre as dificuldades presentes, podem-se evidenciar, os problemas de memória e concentração, isolamento social, comportamentos bizarros, comunicação perturbada, ideias estranhas, experiências perceptivas, redução do interesse e da motivação para as atividades diárias, sendo que cada uma destas alterações afeta a capacidade do indivíduo manter o seu trabalho ou estudo, bem como as relações interpessoais (Bhugra, 2010).

A principal causa do sofrimento de um doente esquizofrénico, é a sua perceção de incompetência, sentindo-se em desvantagem no contexto social, sendo incapaz de responder aos estímulos sociais e de enfrentar as situações de stress desencadeadas pelo ambiente. A maioria das pessoas com esquizofrenia, não consegue retomar o seu trabalho ou os seus estudos, nem conseguem estabelecer relações interpessoais normativas (Burns, 2006).

A esquizofrenia é uma perturbação mental que até à atualidade se define de forma sindrómica, ou seja, como um conjunto de sintomas com uma certa duração no tempo, e cuja etiologia e fisiopatologia não são suficientemente conhecidas. As alterações na esfera da consciência provocadas por esta doença, devem-se a uma falta de controlo dos processos conscientes superiores; de igual modo, o comportamento desorganizado, deve-se a uma falha na meta-representação, afetando o conhecimento de si mesmo e da interpretação da experiência (Alberdi, Castro y Vázquez, 2005).

As ciências sociais, biológicas e neurológicas, têm proporcionado contribuições significativas ao papel dos fatores de risco e proteção nas vias evolutivas dos transtornos mentais e saúde mental deficitária. Os fatores de risco e proteção, sejam biológicos, psicológicos ou sociais, têm sido identificados em diferentes etapas da vida, incluindo na

fase fetal. Muitos destes fatores são maleáveis e como tal, são potenciais alvos de medidas de prevenção e promoção (Alonso & Ríos, 2002).

A prevenção das perturbações mentais, centra-se nos determinantes que exercem uma influencia causal, predispondo a surgimento destes. Os fatores de risco estão associados com uma maior probabilidade de surgir a patologia, maior gravidade e maior duração dos principais problemas de saúde. Os fatores de proteção referem-se às condições que melhoram a resistência dos indivíduos aos fatores de risco e às perturbações. Estes podem ser definidos como aqueles fatores que modificam, minorizam ou alteram a resposta de um individuo a certos perigos ambientais que predispõem a uma consequente inadaptação. Os fatores de proteção são idênticos às características de saúde mental positiva, tais como a autoestima, força emocional, pensamento positivo, destreza social e de resolução de problemas, habilidade para a gestão do stress e autocontrolo (Coto, Alonso, Gómez, 2010).

As intervenções preventivas, com o objetivo de fortalecer os fatores de proteção, tornam-se de extrema relevância como medida de promoção de saúde mental. Existe uma forte evidência que os fatores de risco e proteção têm uma correlação direta com o desenvolvimento das patologias mentais. Tanto os fatores de risco como os de proteção podem ser de carácter individual, relacionados com a família, sociais, económicos e ambientais. Geralmente, é o efeito acumulado da presença de múltiplos fatores de risco, e a falta de fatores de proteção, o que predispõe os indivíduos a mudar de uma condição mentalmente saudável, a uma maior vulnerabilidade, passando para um problema mental e por fim uma perturbação mental com todas as suas características (Ingram & Price, 2001).

As intervenções preventivas dos problemas de saúde mental, pretendem neutralizar os fatores de risco e reforçar os fatores de proteção ao longo da vida do

indivíduo, com o objetivo de interromper esses processos que contribuem para a disfunção mental. Os determinantes abordados nas intervenções preventivas, devem ser maleáveis e devem abranger fatores específicos da doença, assim como fatores genéricos de risco e proteção, que são aqueles que são comuns a vários problemas e perturbações de saúde mental. Os fatores de risco e proteção específicos, são aqueles que estão relacionados com o desenvolvimento de uma determinada patologia (Alonso & Ríos, 2002).

A família é o primeiro agente socializador, no qual se educa e forma o indivíduo, para que os seus membros sejam capazes de se desenvolver como pessoas autónomas, que conseguem enfrentar e integrar-se na vida. A família é um sistema complexo, vivo e humano, em interação permanente com o meio, e possui uma estrutura organizada e hierárquica, com uma dimensão tridimensional: biológica, psicológica e social. Os seus membros agrupam-se em subsistemas: fraterno, parental, conjugal, etc., estando estes separados por fronteiras simbólicas e cada um deles contribui para o funcionamento da família, mantendo a sua identidade, através de papéis, funções e tarefas. Nenhuma parte do sistema pode ser vista de forma independente, nem o funcionamento da família pode ser compreendido pelo simples processo de compreensão de cada uma das partes. Desta forma, um indivíduo que apresenta sintomas específicos, está a cumprir uma função dentro desta, como sendo um eixo para manter as dinâmicas estruturais da mesma (Epstein & Bishop, 1973).

#### *Psicoterapia de Apoio*

Embora a psicoterapia de apoio (PA), seja a modalidade psicoterapêutica mais utilizada na prática clínica, existem poucos manuais sobre a sua técnica, e a pesquisa empírica é escassa, e embora tenha as suas raízes na psicanálise, existem muitas escolas, abordagens e técnicas psicoterapêuticas que a utilizam (Prada, 2008).

Existe a ideia de que a psicoterapia de apoio é uma forma "menor" de intervenção, face a outras técnicas mais profundas, como a psicanálise ou a terapia cognitiva-comportamental, e acreditam que através do senso comum, se pode fazer PA, porém, esta requer a compreensão do papel da história do cliente na formação dos seus sintomas, bem como lidar com os efeitos da aliança terapêutica e mecanismos transferenciais na relação cliente-terapeuta (Ursano, Sonnerberg & Lazar, 2004).

Segundo Joan Coderch (1987), a psicoterapia é uma atividade com fins curativos, realizada por um profissional capacitado e treinado para o exercício da mesma, que usa técnicas psicológicas para compreender e tratar o sofrimento emocional dos seres humanos. Para uma psicoterapia possa ser verdadeiramente considerada como tal, deve atender a dois requisitos básicos: que as ferramentas e técnicas utilizadas pelo psicoterapeuta, sejam sustentadas por fundamentos teóricos sólidos e científicos; e que o terapeuta recebeu uma formação no exercício da psicoterapia (Luborsky & Barrett, 2006).

Tradicionalmente, as psicoterapias de orientação psicanalítica (POP), estavam divididas entre a modalidade expressiva e a de apoio. A primeira, cujo paradigma é a psicanálise clássica (e cuja técnica por excelência é a interpretação), procura revelar os conflitos inconscientes subjacentes à patologia. A segunda, no entanto, procura manter ou fortalecer as defesas adaptativas do cliente, de modo a que este consiga gerir o melhor possível, as suas vidas quotidianas. As terapias expressivas têm como finalidade, a mudança da estrutura psíquica; as de apoio, a melhor adaptação possível ao meio e às circunstâncias da vida do cliente (Ursano, Sonnerberg & Lazar, 2004).

Não são consideradas psicoterapias, as intervenções que são originadas, principalmente no senso comum, tais como os conselhos ou orientações dadas espontaneamente, sem um conhecimento técnico e científico por detrás. Estas intervenções espontâneas e naturais, que oferecem alguns minutos de escuta, um ombro

para chorar, um abraço, uma palmada nas costas, um toque ou calorosas palavras de incentivo são, manobras ou estratégias de apoio emocional. Porém, estas intervenções espontâneas, por si só, não podem ser consideradas psicoterapia (Ursano, Sonnerberg & Lazar, 2004).

Uma vez que a Psicoterapia de Apoio pode ser usada numa extensa variedade de perturbações mentais, a sua indicação depende da situação clínica específica de cada cliente, mais do que a entidade nosológica em questão (Prada, 2008).

A psicoterapia de apoio, procura reforçar as defesas, para que o cliente enfrente da melhor forma possível uma crise de vida. Em geral, os clientes indicados para esta abordagem, dividem-se em duas categorias: os indivíduos psiquicamente saudáveis e bem ajustados que foram afetados por um evento de vida perturbador; e as pessoas com patologias mentais, por vezes cronicamente incapacitadas ou com deficits significativos no funcionamento do ego (Luborsky & Barrett, 2006).

Quanto mais grave for a crise e mais frágil estiver a pessoa, maior será o apoio necessário. Da mesma forma que, quanto mais deteriorada estiver a estrutura psíquica do indivíduo, maior a sua necessidade de apoio. Por exemplo, se uma pessoa psicologicamente bem estruturada, com um bom desempenho psíquico, emocional, social e laboral, for diagnosticada com um cancro, entra numa situação que pode exigir uma psicoterapia de apoio para a restauração da sua homeostasia psíquica. Por outro lado, um paciente com uma esquizofrenia que no decorrer da progressão da doença, vai deteriorando o seu funcionamento psíquico, pode exigir um apoio permanente para enfrentar a sua vida diária. Entre estes dois extremos, encontramos um vasto leque de possibilidades clínicas, que englobam, a baixa tolerância à frustração, ou o comprometimento na capacidade reflexiva. Nalguns casos, não deverá ser feita uma intervenção com foco analítico ou dinâmico, uma vez que poderia aumentar a ansiedade

para níveis insuportáveis para o cliente, sendo que a intervenção deve então reforçar as defesas e estabilizar o seu ajuste (Prada, 2008).

Qualquer intervenção psicoterapêutica, é per si um ato de integração, pois promove no cliente um sentimento de maior aceitação e compreensão (não só por si, mas também pelos outros), quanto às suas especificidades. Este movimento em psicoterapia, tem como base questões existenciais, como a necessidade do outro e o inevitável sentimento de solidão (Vasco, 2007).

Os indivíduos recorrem ao acompanhamento psicoterapêutico quando as dificuldades de natureza psicológica, psicossocial ou biopsicossocial interferem significativamente com as suas capacidades de funcionamento e com a capacidade para disfrutarem da vida (Pinsof, 1995).

As técnicas mais usuais na psicoterapia de apoio, são, a formulação do caso, o vínculo ou aliança terapêutica, o contrato terapêutico e a escuta ativa, tendo como base a teoria de Winnicott em redor do desenvolvimento infantil (Misch, 2000).

#### *Formulação clínica de um caso*

Após escutar atentamente o paciente, numa ou em várias sessões de entrevista, acerca da sua história pessoal, os seus antecedentes e as principais queixas, formula-se o caso. A formulação do caso é um conjunto de hipóteses acerca das causas, os precipitantes e as influências que mantêm os problemas psicológicos, interpessoais e do comportamento; é uma conceptualização do paciente, mais ampla que um diagnóstico psiquiátrico; ajuda o terapeuta a organizar a informação do seu cliente, orientando a sua intervenção, os objetivos terapêuticos e as possíveis interferências que podem ocorrer durante o tratamento (Eells, 1997).

A formulação é o elemento primordial e imprescindível que se deve executar antes de dar início ao processo terapêutico. Tal como um arquiteto necessita de elaborar um

plano e uma maquete da obra que vai ser executada, também um psicoterapeuta o deve fazer (Prada, 2008).

Uma formulação clínica é na sua essência, uma hipótese sobre as causas precipitantes, predisponentes e mantenedoras dos problemas psicológicos, interpessoais e comportamentais de um cliente, também podendo ser definida como um modelo dos mecanismos que causam, controlam ou mantêm os problemas psicológicos deste (Sim, Gwee & Bateman, 2005).

Formular um caso num processo psicoterapêutico, é fundamental para a correta seleção de um tratamento adequado, pois esta escolha, exige um conhecimento das causas e fatores perpetuantes dos problemas do cliente. Pode-se então afirmar, que a planificação de um caso se baseia diretamente na formulação de um caso, que é um mapa de orientação para o terapeuta, para que este compreenda o caso e lhe possibilite intervir, preenchendo a lacuna que existe entre diagnóstico e tratamento (Morris, 2003).

Uma formulação clínica, tem vantagens integrativas, na medida em que resume aspetos relevantes de um caso em redor de ideias centrais, sendo estas: explicativa, pois fornece insight em redor dos aspetos intrapessoais e interpessoais do problema, e da evolução deste; prescritiva, pois facilita o delinear de metas adequadas, pontos de intervenção, modalidades e estratégias; preditiva, fornecendo uma linha de base com a qual se pode comparar os progressos; e por fim, sendo um guia para a relação terapêutica, ao facilitar ao terapeuta uma compreensão mais profunda da relação, a identificação das dificuldades relacionais e a facilitar a empatia com o paciente, pois compreende a verdadeira natureza dos seus problemas (Sim, Gwee & Bateman, 2005).

A formulação clínica de um caso, é considerada uma estratégia que facilita a organização da informação recolhida no processo terapêutico, com a finalidade de delimitar os problemas de relevância clínica que o cliente apresenta; estabelecer variáveis

relacionadas com a aquisição e manutenção do problema; e estruturar um plano de intervenção que favoreça o cumprimento de objetivos terapêuticos e metas clínicas (Godoy & Haynes, 2011).

A investigação atual em psicologia clínica, permitiu evidenciar que somente a identificação de uma categoria de diagnóstico, seguida da implementação de um protocolo de intervenção específico, nem sempre permite uma abordagem efetiva do caso, de forma a que se alcance satisfatoriamente as metas planeadas; isto devido em parte a que nem todos os clientes cumprem os critérios que os coloquem numa categoria de diagnóstico, e também pelo facto de que um diagnóstico facilita mais uma descrição que uma explicação do problema do cliente (Castro, 2011).

Face a isto, por vezes é possível ter uma descrição ampla de um problema, mas ao não ter claras as variáveis explicativas, a intervenção pode carecer da eficácia necessária para levar a cabo uma prática clínica bem-sucedida. A formulação clínica constitui-se como um sistema de organização chave para a intervenção em psicologia clínica, uma vez que facilita a estruturação da informação, permitindo ao terapeuta a identificação ideográfica dos aspetos particulares que devem ser considerados no processo de intervenção, tornando a prática clínica mais eficaz (Westmeyer, 2003).

#### *O vínculo e a aliança terapêutica*

Também denominada de aliança de trabalho ou aliança terapêutica, esta refere-se ao grau no qual o cliente experimenta a relação com o terapeuta como sólida e útil para alcançar os seus objetivos terapêuticos. Esta aliança tem 4 componentes principais: a relação afetiva entre o cliente e o terapeuta; a capacidade do cliente e do terapeuta para atuar em conformidade com os objetivos terapêuticos; a compreensão empática e o compromisso do terapeuta; o acordo entre o terapeuta e o cliente acerca dos objetivos terapêuticos (Arredondo, Salinas, 2005).

Uma pedra basilar no sucesso e eficiência da psicoterapia, é a qualidade do vínculo terapêutico estabelecido. O conceito (não o termo), emerge da psicanálise, associado inicialmente à transferência, isto é, uma reprodução de oposições relacionais primárias, onde sentimentos, comportamentos ou atitudes dessas relações, são direcionadas para o psicoterapeuta. O afeto que o cliente projeta, não tem como base a relação estabelecida, mas sim as suas fantasias inconscientes e relações objetais primárias (Hilsenroth, Peters & Ackerman, 2004).

Os modelos psicodinâmicos, enfatizaram o vínculo terapêutico como facilitador, e não tanto como sendo o responsável pela transformação, esta perspectiva prevaleceu até à definição da conceptualização da relação ideal por Carl Rogers (1957), onde esta, é o contacto existencial entre dois seres, o cliente, em estado de vulnerabilidade e incongruência, e o psicoterapeuta, que deverá espelhar uma atitude de aceitação incondicional pelo cliente, sendo coerente e empático. Bordin (1979) redefine o conceito de aliança na perspectiva psicanalítica, sendo esta constituída por três elementos: concordância relativa às tarefas terapêuticas (facilitadoras na mudança); concordância relativa aos objetivos terapêuticos; e a força do vínculo terapêutico (sentido pelo psicoterapeuta e pelo cliente) (Arnkoff, 2000).

Os principais determinantes para o êxito de uma intervenção terapêutica, são os fatores comuns a todas as correntes teóricas, tendo especial relevância, a qualidade do vínculo estabelecido entre o terapeuta e o cliente, e as características do próprio terapeuta, outros dos fatores determinantes, são as características do próprio paciente e a sua rede de suporte (Frank & Frank, 1991).

Existe uma maior probabilidade de ocorrer uma rutura na aliança terapêutica, ou a ocorrência de um padrão interpessoal disfuncional no relacionamento psicoterapêutico, nos casos de maior complexidade. É então fundamental, que o psicoterapeuta identifique

estas situações e crie estratégias, de forma a lidar com este processo contraproducente, promovendo a reparação de possíveis ruturas na aliança terapêutica (Safran & Muran, 2000).

Problemas interpessoais, estão usualmente implícitos em diversas perturbações psicopatológicas. A minimização destas questões, e conseqüente melhoria nos relacionamentos interpessoais, é um objetivo comum à larga maioria dos modelos psicoterapêuticos, eles mesmos uma relação interpessoal terapeuta-paciente (Puschner, Bauer, Horowitz & Kordy, 2005).

As semelhanças nas particularidades psicológicas do cliente e do terapeuta dificultam a criação e um fortalecimento da aliança psicoterapêutica, resultando em resultados terapeuticamente pobres (Golfried & Wolfe, 1998).

As características pessoais do cliente, bem como as do terapeuta, ambos em relação, estão diretamente relacionadas no desenvolvimento e na qualidade do vínculo estabelecido (Young, et al., 2003).

A qualidade do vínculo terapêutico, correlaciona-se positivamente com certos comportamentos e particularidades dos clientes (como por exemplo a expectativa de mudar) e de forma negativa com outras (como o evitamento ou os problemas interpessoais). Devem então, os psicoterapeutas estar prontos para dar resposta às questões relacionais do paciente, e serem hábeis a modificar as suas técnicas interventivas, de forma a serem responsivos nos problemas dos seus clientes. Uma aliança inicialmente deficitária, não significa em si um insucesso terapêutico, pois um terapeuta deverá saber como reagir face às particularidades interpessoais de cada sujeito que consulta, fomentando a qualidade da aliança e conseqüentemente o sucesso da psicoterapia (Puschner et al., 2005).

Certas características e comportamentos do psicoterapeuta estão correlacionadas de forma positiva com a qualidade do vínculo terapêutico estabelecido, como a flexibilidade, e outras poderão gerar complicações, como o criticismo. Um terapeuta deverá ser auto-consciente, focado na relação, e se emergirem ruturas, deverá saber identifica-las e fazendo uso da metacomunicação, deverá estimular o cliente para falar do problema relacional, explorando a sua história face às ruturas e reconhecendo a sua parte nas dificuldades emergidas, ao invés de manter o foco somente nas técnicas. As intervenções através da metacomunicação, promovem a qualidade da aliança, e promovem a instalação de uma relação colaborativa (Castonguay, Schut, Aikins, Constantino, Laurenceau, Bologh, Burns, 2004).

Em psicoterapia, o agrado do cliente face ao processo, depende da aliança terapêutica. Segundo Lambert & Barley (2002), os resultados com maior êxito, são alcançados pelos pacientes com fortes alianças terapêuticas, mesmo ao serem confrontados com elevados custos, estes mantêm-se no processo e obtêm resultados superiores (Quirk, et al., 2007).

A probabilidade da existência no vínculo terapêutico, de ruturas e de padrões disfuncionais nos relacionamentos interpessoais, é superior nos casos de maior complexidade, é então fundamental que o terapeuta reconheça tais situações, e desenvolva mecanismos que possibilitem lidar de forma terapêutica nas mesmas, promovendo uma reparação desses problemas na aliança (Safran & Muran, 2000). Uma postura terapêutica adequada, envolve (meta)comunicar sobre os conflitos, bem como a tentativa de reparar as falhas de comunicação, colaboração e sintonia. (Vasco, 2007).

Os problemas interpessoais, estão implícitos na grande maioria das perturbações psicopatológicas, e a maioria dos modelos tem como objetivo, melhorar e minimizar estes

padrões. A relação psicoterapêutica, visa transpor para o mundo concreto, as mudanças interpessoais que nela ocorre (Young et al., 2003).

A inflexibilidade e a persistência verificada nos padrões interpessoais, de clientes portadores de perturbações de personalidade, faz com que estes sejam mais resistentes à mudança, o que faz com que a qualidade da aliança ganhe especial relevo na intervenção (Muran, Safran, Samstag & Winston, 2005).

Um psicoterapeuta deve estar capacitado a compreender a personalidade e a condição clínica do seu cliente, para que seja estabelecida uma aliança terapêutica eficiente. Os terapeutas que avaliam a personalidade na intervenção psicoterapêutica, conseguem melhorias na relação, nos casos de maior complexidade (Young et al., 2003).

Devido à extrema importância que as relações com uma vinculação segura têm, no desenvolvimento emocional do indivíduo, o psicoterapeuta, de acordo com os modelos de vinculação, deve promover uma relação de confiança previsível e segura com o cliente, de modo a que este sinta valorização, compreensão e reflexão nas suas emoções (Safran & Segal, 1990).

#### *Contrato terapêutico*

O contrato terapêutico, configura aspetos que quando se tornam conscientes por parte do cliente, estruturam e dão sentido de confiabilidade à psicoterapia e ao terapeuta. Para que um encontro entre duas pessoas tenha um fim, é necessário um tempo (momento), um espaço (lugar), e um fim (propósito), que acabam por se definir. Em psicoterapia, estas coordenadas, o momento, o lugar e o fim é o que se denomina de enquadramento psicoterapêutico. Enquadramentos e contratos existem em todas as interações humanas, e colocar estes elementos em relevo é convertê-los em instrumentos para a mudança psicológica do cliente (Ursano, Sonnerberg & Lazar, 2004).

O contrato terapêutico, define quem, para quê e porquê, quando, onde e a que custo se realizam os encontros entre o terapeuta e o cliente. É necessário que todos estes elementos estejam bem definidos e conscientes antes de começar a terapia. Quando o terapeuta o faz, para além de ser estruturador, pois cria na pessoa a consciência de que tem alguém, um lugar e um momento onde as suas necessidades são contidas; cria também um sentido de pertença a um vínculo de trabalho psíquico e emocional por parte do cliente (Luborsky & Barrett, 2006).

Iniciar um processo psicoterapêutico sem saber concretamente o que se quer obter com ele, é semelhante a sair de casa sem saber para onde se vai. Um dos elementos centrais de um processo é acordar com o cliente as metas ou objetivos realistas a que se propõem alcançar num determinado espaço de tempo. Quanto mais claro e objetivo for o contrato terapêutico, mais apoiado e protegido se sentirá o cliente (Alarcón, 2004).

#### *Comunicação e escuta ativa*

Estudos apontam as “falhas relacionais” como causa de um largo número de insucessos psicoterapêuticos, podendo esta falha ser traduzida como uma falha na comunicação. É então este elemento, a comunicação, central em qualquer modelo interventivo. Etimologicamente, esta palavra deriva do latim, *communicatio*, a “ação de ultrapassar o isolamento, através da partilha e da comunhão” (Vasco, 2007).

Através da comunicação em psicoterapia, ocorre um fenómeno de validação, onde se aceita e se promove as experiências do cliente, na medida em que se compreende o seu modo de agir, pensar e sentir, e que mesmo não estando a ser adaptativos, têm uma função de existir (Erskine, Trautmann, 1996).

A psicoterapia poder-se-á definir como um método irrepitível e de carácter único, consistindo num leque de procedimentos associados a uma comunicação que é reparadora, esta existente entre o cliente e o terapeuta. O sucesso desta, depende de um

conjunto de variáveis e implica um largo número de decisões, diretamente envolvidas na intervenção efetuada (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Numa perspetiva integrativa, surge então a importância da comunicação, levando a uma reflexão sobre o potencial reparador de uma comunicação terapêutica, mais importante que a técnica terapêutica em si. Não existem técnicas corretas, mas existe a instalação de uma comunicação eficaz, e quanto maior a sua adequação ao paciente, maior o impacto que terá na sua mudança (Wampold, 2007).

Em psicoterapia, o dever de um terapeuta face ao cliente é escutar ativamente, sem interrupções. O silêncio terapêutico e simplesmente escutar, é uma das principais ferramentas dos psicoterapeutas, muitas das vezes não valorizada. Escutar ativamente, é permitir à pessoa expressar-se livremente, os seus sentimentos, medos, conflitos ou necessidades. Porém, esse silêncio não é incomodo nem desinteressado. Inicialmente o terapeuta não deve fazer grandes interpelações, mas deve transmitir ao paciente a sensação que o ouve, respeita e acompanha. A escuta ativa implica não só abrir um espaço para a expressão emocional do cliente, mas também à sua idiosincrasia, convicções, ideias, mesmo que o terapeuta não partilhe das mesmas, mas permite ao seu cliente ser ele próprio, sem crítica ou rejeição (Ursano, Sonnerberg & Lazar, 2004).

A escuta ativa, constitui um recurso importante que pode ser utilizado para melhorar as capacidades comunicativas do terapeuta, e conseqüentemente promover melhores resultados psicoterapêuticos. O terapeuta não deve estabelecer um plano de intervenção adequado sem conhecer previamente a situação clínica do cliente, bem como, a sua opinião acerca da mesma. Somente quando se alcança um entendimento mútuo, se consegue aceder a soluções comuns, e se consegue tornar o processo mais efetivo. Escutar fará de um terapeuta um melhor comunicador, sem a necessidade expressa de ter que usar a palavra, pois a escuta ativa por parte do terapeuta, demonstra um maior interesse pelo

seu cliente, seus problemas e circunstâncias, permitindo muitas vezes a resolução de situações tensas, e permitindo mais tempo para o terapeuta pensar em argumentos e soluções, que irão definitivamente melhorar a qualidade de vida do cliente e acelerar o processo terapêutico (Garcia, Ruiz, Baños, Lázaro, Ramis, 2014).

#### *Fenómenos psicodinâmicos*

Na psicoterapia de apoio, também ocorrem fenômenos de transferência, sendo este um processo inconsciente onde se revivem as relações primárias, geralmente com as figuras parentais. Independentemente do tipo de psicoterapia, os clientes tendem a reviver com os seus terapeutas, padrões de relação emocional primários. Tornar-se consciente disto e adquirir estratégias apropriadas é um elemento fundamental em psicoterapia de apoio. Ao contrário da psicanálise, na psicoterapia de apoio, a transferência é raramente interpretada, mas é de extrema importância para o terapeuta compreender o seu cliente e para o ajudar a adquirir estratégias para lidar com a situação (Ursano, Sonnerberg & Lazar, 2004).

A teoria psicanalítica das relações objetais, representa o estudo psicanalítico da natureza e origem das relações interpessoais e das estruturas intrapsíquicas que derivam das relações internalizadas do passado, fixando-as, modificando-as e reativando-as com outras no contexto das relações interpessoais presentes (Ramirez, 2010).

Segundo Laplanche e Portalis (1996), o termo de relação objetal é utilizado para definir o modo de relação do sujeito com o seu mundo, relação que é o resultado complexo e total de uma determinada organização da personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasiada dos objetos e alguns tipos de defesa dominantes.

As relações objetais são representações mentais inconscientes dos objetos, formadas a partir das interações do self no decorrer do desenvolvimento, a partir de

interações e experiências relevantes na infância, e afetam profundamente as interações interpessoais atuais e as escolhas de objeto do indivíduo (Tyson & Tyson, 2000).

Psicanaliticamente, para uma criança, as representações mentais do objeto e do self constroem-se a partir de passos progressivos no desenvolvimento das relações com os objetos. A disponibilidade emocional da mãe e o intercâmbio afetivo entre esta e o bebé, são elementos fundamentais na promoção da formação das estruturas psíquicas. A mãe oferece uma atenção que é essencial para o bebé e impõe condições às quais o bebé se deve adaptar (Bleichmar, 1989).

As personagens significativas das experiências e interações objetivas e subjetivas do sujeito, ao longo do desenvolvimento da sua psique, irão gerar um clima emocional que será o terreno para futuras relações objetivas, vínculos que irão definir o seu estado mental (Ramirez, 2010).

Segundo Winnicott (1994), todos temos um potencial inato para crescer e nos desenvolver, e para tal precisamos de um ambiente facilitador desse processo. No caso dos bebés, esse ambiente é proporcionado pelos pais, especialmente a mãe, com a função de suporte e apoio. Também o psicoterapeuta deve ser suficientemente bom, estimulando o crescimento do seu cliente.

Muitas das interpretações feitas na psicoterapia de apoio, são interpretações indiretas, isto é, é o mostrar ao cliente as semelhanças de uma determinada situação no presente com uma mesma situação da sua infância. No caso de pacientes muito regressivos, quando o terapeuta deteta material de conflitos inconscientes, que ameaça a estabilidade do processo, caso já exista uma relação sólida, pode então ser feita uma interpretação (Prada, 2008).

### **Ética e deontologia em psicologia clínica**

A prática da psicologia, seja como disciplina científica, ou como serviço público, baseia-se em dois princípios fundamentais. O primeiro, é consiste num conjunto de conhecimentos e competências que se foram adquirindo através da investigação e da prática psicológica. O segundo, consiste na ética que se foi desenvolvendo nesse conjunto de conhecimentos e competências, e das ações levadas a cabo, quando estas se aplicam na resposta aos pedidos de prestação de serviços. As profissões têm estes elementos em comum, apesar de existir variabilidade em cada uma delas. Por exemplo, a psicologia está firmemente baseada na investigação científica, baseando-se no experimento e tentando otimizar a objetividade e replicabilidade dos resultados. Ao mesmo tempo, a observação meticulosa, descrição e reflexão de acontecimentos únicos que ocorrem de forma natural, também são essenciais para o desenvolvimento científico da psicologia (Lindsay, 2009).

Os códigos éticos caracterizam-se, de forma explícita e implícita, por dois elementos, o primeiro, uma série de princípios éticos e normas sobre a prática, e que geralmente estão escritos em forma de normas de cumprimento obrigatório; o segundo, os códigos éticos, são formas de traduzir as crenças sobre o comportamento adequado, em afirmações que especificam a atuação apropriada dos profissionais. Estes principio derivam de posições morais gerais, incluindo os valores (Frígola, 2009)

Com o objetivo de padronizar os códigos deontológicos em todos os países membros da EFPA, afastando-se do modelo americano e procurando encontrar um modelo europeu, esta federação, na assembleia geral celebrada em Tampere em 1993, criou um grupo de trabalho de ética, que procurou desenvolver um meta-código de ética que serviria de matriz, a partir da qual cada país membro elaboraria o seu próprio código deontológico, atendendo às especificidades legais, culturais e sociais de cada país. O objetivo seria unificar as normas, salvaguardando as diferenças culturais e conseqüentemente éticas e morais de cada um dos países membros. As discussões

ocorridas neste grupo, com representantes de vários países, como Portugal, França, Inglaterra, Holanda ou Dinamarca, refletiram as diferenças entre as culturas e os valores. O meta-código de ética europeu, foi aprovado em assembleia geral em Atenas em 1995, tendo sido revisto em 2005, e assenta em quatro pilares fundamentais e interdependentes (EFPA, 2005):

Respeito pelos direitos e dignidade das pessoas - os psicólogos promoverão o desenvolvimento dos direitos fundamentais, dignidade e valor de todas as pessoas. Respeitarão o direito à privacidade, confidencialidade, autodeterminação e autonomia, compatíveis com outras obrigações profissionais dos psicólogos, e com a lei.

Competência - os psicólogos esforçar-se-ão para assegurar e manter níveis elevados de competência na sua prática. Reconhecerão as fronteiras das suas competências particulares e as limitações dos seus conhecimentos. Proporcionarão somente os serviços e utilizarão somente as técnicas para as quais estão qualificados, pela formação ou experiência.

Responsabilidade- os psicólogos serão conscientes das suas responsabilidades profissionais e científicas para com os seus clientes, comunidade e sociedade na qual trabalham e vivem. Os psicólogos evitarão prejudicar e são responsáveis pelas suas próprias ações, assegurando eles mesmos, tanto quanto seja possível, que os seus serviços não sejam indevidamente utilizados.

Integridade - os psicólogos procurarão promover a integridade na ciência, ensino e prática da psicologia. Nestas atividades, os psicólogos serão honestos, justos e respeitadores com os outros, tentando sempre clarificar o seu papel enquanto profissional, e atuando de forma apropriada de acordo com o mesmo.

Estes princípios, ilustram como em pleno século XXI, se mantêm vivos os modelos filosóficos, principalmente em relação às noções de bem - na ausência do mal,

do dever, da virtude, das medidas justas e do ascender a níveis superiores através da instrução. O meta-código e todos os códigos nacionais e internacionais que dele emanam, são modelados pelo imenso peso moral, que provem da declaração universal dos direitos humanos (Singer, 2004).

### **Objetivos do Estágio**

De forma a proporcionar ao futuro psicólogo clínico, uma prática clínica com recurso aos conhecimentos adquiridos ao longo dos 4 anos teóricos de formação, é realizado um estágio académico, imperativo para a conclusão do 2º ciclo de estudos em psicologia, neste caso, o mestrado em psicologia clínica. Este estágio é desenvolvido sob a orientação de um psicólogo clínico no local de estágio e supervisionado por um professor académico da universidade onde o curso é ministrado.

O estágio académico, é um elemento fundamental na formação de um futuro profissional, pois irá proporcionar momentos práticos de aprendizagem, reflexões sobre a prática profissional, uma visão crítica das dinâmicas existentes no local de estágio, devendo este, ser sempre supervisionado, e possibilitando a elaboração de novos conhecimentos (Buriolla, 2001).

O estágio referente ao presente relatório, decorreu entre outubro de 2015 e maio de 2016, com os seguintes objetivos gerais: proporcionar ao aluno um contacto direto com práticas profissionais e formas de intervenção ligadas às competências desenvolvidas ao longo do curso; desenvolver capacidades de utilização de instrumentos teóricos e metodológicos adequados à abordagem de problemas concretos; incrementar o grau de maturidade, preparação e de relacionamento humano do aluno para o desempenho profissional futuro; fomentar e apoiar a intercâmbio escola – mundo do trabalho.

E com os seguintes objetivos específicos: promover a aquisição de competências de comunicação em consulta; possibilitar a aplicação dos modelos teóricos na prática

clínica; desenvolver competências de gestão de atividades de grupo; compreender e aplicar os princípios da reabilitação psicossocial e de conceitos como *empowerment* e recuperação; promover a capacidade de trabalho numa equipa multidisciplinar

## Conclusão

O estágio curricular realizado e o presente relatório, servem de ponte entre o meio académico e o estágio profissional da OPP, conducente ao título de psicólogo. Para que o estágio pudesse decorrer de forma clara, concreta e objetiva, foram delineados objetivos prévios ao mesmo, os quais foram concluídos com sucesso, tendo por base a avaliação da orientadora (anexo 9).

A realização de reuniões semanais com a equipa técnica do hospital de dia, onde se debatiam os casos clínicos, as hipóteses diagnósticas, objetivos terapêuticos, estratégias de intervenção e dinâmicas pessoais e familiares, permitiram a aquisição de conhecimentos sólidos, fundamentais para a prática da psicologia clínica.

A supervisão individual, realizada semanalmente, com a orientadora de estágio Dr.<sup>a</sup> Catarina Janeiro, permitiu que as intervenções individuais e de grupo, se tornassem cada vez mais seguras e com maiores ganhos terapêuticos para os pacientes. Nestas reuniões, o conhecimento e adequabilidade da orientadora, a sua capacidade de exprimir saber e promoção de autonomia, permitiram que o estágio se tivesse tornado numa escola de consolidação de aprendizagem, fornecendo uma capacidade de olhar para o indivíduo de forma única e pessoal, sempre à luz da ciência psicológica.

As intervenções psicológicas realizadas, tanto nos doentes internados nas unidades de curto internamento, como naqueles institucionalizados, permitiram compreender e aplicar os princípios não só dos modelos teóricos aprendidos ao longo dos anos curriculares do curso, como o modelo de reabilitação psicossocial.

A integração numa equipa multidisciplinar de saúde mental, foi um elemento fundamental para a compreensão das especificidades de cada ser, onde a reabilitação destes, passa por uma intervenção integrada dos diferentes saberes e áreas de atuação.

As relações interpessoais com técnicos, pacientes, familiares destes e auxiliares, possibilitaram um enriquecimento pessoal, onde de diferentes formas, todos contribuíram para ganhos de experiência e de aptidões profissionais.

A diversidade da formação e orientação teórica dos elementos integrantes do serviço de psicologia da CPSJ, permitiu uma troca de saberes, onde os horizontes se alargaram e novas formas de compreender o indivíduo e a psicopatologia se instalaram, levando conseqüentemente a ganhos pessoais que se espelharam nas intervenções realizadas.

### **Reflexão final**

O presente relatório, resultante do estágio na CPSJ, permitiu a consolidação e prática dos conhecimentos adquiridos teoricamente ao longo da formação académica de psicologia. O contato com uma realidade não muito comum na prática clínica psicológica da maioria dos psicólogos, que é a doença mental, levou a um confronto com os modelos pré-estabelecidos e gostos pessoais, tornando-se evidente, que é necessário ir ao encontro do paciente, e não este ao encontro do modelo.

Nos casos clínicos apresentados, há uma clara evidência do poder de uma intervenção psicoterapêutica, que pode confirmar ou refutar o diagnóstico psiquiátrico existente, que rotula o paciente e que pode condicionar a sua intervenção, ao colocar uma visão patológica sobre este, onde o significado que é entregue às suas narrativas ou comportamentos, já está condicionado (Hurtado, 2009).

É necessário ter uma visão lacaniana do que se ouve e observa, tendo em conta os seus significados e significantes. Não se pode significar algo de acordo com uma ideia pré-concebida, mas é necessário ir ao encontro do significado que o paciente coloca no que diz e faz (Pita, Galván, Pérez, Surichauqui, Vasquez & Rios, 2012). Tais afirmações, não invalidam a presença de um diagnóstico psiquiátrico, até porque a medicina baseia-se na existência de um diagnóstico para a sua intervenção, que no caso da psiquiatria será atualmente a medicação. Mas será efetivamente, a base de uma intervenção psicoterapêutica um diagnóstico? Ou será a existência de um diagnóstico psicopatológico, um rótulo que acompanha o paciente indefinidamente?

No caso da C., o seu diagnóstico era de esquizofrenia, uma doença sem cura, a qual irá padecer até morrer. Ao longo da intervenção psicoterapêutica, esse diagnóstico veio a perder sentido, inclusive para a equipa psiquiátrica da CPSJ, faltava então contextualizar o caso, explorar o porquê das suas verbalizações, e o verdadeiro

significado dos seus sintomas, com especial relevo para as alucinações auditivas, que se vieram a revelar ser a sua crítica, os seus pensamentos.

No caso do A., a intervenção psicoterapêutica, veio a validar o diagnóstico estabelecido, um caso de esquizofrenia, com claro deficit cognitivo e uma clara presença dos sintomas positivos e negativos característicos da doença. Neste caso, o facto de haver uma linha orientadora, como a existente na abordagem cognitivo-comportamental, facilitou a intervenção e a obtenção de resultados bem-sucedidos para o paciente.

Um paciente carrega uma história, que muitas das vezes lhe traz os sintomas dos quais padece, e talvez seja necessário, as intervenções irem cada vez mais num sentido integrativo, tentando compreender os sintomas, retirando o rótulo de doença e colocando uns óculos neutros, sem condicionamentos prévios.

Para além de todos os fatores positivos, estudados e confirmados de uma intervenção psicoterapêutica, no que toca ao contexto de internamento psiquiátrico esta ganha especial relevo, porque revela um mundo que vai para além de uma visão categorial do paciente, que ou está doente ou está saudável. Tal como o próprio nome indica, psique vem do grego e significa alma, e esta psique não se encontra nem se pode colocar na ponta de um bisturi, o que distancia à priori, esta ciência das restantes áreas da medicina. A ciência deve questionar-se a cada passo que dá, pois o que era ciência há 100 anos, não é a ciência de hoje, e certamente que a ciência daqui a 100 anos, não será igualmente a mesma. Na investigação de um oceano tão complexo como a psique humana, deve manter-se uma visão abrangente, disponível à integração e à mudança de paradigmas.

Este estágio, permitiu que cada passo dado se tornasse um mundo de descobertas, com alegrias, frustrações, horas de catarse e horas de gratidão. Talvez seja isso mesmo o trabalho de um psicólogo, um ser que luta diariamente na ajuda e no cuidar, que se

trabalha dia após dia, que também ele – ser – faz o seu processo, e na sua resolução, e aquisição de um conhecimento crescente e infinito, permite a resolução do outro.

Porque não nos iluminamos imaginando-nos seres de luz, mas sim ao tornar a nossa sombra consciente (Jung, 1963), percebe-se que o trabalho de um psicólogo, é um trabalho para a vida, em si e no outro, um outro também imergido num inconsciente coletivo, onde mergulha toda a humanidade.

### Referências bibliográficas

- Aceituno, R. (2001). El síntoma psicoanalítico: clínica y cultura. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (1), 111 – 130.
- Aguiar, F. (2001). Método Clínico: Método Clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (3), 609-616.
- Alarcón A. (2004). La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (3), 298-320.
- Alberdi, J., Castro, C., Vázquez, C. (2005). Esquizofrenia. *Sergas-España*, 5 (28), 1-4.
- Alford, A., Beck, A. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. Nova Iorque, The Guilford Press.
- Alonso, Y., Ríos, F. (2002). *Manual de psicología clínica y general, Vol. 2: Psicopatología*. Granada, Alborán.
- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista latinoamericana de psicología*, 12 (2), 47-53.
- Andrade, R., Cadenas, E., Pachano, E., Pereira, L., Torres, A. (2002). El paradigma complejo. Un cadáver esquisito. *Cinta Moebio*, 14, 236-279.
- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores.
- Arnkoff, D.B. (2000). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 187-200.
- Arredondo, M.L., Salinas, P.A. (2005). *Alianza Terapéutica en Psicoterapia: Concepción e Importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas*

*que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile.*

Santiago de Chile, Universidad de Chile.

Bados, A., Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Facultat de Psicologia. Departament de personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona.

Barreto, E., Elkis, H. (2007). Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (2), 204-207.

Bateman, A., Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 11-15  
Bordin, E.S. (1979). The Generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260.

Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre, Artmed.

Bernstein, D.A., Nietzel, M.T. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México, McGraw-Hill.

Bhugra, D. (2010). *Schizophrenia, The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. United Kingdom, National Collaborating centre for mental health, Updated Edition.

Biggs, M., Rush, J. (1999). *Psychotherapy, indications and outcomes*. Washington, American Psychiatric Press.

Bleichmar, H. (1989). *Depressão – Um Estudo Psicanalítico*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Bocchi, J. C., Viana, M. B. (2012). Freud, as neurociências e uma teoria da memória.

*Psicologia USP*, 23(3), 481-502.

Borrel, F. (1989). *Manual de entrevista clínica para atención primaria de Salud*. Barcelona, DOYMA.

Botella, L. (2001). *Diálogo, Relaciones y Cambio: Una aproximación discursiva a la psicoterapia constructivista*. FPCEE Banquerna, Universidad Ramón Llull, Barcelona, España.

Buriolla, M. (2003). *Supervisão em serviço social: o supervisor, sua relação e seus papéis*. São Paulo, Cortez.

Burns, J. (2006). La hipótesis del cerebro social en la esquizofrenia. *World Psychiatry (Edición en español)*, 4 (2), 77-81.

Caballo, V. E., Guillén, J. L. y Salazar, I. C. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40, 319-327.

Calviño, M. (1999). Premuras y corduras en psicoterapia. *Revista Cubana de Psicología*, 15 (1), 3 – 19.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In Simões, M. R, Gonçalves, M., Almeida, L. S. (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, 87-109). Braga: SHO/APPORT.

Carmona, C. (2007). *Fenilcetonúria clássica: aspectos psicológicos na abordagem de uma doença crónica*. BUM – Teses de Doutoramento.

Castonguay, L.G., Beutler, L.E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, Oxford University Press.

Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikins, D., Constantino, M. J., Laurenceau, J. P., Bologh,

- L., Burns, D. D. (2004). Integrative cognitive therapy for depression: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 4-20.
- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdisciplinario. Em Caballo, V., Salazar, I., Carboles, J., *Manual de psicología y trastornos psicológicos*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Chiu, R. K. (1999). Relationship among role conflicts, role satisfaction and life satisfaction: Evidence from Hong Kong. *Social Behavior and Personality*, 26, 409-414.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, Herder.
- Corrobbles, J. (2012). Psicólogo Clínico y/o Psicólogo General Sanitario. *Behavioral Psychology*, 20 (2), 449-470.
- Coto, E., Alonso, Y., Gómez, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 293-314.
- Dayan, S. (2003). Psicologia de Piaget aplicada à educação: como isto funciona? *Escritos sobre Educação*, 2 (2), 33-42.
- Delgado, L. (2009). Para um racional bioniano de interpretação dos dados projectivos. *Análise Psicológica*, 1 (XXVII), 109 – 113.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis, National Computers Systems.
- Dickerson, F. (2004). Update on Cognitive Behavioral Psychotherapy for Schizophrenia; Review of Recent Studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 189-205.

- Diez-Roux, A. (2007). Integrating social and biologic factors in health research: a systems view. *Annual Epidemiology*, 17, 569–574.
- Dollard J., Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York, McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204.
- Echeburúa, E., Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 469-486.
- Eells, T. (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York, Guilford.
- EFPA (2005). *Standing Committee on Ethics. Report to the General Assembly 2005*. In Granada. Doc. 8.2b.
- Encinas, D., Lagrava, H., Encinas, M. (2010). Esquizofrenia: la complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Ver. Cient. Cienc. Méd.*, 12 (2), 32-37.
- Epstein, N., Bishop, D. (1973). Family therapy: State of the Art. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18, 175-183.
- Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1996). Methods of an Integrative Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal*, 26, 316-328.
- Estrada, C., Oyarzún, M., Yzerbyt, V. (2007). Teorías implícitas y esencialismo psicológico: herramientas conceptuales para el estudio de las relaciones entre y dentro de los grupos. *Psykhé*, 16(1), 111-122.

- Feixas, G., Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, Paidós.
- Frank, J.D., Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, John Hopkins.
- French, T. M. (1933). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *American Journal of Psychiatry*, 89, 1165-1203.
- Frígola, V. (2009). Motivaciones para la revisión y cambios en el código deontológico de la profesión de psicología. *Papeles del Psicólogo*, 30 (3), 195-206.
- Garcia, H., Fantin, M. (2012). Integración en psicoterapia, consideraciones para el desarrollo de un modelo metateórico. *Revista Interamericana de Psicología*, 46(3), 447-458.
- Garcia, J. (2011). Historia de la psicología clínica en el Paraguay. *Fundamentos en Humanidades*, 12(1), 111-147.
- García, S., Ruiz, J. A., Baños, J. C., Lázaro, A. M., Ramis, J. S. (2014). La importancia de la escucha activa en la intervención enfermera. *Enfermería Global*, 34, 276-292.
- Garfield, S. L. (1965). *Handbook of clinical psychology*. New York. McGraw-Hill Book Company, 125-140.
- Godoy, A., Haynes, S. (2011). Clinical case formulation: Introduction to the special section. *European Journal of Psychological Assessment*, 27 (1), 1-3.
- Goldfried, M. R., Pachankis, J. E., Bell, A. C. (2005). A history of psychotherapy Integration. In Norcross, J.C., Goldfried, M. R., *Handbook of psychotherapy integration* (2ª ed.). New York, Oxford University Press.

- Goldfried, M. R., Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 143–150.
- Groth-Marnat, G. (1990). *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Hammen, C. L., Glass, D. R. (1975). Depression, activity and evaluation of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*, 54(6), 718-721.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., Clarck, D. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo, Martins Fontes.
- Herrera, J., Sacasas, J. (2010). El método clínico y el método científico. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 8(5), 12-20.
- Hersen, M., Kazdin, A., Bellack, A. (1991). *The Clinical Psychology Handbook*. New York, Pergamon Press.
- Hilsenroth, M.J., Peters, E.J., Ackerman, S.J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83 (3), 332-344.
- Hurtado, M. (2009). Estudio de un caso clínico con diagnóstico de trastorno de somatización en co-morbilidad con depresión, ansiedad y transformación persistente de la personalidad, tras enfermedad psiquiátrica con antecedentes de acoso laboral. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 1 (2), 43-60.

IHSCJ. (2010). *Identidade e Missão*. Roma: Província de Portugal.

Ingram, R. E., Price, J. M. (2001). *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. New York, Guilford Press.

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. (2014). *Memória anual 2014*. Retirado em 26 de Dezembro de 2015, de [http://www.irmashospitaleiras.pt/cpsj/attachments/article/91/MOD\\_105\\_02\\_Memoria\\_CPSJ\\_vfinal.pdf](http://www.irmashospitaleiras.pt/cpsj/attachments/article/91/MOD_105_02_Memoria_CPSJ_vfinal.pdf)

Irmãs Hospitaleiras. (2008). *Manual da Qualidade*. Retirado em 26 de Dezembro de 2015, de [http://www.irmashospitaleiras.pt/cpsj/attachments/article/71/DOC\\_08\\_03\\_Manual\\_da\\_qualidade.pdf](http://www.irmashospitaleiras.pt/cpsj/attachments/article/71/DOC_08_03_Manual_da_qualidade.pdf)

Irmãs Hospitaleiras. (2015a). *Objetivos*. Retirado em 29 de Dezembro de 2015, de <http://www.irmashospitaleiras.pt/crpsf/apresentacao/16-paginas/40-objectivos>

Irmãs Hospitaleiras. (2015b). *Serviços*. Retirado em 21 de Dezembro de 2015, de <http://www.irmashospitaleiras.pt/cpsj/servicos>

Irmãs Hospitaleiras. (2015c). *Programas de Intervenção*. Retirado em 29 de Dezembro de 2015, de <http://www.irmashospitaleiras.pt/cpsj/projetos-de-intervencao>

Johnson, S. (2003). *Sistemas emergentes. O que tienen en común hormigas, neuronas, ciudades y software*. Barcelona: Fondo de Cultura Económica.

Jones-Smith, E. (2012). *Theories of Counseling and Psychotherapy: An Integrative Approach*. Los Angeles, Sage.

Jung, C. (1963). *Memórias, Sonhos e Reflexões*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

Lagache, D. (1983). *Psychologie expérimentale et psychologie clinique*. 6ª ed. Paris, PUF.

- Lakatos, E., Marconi, M. (1992). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo, Atlas.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In Norcross, J.C., Goldfried, M. R., *Handbook of psychotherapy integration* (2ª ed.). New York, Oxford University Press.
- Lambert, M. J., Garfield, S. L., Bergin, A. E. (2004). Introduction and overview. In Norcross, J.C., Goldfried, M. R., *Handbook of psychotherapy integration* (2ª ed.). New York, Oxford University Press.
- Laplanche, J., Pontalis, J. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Editorial Labor.
- Ledo, C., González, H., Calzada, Y. (2012). Técnicas narrativas: Un enfoque psicoterapéutico. *Revista Norte de Salud Mental*, 10 (42), 59-66.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa, Fim de Século.
- Lima, M., Wielenska, R. (1993). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Lindsay, G. (2009). Ética Profesional y Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 30 (3), 184-194.
- Liria, A., Veja, B. (2001). *La pratica de la Psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Llaneza, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Ciudad de La Habana, Editorial Ecomed.

- Luborsky, L., Barrett, M. (2006). *The history and empirical status of key psychoanalytic concepts*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 1-19.
- Luján, A. (2005). *Psicología Clínica: Funciones y Aportes a la Pedagogía*. *Revista Ciencias de la Educación*, 5(2), 143-153.
- Misch D. (2000). *Basic strategies of dynamic supportive therapy*. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 9 (4), 173-89.
- Morris, S. (2003). *A Metamodel of Theories of Psychotherapy: A Guide to Their Analysis, Comparison, Integration and Use*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 1-18.
- MacKay, D. (1975). *Clinical psychology: theory and therapy*. London, Ed. Methuen & C° Ltd.
- Machado, J., Morales, C. (2013). *Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia*. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*, 33 (3), 1-32.
- Martorell, C., González, R. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid, Síntesis.
- Mateu, C., Fuentes, I (1992). *La entrevista de evaluación*. Valencia, NAU Llibres.
- Mazzotti, A., Gewandsznajder, F. (2002). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa*. São Paulo, Pioneira Thomson Learning.
- McGlashan, T. H. (1994). *What has become of the psychotherapy of schizophrenia?* *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 384, 147-152.
- McGrath, S.J. (2014). *The Psychology of Productive Dissociation, or What Would Schellingian Psychotherapy Look Like?* *Comparative & Continental Philosophy*,

6(1), 35-48.

Morales, F., Díaz, E. (2000). Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatol. Reprod. Hum.* 14, 176-183.

Morales F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J., (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol. Reprod. Hum.*, 20, 112-120.

Moreira, P., Gonçalves, O., Beutler, L. E. (2005). *Métodos de seleção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto, Porto Editora.

Moreno, J. (2010). *Ser humano. La inconsistencia, los vínculos, la crianza*. Buenos Aires, Letra Viva.

Morin, E., Moigne, J. (2000). *A inteligência da complexidade*. São Paulo, Petrópolis.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid, Siglo XXI.

Nieto, D., Carmona, F., Bravo, C., Rodriguez, P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna. *Perinatol. Reprod. Hum.*, 27 (2), 98-105.

Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In Norcross, J.C., Goldfried, M. R., *Handbook of psychotherapy integration* (2ª ed.). New York, Oxford University Press.

Opatow, B. (1997). The Real Unconscious: Psychoanalysis as a Theory of Consciousness. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45 (3), 865-890.

Opazo-Castro, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: delimitación clínica*. Santiago,

Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In Lambert, Bergin e Garfield, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, John Wiley & Sons.
- Pastor, J., García-Izquierdo, A. (2007). Complejidad y psicología social de las organizaciones. *Psicothema*, 19 (2), 212-217.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. New York, Basic Books.
- Pita, R., Galván, R., Pérez, A., Surichaqui, A., Vasquez, C. Rios, J. (2012). Psicoanálisis y Jacques Lacan. *Revista IIPSI*, 15 (1), 203-208.
- Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México, Editorial Pax México.
- Prada, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 113-126.
- Priszkulnik, L. (2004). A criança sob a ótica da psicanálise: algumas considerações. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5 (1), 72-77.
- Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L., Kordy, H. (2005). The relationship between interpersonal problems and the helping alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (4), 415-29.
- Quirk, M.P., Erdberg, P., Crosier, M., Steinfeld, B. (2007). Personality assessment in today's health care environment: therapeutic alliance and patient satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 89 (2), 95-104.
- Ramirez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista IIPSI*, 13 (2), 221-230.

- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, Editorial Pirámide.
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95-103.
- Rosenzweig, S. (1936), Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rossell, T. (1990). *La Entrevista en el Trabajo Social*. Barcelona, Hogar del Libro, SA.
- Ruiz, M.A., Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 233-243.
- Safran, J., Muran, J., Samstag, L., Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for potential treatment failures. *Psychotherapy*, 42, 512–532.
- Safran, J., Segal, Z. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, Nova Iorque, Basic Books.
- Sanjuán, L. (2011). La Observación. Facultad de Psicología, UNAM.
- Saraceno, B., Montero, F. (1993). *La rehabilitación entre modelos y prácticas. Evaluación de Servicios en Salud Mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.
- Schultz, D. P., Schultz, S. E. (2015). *A History of Modern Psychology*. 11th ed. Boston, USA, Cengage Learning.
- Scott, A. (2005). *Encyclopedia of Nonlinear Science*. Nueva York, Editorial Taylor y

Francis Group.

Shlomo, Y. A. (2002). Life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 32, 285–293.

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. New York. John Wiley & Sons.

Silva, F. (1998). *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Madrid, Pirámide.

Sim, K., Gwee, K., Bateman, A. (2005). Case formulation in Psychotherapy: revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry*, 29, 289-292.

Singer, P. (2004). *Um Só Mundo. A Ética da Globalização*. Lisboa, Gradiva.

Staunton, T. (2002). *Body Psychotherapy*. East Sussex, Brunner-Routledge.

Stricker, G. (2001). *An introduction to psychotherapy integration*. *Psychiatric Times*, 28(7).

Sundfeld, A.C. (2000). Abordagem Integrativa: Reterritorialização do Saber Clínico? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 251-257.

Szymanski, H., Cury, V. (2004). A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 355-364.

Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, 8, 125-136.

Teive, H.A., Germiniani, F. M., Munhoz, R. P., Paola, L. D. (2014). 126 hysterical years – the contribution of Charcot. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 72(8), 636-9.

Tyson, P., Tyson, R. (2000). *Teorías Psicoanalíticas del Desarrollo*. Lima, Publicaciones Psicanalíticas.

- Ursano, R. J., Sonnenberg, S. M., Lazar, S. G. (2004). *Concise guide to psychodynamic psychotherapy: principles and techniques of brief, intermittent, and long-term psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC, American Psychiatric.
- Vasco, A. B. (2005). A conceptualização de caso no modelo de “complementaridade paradigmática”: variedade e integração. *Psychologica*, 40, 11-36.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.
- Vasco, A.B. (2007). Quando menos é melhor: A arte de comunicar em psicoterapia. Comunicação apresentada no *Encontro Internacional “Comunicação em Saúde”*, Ponta Delgada, Açores.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York, Basic Books.
- Wampold, B. (2007). Psychotherapy: The Humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19 (3), 210-216.
- Winnicott, D. (1994). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Witmer, L. (1986). Practical work in psychology. *Pediatrics* (2) 462-471.
- Xavier, C. (2010). A história do inconsciente, ou a inconsciência de uma história? *Revista da Abordagem Gestáltica*, XVI (1), 54-63.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's*

*Guide*. New York, Guilford Publications.