

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Diana Isabel de Sousa Constante

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Gandra, Janeiro de 2019



Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Supervisão: Professora Doutora Alexandra Serra

Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em:
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Diana Isabel de Sousa Constante

Declaração de Integridade

Diana Isabel de Sousa Constante, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual o indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Ao **orientador de estágio** pela orientação prestada durante o estágio, pela disponibilidade, boa disposição e transmissão de conhecimentos.

À professora Doutora **Alexandra Serra** pela sua orientação, pelos conselhos, apoio e incentivo nos momentos mais difíceis.

A todos os **profissionais** do Centro Hospitalar pela disponibilidade e boa receção.

Aos meus **pais** pela confiança que depositaram em mim, por tudo o que me ensinaram e pelo esforço que fizeram para poder concluir esta etapa. Aos meus **avós** e **irmão** pelo apoio e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Ao **Tiago** por ser o meu grande suporte e me apoiar em todas as etapas.

À **Helena** pelo carinho, motivação e apoio em todas as horas e por me ter mostrado o verdadeiro valor da amizade e à **Gabriela** por todos os momentos de cumplicidade, compreensão e ajuda e por se ter tornado uma companheira para a vida.

Obrigada!

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACE-R – Avaliação Cognitiva de Addenbrooke

DCL - Déficit Cognitivo Ligeiro

DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EPMS - Esquemas Precoces Mal-Adaptativos

GEN - Grupo Estimulação Neuropsicológica

i.e. – “isto é”

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

M.M.P.I. - Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota

SCL-90-R - *Symptoms Checklist Revised*

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TFE - Terapia Focada nas Emoções

TONI-2 - Teste de Inteligência Não-Verbal

YSQ-S3 - *Young Schema Questionnaire*

WAIS – III - Escala de Inteligência Wechsler para Adultos

WISC-III - Escala de Inteligência Wechsler para Crianças

Índice

Introdução	1
I. Caracterização do Local de Estágio	2
II. Descrição de Atividades de Estágio	4
i. Reuniões de Orientação e Supervisão.....	4
ii. Observações da Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	4
iii. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	5
iv. Atividades de grupo realizadas	6
v. Dinamização do Grupo de Estimulação Neuropsicológica	7
vi. Consulta Psicológica.....	10
vii. Estudo de Caso	12
viii. Formação complementar	30
Conclusão	31
Referências bibliográficas	33

Índice de Figuras

Figura 1 - Genograma da família de JR.	15
---	----

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do segundo ano do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Tem como principal objetivo formalizar a descrição da instituição em que o estágio foi realizado, do papel do psicólogo e das atividades desenvolvidas no estágio tais como a realização de consultas psicológicas, intervenção em grupos terapêuticos e formações realizadas.

O estágio curricular é uma etapa de formação académica que proporciona o primeiro contacto com o mundo laboral, ajudando na aquisição de experiência profissional e conhecimentos para a integração no mercado de trabalho.

Este estágio decorreu no Centro do Hospitalar no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental sob supervisão da Professora Doutora Alexandra Serra. Teve início no dia 2 de Outubro de 2017 e término no dia 30 de Julho de 2018, ultrapassando as 420 horas exigidas devido à necessidade de finalizar o acompanhamento a longo prazo do grupo terapêutico em curso e de proporcionar um acompanhamento contínuo aos casos clínicos.

O horário semanal foi definido para segunda-feira e terça-feira das 9h00 às 16h00, o que correspondeu à totalidade de 14 horas semanais. No entanto, no decorrer do grupo de apoio a doentes depressivos, foi necessário comparecer no estágio quinzenalmente às quintas-feiras de manhã para participação no mesmo.

Estruturalmente, o presente relatório divide-se em dois capítulos: o primeiro capítulo diz respeito à caracterização da instituição e do papel do psicólogo na mesma; e o segundo capítulo dedica-se à descrição das atividades realizadas no estágio nomeadamente execução de avaliações psicológicas e neuropsicológicas, descrição de um caso clínico e de um grupo de intervenção, bem como uma reflexão integradora do caso clínico e de todo o processo do estágio.

I. Caracterização do Local de Estágio

O Centro Hospitalar abrange 12 concelhos da região. Revelou-se uma mais-valia uma vez que se encontra equipado com a tecnologia mais avançada e é classificado como um hospital de proximidade. Os principais objetivos são prestar cuidados de saúde de qualidade, diferenciar os cuidados oferecidos e promover o posicionamento e articulação na rede Serviço Nacional de Saúde.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) dispõe dos serviços de psiquiatria, psicologia, pedopsiquiatria, enfermagem e serviços administrativos. Todos estes serviços estão disponíveis em regime de consulta externa ou internamento (Hospital de Dia). Esta unidade situa-se no piso 0 e tem disponível uma equipa multidisciplinar de cinco psicólogos (dos quais dois são psicólogos estagiários da ordem), quatro psiquiatras, três pedopsiquiatras, três enfermeiras e uma assistente social. Os serviços administrativos são compostos por quatro técnicos.

As consultas externas tem um horário de funcionamento das 8h00 às 20h00 e o Hospital de Dia funciona diariamente das 9h00 às 16 horas com atividades lúdicas e relaxamento com os pacientes.

Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

A Psicologia Clínica da Saúde é definida como a *“aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou «distress»”* (Leal, Pimenta, & Marques, 2012, pp.14). A característica que define a clínica está na possibilidade de utilizar todas as informações psicológicas na resolução dos problemas colocados pelos indivíduos, grupo ou população, tomado como objeto de análise e intervenção clínica (Ribeiro & Leal, 1996). A prática clínica concentra-se no estudo psicológico dos indivíduos e elaboração do psicodiagnóstico, ou seja na recolha de informação acerca do funcionamento cognitivo e estado emocional do sujeito, no aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo, na intervenção psicológica e psicoterapia (Ferreira, 2015).

O psicólogo desempenha várias funções específicas e em contexto hospitalar, segundo a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, o psicólogo clínico “desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde” (Ferreira, 2015, pp.47). No entanto, de modo a dar respostas mais adequadas e rápidas às problemáticas dos pacientes, o psicólogo trabalha muitas vezes com uma equipa multidisciplinar como o médico de família ou o psiquiatra.

No DPSM o papel do psicólogo passa por vários serviços desde o acompanhamento, tanto individual como grupal, relaxamento e avaliação psicológica/neuropsicológica. O acesso a este serviço resulta frequentemente do reencaminhamento de outros profissionais de saúde como o médico de família, psiquiatra ou pedopsiquiatra. Na avaliação psicológica e neuropsicológica tem-se em conta o pedido que é realizado e as características dos utentes, fazendo recurso a provas que avaliam várias áreas como a deterioração mental – Teste de Retenção Visual de *Benton*; Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* (ACE-R) -, o desempenho intelectual – WAIS – III, WISC-III -, a personalidade - Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.) -, a psicopatologia - *Symptoms Checklist* (SCL-90) e a lesão orgânica cerebral – Teste da Figura Complexa de *Rey*.

Neste departamento, o psicólogo tem contacto com várias faixas etárias, adequando a abordagem terapêutica a cada idade. Nas crianças e adolescentes as consultas, normalmente, são individuais e destinam-se, maioritariamente, a problemas de ansiedade, défices de atenção e aprendizagem e insucesso escolar. No caso dos adultos, os acompanhamentos psicoterapêuticos acontecem tanto individualmente como em grupo e destinam-se muitas vezes a problemáticas como a depressão, ansiedade e luto. Com vista a dar uma maior resposta e com maior brevidade, existem grupos terapêuticos que abordam estes problemas como o grupo terapêutico de depressivos, grupo terapêutico de relaxamento, grupo de treino de competências ou grupo de estimulação cognitiva. Existe ainda a possibilidade de internamento no hospital de dia quando os casos necessitam de maior acompanhamento. As problemáticas de ansiedade e depressão também afetam os idosos, no entanto, o psicólogo, nestes casos, desempenha um papel de suporte à psiquiatria com vista a realizar avaliações neuropsicológicas de modo a diagnosticar défices cognitivos e quadros demenciais.

A intervenção psicológica traz vários benefícios para o paciente como a melhoria do bem-estar psicológico, aumento da qualidade de vida, redução dos

internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicamentos e utilização adequada dos serviços de saúde (APA, 2004).

II. Descrição de Atividades de Estágio

i. Reuniões de Orientação e Supervisão

O trabalho de orientação foi realizado ao longo de todo o estágio. No início do mesmo, foram esclarecidas questões acerca da unidade hospitalar e respectivos protocolos, bem como apresentados os objetivos gerais do estágio (Anexo I). No período inicial de observação de consultas, eram efetuadas pequenas reuniões no final de cada consulta, onde eram debatidas e esclarecidas algumas dúvidas, se necessário. No decorrer do estágio, numa fase mais autónoma, as reuniões de orientação realizavam-se semanalmente, normalmente às segundas-feiras de manhã, com uma duração de aproximadamente uma hora com o objetivo de esclarecer dúvidas, receber orientações relativamente aos casos clínicos e avaliações e agendar consultas/avaliações.

Além das orientações no local de estágio, foram efetuadas reuniões de supervisão do estágio com a Professora Doutora Alexandra Serra nas instalações do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Estas realizaram-se quinzenalmente com o objetivo de esclarecer e debater dúvidas que surgiam dos casos clínicos e das avaliações psicológicas, descrever as atividades relativas aos grupos terapêuticos e formações e ainda partilhar experiências.

ii. Observações da Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Antes de dar início ao processo de avaliação psicológica ou neuropsicológica de forma autónoma, a estagiária passou por um período de observação da administração dos protocolos de avaliação com o seu orientador e com outros psicólogos do departamento. Para além da observação, a estagiária passou ainda por um período de estudo de todos os protocolos utilizados, bem como das diretrizes de administração dos mesmos. Todo este processo de observação foi importante para que a avaliação psicológica fosse feita com um maior rigor e os resultados obtidos fossem válidos e fidedignos.

iii. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica é uma ferramenta fundamental utilizada para o estabelecimento de um diagnóstico psicopatológico feito através da recolha e interpretação de dados recolhidos por testes psicológicos, métodos e técnicas científicas. Esses instrumentos estão reconhecidos, devidamente padronizados e com parâmetros psicométricos estabelecidos. Por sua vez, a avaliação neuropsicológica abrange objetivos como o diagnóstico diferencial, a identificação do comprometimento das funções cognitivas e a avaliação do grau de deterioração do paciente (Vieira, Fay, & Neiva-Silva, 2007).

Posto isto, após o período de observação de consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica e posterior autorização do orientador perante a aptidão da estagiária para executar esta tarefa, procedeu-se ao agendamento das consultas de avaliação. No total, foram realizadas 61 consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica e respetivo procedimento de cotação e elaboração do relatório para anexar ao processo clínico (Exemplar, Anexo II). Os instrumentos utilizados foram definidos pela Unidade de Psiquiatria e eram maioritariamente: Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* (ACE-R) para avaliação da deterioração mental, Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.) para avaliação da personalidade, Escalas de Inteligência de *Wechsler* (WISC-III, WAIS-III) e Teste de Inteligência Não-Verbal (TONI-2) para avaliação do desempenho intelectual, Teste de Retenção Visual de *Benton* para determinação do Índice de Deterioração Mental, Teste da Figura Complexa de *Rey* para avaliação da lesão orgânica cerebral e *Symptoms Checklist* (SCL-90) para avaliação da psicopatologia. Normalmente, o pedido de avaliação era feito por parte do psiquiatra com destaque para a população adulta e de terceira idade. Para os primeiros, os pedidos surgem para situações de cariz jurídico, de baixa médica ou reforma antecipada; já para os segundos os pedidos são direcionados para uma avaliação neuropsicológica com o objetivo de confirmar ou desmentir diagnósticos demenciais. Atualmente é cada vez mais notório casos de queixas mnésicas não só em pessoas com idade mais avançada como também em pessoas de meia idade. Este facto pode ser explicado devido ao elevado *stress* presente no quotidiano da população portuguesa que se reflete no prejudicar da capacidade mnésica.

Das avaliações psicológicas efetuadas vai ser destacada e descrita uma a título de exemplo.

O paciente C. foi referenciado para psicologia para avaliação do desempenho intelectual, da personalidade e psicopatologia. Apresentou-se na consulta acompanhado pela mãe, com quem vive, e apresentava um discurso e pensamento desorganizado, focalizado nas queixas físicas. Denotavam-se alterações no juízo sobre a realidade e na sensopercepção uma vez que C. dizia estar a ser vigiado por alguém e que sentia cheiros estranhos que ninguém sentia. Destacavam-se ainda a perda de interesse em atividades quotidiano, isolamento social e incapacidade de conseguir sentir prazer. Para a avaliação do desempenho intelectual foi utilizada a Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III) (Wechsler, 2008), cujos resultados apontavam para um Q.I. verbal médio (90), Q.I. de realização inferior (70) e Q.I. total inferior (79). Face ao exposto concluiu-se, através da evidência dos resultados da prova que o doente apresentava um rendimento intelectual inferior, quando comparado com pessoas da sua faixa etária. Para avaliação da personalidade foi utilizado o M.M.P.I (Hathaway & McKinley, 1942) o que permitiu enquadrar o doente num perfil do tipo psicótico bifásico (esquizofrénico delirante), indo de encontro à sintomatologia descrita. Por fim, para avaliar a psicopatologia foi usado o SCL-90-R (Derogatis, 1977) que indicou como principais índices sintomatológicos a Somatização, Ansiedade e Obsessão, situados num nível de perturbação muito grave; e a Depressão, Fobia, Paranóia e Psicose num nível de perturbação grave. Com este caso, apesar de não ser o objetivo da consulta, foi possível fazer um diagnóstico quase certo de esquizofrenia paranóide, posteriormente transmitido ao psiquiatra.

O relatório foi elaborado e seguidamente colocado no SClínico (plataforma digital utilizada para aceder a processos clínicos) para ser consultado pelo psiquiatra que efetuou o pedido e definir o tratamento mais correto para o paciente.

iv. Atividades de grupo realizadas

Ao longo do estágio foi possível fazer uma observação-participante no Grupo de Apoio a Doentes Depressivos (número 38). No dia 2 de Novembro de 2017 foi realizada a primeira sessão do grupo onde foi exposto o programa e ocorreu a apresentação dos elementos. O grupo contou com a participação inicial de 12 membros do sexo feminino, mas devido a algumas desistências ficou com um total de 8 elementos. Realizou-se

quinzenalmente, às quintas feiras, das 9h30 às 11h30, com a liderança dos psicólogos do serviço.

A perturbação depressiva é uma perturbação do humor caracterizada por alterações do estado de ânimo e que acarreta prejuízos para a vida psíquica e para o funcionamento comportamental do sujeito (Ponciano & Pereira, 2005). Devido à elevada prevalência desta problemática, com 9% da população portuguesa afetada segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (2017), torna-se uma necessidade de primeira linha realizar uma terapia de modo a reduzir esta percentagem.

A TCC é uma das abordagens que manifesta mais indícios empíricos de eficácia no tratamento da depressão, quer apresentada de forma isolada ou em combinação com a farmacoterapia (Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008). Posto isto, o grupo seguiu uma abordagem cognitiva comportamental com os principais objetivos de reduzir os níveis de depressão e respetivos sintomas, alterar pensamentos e crenças disfuncionais e aumentar autoestima e relações interpessoais. Foram realizadas 12 sessões (Anexo III) com objetivos e conteúdos estruturados e didáticos: apresentação dos participantes, administração dos instrumentos de avaliação (Escala de Depressão de Auto-avaliação de Zung e BSI - *Brief Symptom Inventory*), identificação de problemas e estabelecimento de metas, apresentação do racional teórico sobre a problemática e partilha de experiências, estratégias cognitivas, estratégias emocionais, autoconceito e autoestima, métodos de mudança comportamental, estratégias de resolução de problemas, desenvolvimento de técnicas de relaxamento, estratégias de facilitação da comunicação, prevenção de recaída e avaliação da evolução do processo terapêutico.

Foram verificadas melhorias em todos os participantes do grupo, reconhecidas por maior parte dos elementos. A observação-participante permitiu intervir e auxiliar na execução de algumas tarefas, nomeadamente nas sessões de relaxamento. A diversidade de dinâmicas possibilitou abordar temas distintos e a partilha de experiências revelou-se um ponto essencial para a criação de mudanças comportamentais e de estratégias de resolução de problemas e facilitação da comunicação.

v. Dinamização do Grupo de Estimulação Neuropsicológica

O envelhecimento é um processo desenvolvimental normal no indivíduo que envolve alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e bioquímicas. Posto isto, é possível classificar o envelhecimento como normal/ativo ou patológico. O conceito de

envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um “*processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem*”. No entanto, o envelhecimento patológico é caracterizado por défices físicos, cognitivos e comportamentais, que resultam de um conjunto de alterações biológicas (Lousa, 2016). Neste processo, a memória, a orientação, a atenção, a linguagem e o funcionamento executivo sofrem alterações negativas maiores das geralmente provocadas pelo envelhecimento normativo. Estas alterações do desempenho cognitivo, sem sinais de demência associados estão presentes no diagnóstico de Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL).

Uma das funções executadas pelos psicólogos no departamento destina-se à avaliação neuropsicológica de pacientes com indicação de possível presença de défices cognitivos ou quadros demenciais. Muitas vezes esse diagnóstico é confirmado, destacando-se queixas mnésicas frequentes e interferência nas tarefas de vida diária. Dado que a esperança média de vida tem aumentado progressivamente e os défices cognitivos e demências são uma realidade cada vez mais presente no dia-a-dia, era de extrema importância analisar e desenvolver uma resposta efetiva para esta problemática que passavam pela estimulação neuropsicológica.

São vários os estudos que demonstram uma relação positiva entre o desempenho cognitivo do idoso e uma estimulação cognitiva continuada com promoção da vivacidade mental (Lousa, 2016). São denotadas melhorias ao nível do desempenho cognitivo e da sintomatologia depressiva (Castro, 2011; Pereira, 2012; Spector et al., 2003), bem como na qualidade de vida tanto dos pacientes como das famílias/cuidadores atuando ainda como fator de prevenção para a deterioração cognitiva (Santos, Andrade, & Bueno, 2009). A prática de dinâmicas aliadas à partilha de experiências, desenvolvimento de uma rotina ocupacional e utilização de estratégias compensatórias são pontos importantes que levam ao aumento da autoestima e aceitação da nova realidade.

Perante estes factos, deu-se início à estruturação do programa de intervenção posteriormente apresentado à coordenadora da Unidade de Psicologia e à diretora do departamento, que após a sua análise, deram um *feedback* positivo e autorizaram a implementação no terreno.

O grupo destinava-se a pacientes com mais de 60 anos que apresentassem pelo menos um déficit cognitivo ligeiro em pelo menos um domínio cognitivo (memória,

atenção, orientação, funções executivas, visuoespacial, fluência verbal) mas com capacidades mínimas preservadas de modo a ser possível a sua reabilitação e prevenção. Os critérios de inclusão abrangiam pacientes com mais de 60 anos, com pelo menos um défice cognitivo num domínio cognitivo, com possibilidade de patologia depressiva associada ou diagnóstico de demência numa fase inicial da doença, capacidade de *insight* e competências de comunicação, autonomia e motivação semi conservadas. Os critérios de exclusão compreendiam indivíduos com um nível avançado de demência, doença física ou mental grave, incapacidade ou elevada dependência.

Os objetivos gerais do Grupo de Estimulação Neuropsicológica (GEN) destinavam-se a preservar e melhorar as capacidades e o desempenho cognitivo dos pacientes levando a um aumento da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida, bem como a adaptação às perdas permanentes com a utilização de estratégias compensatórias e aquisição de novas habilidades.

O GEN iniciou-se a Janeiro de 2018 e terminou em Julho do mesmo ano, com sessões quinzenais, às terça-feira de manhã, com uma duração de 120 minutos. A direção do grupo foi desempenhada pela psicóloga do serviço com a participação de uma psicóloga estagiária da Ordem e duas psicólogas estagiárias curriculares. A condução das sessões foi efetuada pelas estagiárias com supervisão da responsável. O programa decorreu numa sala ampla, equipada e confortável com recurso a lápis, papel, mediação lúdica (jogos) e a *software* informático. Inicialmente o grupo era constituído por 14 elementos, tendo terminado o mesmo com 6 elementos, 5 do sexo feminino e 1 do masculino. No início do grupo, foi distribuído um panfleto que consolidou todas as informações necessárias para os pacientes e os familiares esclarecerem as suas dúvidas sobre funcionamento do grupo (Anexo IV).

As sessões foram programadas de forma pormenorizada, incluindo as dinâmicas a realizar, funções e domínios a estimular e materiais a utilizar, sofrendo muitas vezes alterações de modo a ir de encontro às principais dificuldades e necessidades dos elementos. Em suma, as sessões foram estruturadas (Anexo V): (1) avaliação neuropsicológica e psicopatológica, esclarecimento de metas, horários e objetivos, sessão aberta aos familiares/cuidadores; (2) apresentação dos membros, psicoeducação “envelhecimento ativo”, memória; (3) interação interpessoal, orientação temporal, espacial e pessoal; (4) memória recente, episódica e semântica; (5) autoestima, relaxamento; (6) psicoeducação “higiene do sono”, destreza manual, praxia construtiva e gráfica; (7) atenção, reconhecimento sensorial, identificação, reconhecimento e

denominação olfativa, de objetos e sons; (8) atividades sociais e recreativas, rotina ocupacional, estimulação motora; (9) linguagem: compreensão, nomeação, evocação, vocabulário; (10) sessão de encerramento, *feedback* do grupo, avaliação neuropsicológica e psicopatológica.

Para avaliação da eficácia da intervenção foi administrado, no início e no final da intervenção, a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (Hodge & Mioshi, 2005, versão experimental portuguesa de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira & Martins, 2009) para avaliação da deterioração mental. Foram denotadas melhorias gerais na maioria dos elementos. No domínio da memória 3 elementos melhoram, 2 permaneceram com os mesmos resultados e 1 piorou; na atenção e orientação todos os pacientes melhoraram; na fluência verbal todos os pacientes se mantiveram praticamente com os mesmos resultados, apenas com 1 ou 2 valores de diferença não significativos; na linguagem 3 elementos melhoraram e 3 mantiveram os mesmos resultados; e na capacidade visuo-espacial não houveram alterações significativas. De ressaltar, que um dos elementos encontrava-se com um quadro demencial em instalação, não obtendo resultados tão positivos. Foi importante a promoção do processo de envelhecimento ativo e saudável para a aceitação da nova realidade e desenvolver uma nova rotina ocupacional para assim aumentar a autoestima e diminuir os sintomas depressivos. De notar, que a adesão dos participantes, o companheirismo e a partilha de experiência revelou-se um ponto crucial para o sucesso do grupo, bem como o papel ativo dos cuidadores/familiares no auxílio dos trabalhos de casa.

A possibilidade da estagiária ter um papel mais ativo e autónomo na dinamização do grupo e a perceção de sucesso sentida no final, permitiram fortalecer capacidades para desenvolver e conduzir grupos no futuro. De ressaltar, que com o desenvolvimento deste grupo foi possível fazer um *poster* intitulado “*Programa de Estimulação Neuropsicológica em pacientes com défice cognitivo ligeiro*” apresentado no 4º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses no ano de 2018 (Anexo VI).

vi. Consulta Psicológica

A consulta psicológica concede serviços clínicos no âmbito da saúde mental, incluindo avaliação psicológica e neuropsicológica mas principalmente intervenção psicoterapêutica em vários contextos, tendo em vista a melhoria do bem-estar emocional da população.

Os primeiros dois meses de estágio curricular foram dedicados não só à observação de avaliações psicológicas e neuropsicológicas como também à observação presencial de consultas psicológicas. Existiu assim a possibilidade de assistir a consultas de apoio psicológico e de acompanhamentos terapêuticos que abrangiam todas as faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Maior parte do período de observação foi realizado com o orientador, no entanto, existiram algumas situações de observação com a outra psicóloga do serviço e com as colegas que estavam a realizar o estágio profissional da OPP. Esta primeira fase foi bastante vantajosa uma vez que foi possível um primeiro contacto com a realidade da prática clínica, bem como obter uma maior perceção das problemáticas existentes e dos métodos de intervenção. Nesta fase foi ainda aprendido como trabalhar com os sistemas informáticos (AIDA, SClínico), quais os instrumentos e materiais que eram disponibilizados e o funcionamento geral da Unidade hospitalar.

Numa fase posterior, reunidas as competências necessárias para o acompanhamento autónomo foi dado início ao mesmo. Inicialmente foram feitos alguns acompanhamentos psicoterapêuticos breves dos pacientes desistentes do Grupo de Apoio a Doentes Depressivos. No entanto, esses pacientes por falta de assiduidade ou de adesão à terapia acabaram por abandonar a consulta ou serem encaminhados para a outros profissionais.

O acompanhamento psicoterapêutico mais estruturado está descrito com mais detalhe num ponto mais à frente do relatório.

Através das consultas psicológicas foi possível adquirir competências e conhecimentos mais aprofundados sobre diversas temáticas, assim como consolidar vários conhecimentos já aprendidos. Como descrito acima, foi possível identificar as problemáticas mais frequentes encontradas em contexto clínico. Nas crianças e adolescentes encontram-se problemas do foro ansioso e défice de atenção e aprendizagem. No caso dos adultos destacam-se problemáticas como a depressão, ansiedade e luto, que afetam também os idosos, associados ainda a défices cognitivos ou quadros demenciais.

vii. Estudo de Caso

Identificação

JR. é uma jovem de 20 anos do sexo feminino, solteira, que atualmente frequenta o 11º ano no curso profissional de cozinha e pastelaria. Reside em Canedo de Basto, no concelho de Celorico de Basto e vive com a mãe e a irmã de 23 anos.

Motivo e Pedido

Desde Novembro de 2017 que JR. frequenta o serviço de psiquiatria do Hospital sendo acompanhada por psicologia devido, a *“fobia social grave, perturbação compulsiva, comportamento de autoagressão (arranca cabelos), recusa de medicação e de tratamento psicológico”*. JR. já tinha sido seguida em 2016 em consulta privada por *“ansiedade, baixa autoestima e fobia social”* (sic). A partir da primeira consulta de psiquiatria foi pedido apoio psicológico para JR. devido à sintomatologia que apresentava. Atualmente, JR. mantém consultas de psiquiatria e psicologia e está medicada com fluvoxamina até 50mg e risperidona 0,5mg.

História de vida

JR. nasceu a 19 de março de 1998 e, segundo a mãe, foi uma filha desejada. A gravidez correu sem complicações nascendo de parto eutócico. O desenvolvimento da motricidade e linguagem decorreu dentro dos parâmetros normativos, sendo o período da primeira infância considerado normal e sem complicações associadas.

JR. avalia a sua infância como *“normal”* (sic), considerando-se uma criança feliz apesar de ter passado pelo divórcio dos pais aos 5 anos *“eu não me lembro muito bem”* (sic). Frequentou o infantário desde os 3 anos com boa adaptação. A mãe de JR. revela que a filha *“quando era mais nova metia-se com toda a gente”* (sic) e que era muito extrovertida. No entanto, a entrada de JR. no primeiro ciclo foi um pouco conturbada pois apesar de relatar uma boa adaptação à escola, reprovou no 1º ano e mudou de escola no 3º ano. Refere dificuldades de aprendizagem e de atenção e começa a definir-se como uma pessoa mais tímida e introvertida. No entanto, mantinha algumas relações de amizade. Relata uma boa adaptação ao 5º ano, com melhorias na sua interação com os demais.

As maiores dificuldades de JR. começam no 7º ano, com 13 anos, onde ocorreu a sua segunda reprovção e pioram quando reprovou novamente no 8º ano, altura em

que mudou de turma. JR. refere dificuldades em se adaptar aos colegas porque “*era magra e usava óculos*” (sic) denunciando uma baixa autoimagem e autoestima. Sente que foi vítima de *bullying*. Foi nesta altura que começou a isolar-se cada vez mais, passava os intervalos sozinha na casa de banho e almoçava sozinha “*às vezes esperava e ia almoçar mais tarde para não ter tanta confusão*” (sic). Revelou dificuldades no controlo da ansiedade manifestando-se no impulso de arrancar o cabelo – tricotilomania. O período mais crítico foi no 8º ano onde tinha estes comportamentos impulsivos todos os dias. No entanto, atualmente, ainda mantém estes comportamentos mas com menos frequência “*é como se fosse um hábito, como roer as unhas*” (sic). Não os faz na presença de alguém, refugia-se na casa de banho da escola ou em casa. Utiliza sempre um gorro ou boné para disfarçar e controlar estes impulsos. *À posteriori*, foi revelado pela mãe, a pedido da paciente, que a mesma teve *Phthiraptera* (piolhos) no 8º e no 10º ano, sendo este um dado importante para a compreensão da sintomatologia atual e para o despoletar da tricotilomania. De ressaltar, que JR. mantém comportamentos de verificação até aos dias de hoje e descreve estes acontecimentos como um “*trauma*” (sic). Em Agosto de 2017, antes da intervenção psicológica, cortou o cabelo bem curto, com vista a controlar os impulsos e a diminuir este comportamento. Apesar disso, revela não ter sido uma estratégia bem conseguida, uma vez que esses comportamentos voltaram com o crescer do cabelo.

Refere que desde essa altura, 8º ano, a sua vida social se foi deteriorando, tornando-se uma pessoa cada vez menos sociável, fechada e sem amigos. Não gosta de sair de casa, não vai a restaurantes, nem à praia. Destaca apenas uma amiga da escola com quem conversa e a irmã que vive em Braga. Apresenta cognições disfuncionais como “*estão todos a olhar para mim*” (sic), sendo umas das principais barreiras na interação social. Apresenta sintomas ansiosos como dificuldade em se concentrar, apreensão, cansaço, má disposição, batimentos cardíacos alterados, transpiração, sentimento de falta de controlo e preocupação excessiva com situações sociais.

No 10º ano mudou de escola e começou a frequentar o curso profissional de cozinha e pastelaria. A relação com os colegas melhorou, diz que a turma “*é boa*” (sic) e que se sente respeitada. No entanto, a sua ansiedade social mantém-se e as relações de amizade são quase nulas apesar da insistência dos colegas para iniciar uma conversa.

Apesar de mencionar que o início da adolescência decorreu sem acontecimentos relevantes e que aceitou bem as mudanças físicas e emocionais que o crescimento lhe trouxera, JR. ainda demonstra alguns sinais de procura da própria identidade e de uma

aparente recusa em crescer, verificando-se quando evita responder a questões relativas à sua idade e a tirar a carta de condução. A questão de cortar o cabelo muito pequeno quando tinha 18 anos é uma prova disso, revelando ainda não ter aceitado a própria imagem e de evitar ver-se ao espelho. Apresenta uma imagem negativa de si “*é tudo mau*” (sic) reforçando a baixa autoestima e autoconceito. Destaca apenas os olhos e as sobrancelhas como um ponto positivo na sua imagem, negligenciando e negativizando o resto do corpo. Diz que “*gostava de ser uma pessoa normal, gostar de mim própria e sentir-me bem no que faço*” (sic).

Atualmente, JR. vive com a mãe, MC., de 55 anos, funcionária de um lar, e com a irmã, M., de 23 anos, empregada fabril. É a mais nova de uma fratria de 5 irmãos. O irmão mais velho, F., de 33 anos, é casado, tem 2 filhos e vive na Madeira; a irmã, S., de 30 anos é casada, sem filhos e vive em Braga; e o irmão, R., de 25 anos trabalha em informática e vive no Porto. JR. admite ter uma boa relação com todos os irmãos, tendo uma maior proximidade e intimidade com a irmã que reside em Braga. Normalmente, durante as férias escolares, vai passar alguns dias a casa dessa irmã e reconhece que se sente bem pois “*ando mais à vontade, não conheço tanto as pessoas*” (sic).

Os pais são divorciados desde os 5 anos de idade de JR. e esta não mantém contacto com o pai desde os 10 anos de idade. Admite não ter vontade de voltar a estabelecer uma relação com o pai, revelando apenas ter sentimentos de “*desilusão e tristeza*” (sic) em relação a ele. Não apresenta antecedentes familiares psiquiátricos conhecidos.

JR. define-se como uma pessoa pouco sociável, tímida, ansiosa, introvertida e desconfiada. Nunca teve namorados até à data e identifica poucos amigos. Apesar de gostar de cantar e nadar não exerce esses *hobbies* por vergonha e desconforto. A única atividade que pratica é cozinhar, no entanto, reconhece que é muito perfeccionista, o que lhe eleva os níveis de ansiedade e as crenças de fracasso associadas a esta prática.

O primeiro pedido de intervenção psicológica aconteceu em 2016, a pedido da mãe de JR., em consulta privada com um quadro de “*ansiedade, baixa autoestima e fobia social*” (sic). No entanto, JR. não se adaptou bem e não se identificou com o método usado na intervenção e acabou por desistir das consultas. Com o agravamento da sintomatologia, JR. começa a ser seguida em psiquiatria e é pedido, novamente, intervenção psicológica.

Em Abril de 2018, JR., começou a exercer o primeiro estágio numa pastelaria em Celorico de Basto, tendo esta mudança destabilizado o seu funcionamento e elevado

os seus sintomas ansiosos já presentes. O estágio acabou no início de Junho, sendo que no decorrer do mesmo, JR. percecionava-se como sendo “*muito lenta*” (sic) na realização das tarefas e que mantinha algumas dificuldades na interação social. Apesar disso, JR. demonstra estar “*contente*” (sic) com a sua performance e com o superar de algumas dificuldades.

Genograma Familiar

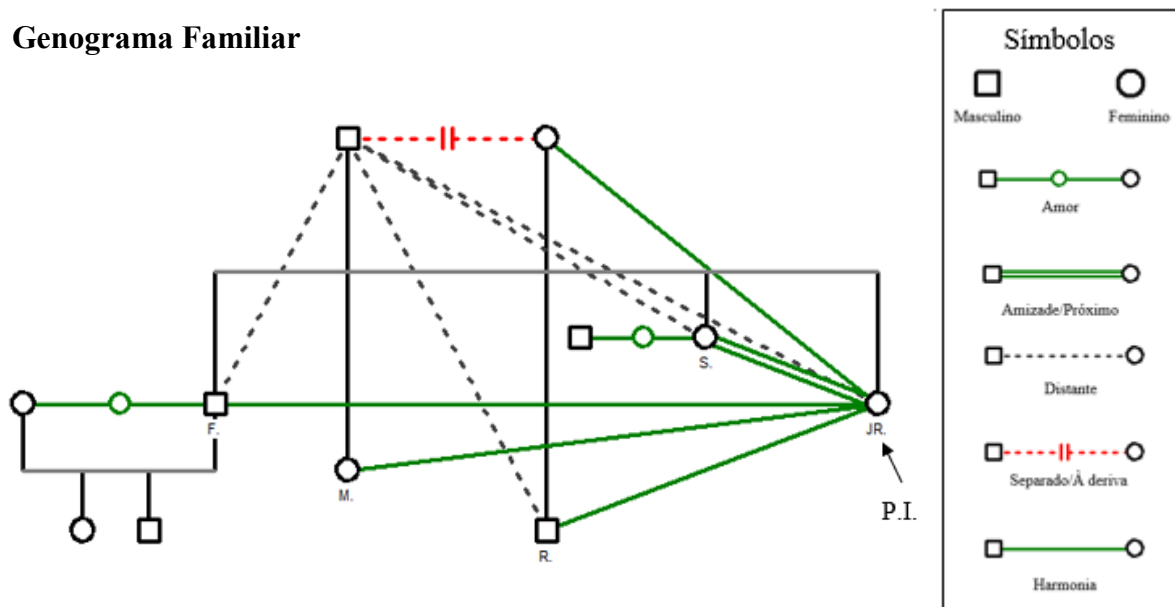


Figura 1: Genograma da família de JR.

Processo de Avaliação Psicológica

Antes de iniciar a avaliação psicológica é importante reconhecer que este é um procedimento abrangente, que considera diversos fatores no seu processo de estudo e análise dos sujeitos (Cescon, 2013). Posto isto, a avaliação psicológica é um instrumento fundamental que ajuda a estabelecer um diagnóstico psicopatológico fidedigno e devidamente fundamentado. A escolha das estratégias e dos instrumentos utilizados é feita sempre de acordo com o referencial teórico, o objetivo e a finalidade (Araújo, 2007).

A recolha de dados acerca da história de vida e do problema atual da paciente foi feito através da entrevista clínica, observações clínicas, testes psicológicos e técnicas projetivas. O processo de avaliação psicológica propriamente dito foi feito em duas sessões mas em diferentes ocasiões (5ª e 9ª sessões). Inicialmente, a paciente foi pouco colaborante mas com o avanço das sessões e o aumento da confiança na relação

terapêutica, JR. mostrou-se mais colaborante e participativa. Devido a este facto, o processo de avaliação psicológica não foi feito logo nas primeiras sessões mas sim posteriormente quando JR. já se encontrava mais motivada e colaborante, a relação terapêutica estava mais sólida e havia mais conhecimento sobre a problemática e dificuldades atuais já citadas.

Posto isto, a primeira avaliação psicológica foi feita na 5ª sessão. Com base na sua sintomatologia atual, foi aplicado o *Symptom Checklist-90 – Revised* (SCL-90-R) (Anexo VII) com o objetivo de avaliar a presença de psicopatologia, mal-estar psicológico e a existência de *distress*. Este questionário desenvolvido por Derogatis (1977), de autorresposta, é composto por 90 itens distribuídos por nove dimensões primárias: somatização (12 itens), obsessões compulsões (10 itens), sensibilidade interpessoal (9 itens), depressão (13 itens), ansiedade (10 itens), hostilidade (6 itens), ansiedade fóbica (7 itens), ideação paranoide (6 itens) e psicoticismo (10 itens) e por três índices globais (Índice geral de sintomas, Número de Sintomas positivos e Índice de sintomas positivos). Estes itens são cotados a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, variando de zero (“Nunca”) a quatro (“Muitíssimas vezes”), que se referem a diferentes níveis de mal-estar (Martins, 2011). Quanto maior é a pontuação dada a cada item, maior é a índice patológico. A versão portuguesa deste questionário foi realizada por Batista (1993), tendo o instrumento apresentado uma boa consistência interna com valores do Alfa de Cronbach a variar entre 0.74 e 0.97.

Os resultados de JR., obtidos a partir do SCL-90-R, apontam para índices sintomatológicos clinicamente elevados, com destaque para a Fobia (2.86; M=0.28; DP= 0,39), a Sensibilidade Interpessoal (2.89; M=0.73; DP=0.54) e a Depressão (2.69; M=0.65; DP=0.45) com valores superiores a 4 desvios padrão comparativamente aos valores normativos. A Ansiedade (2.40; M=0.67; DP=0.48), a Obsessão (2.60; M=0.98; DP=0.53), a Somatização (2.17; M=0.55; DP=0.48) e a Psicose (1.70; M=0.40; DP=0.42) encontram-se 3 desvios padrão acima da média, a Hostilidade (2.17; M=0.79; DP=0.60) a 2 desvios padrão e a Paranoia (2.00; M=0.94; DP=0.56) a 1 desvio padrão acima da média. No SCL-90-R, por valor de referência, os valores de cada dimensão são comparados de acordo com uma média específica tabelada.

De modo a permitir a identificação e análise dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos (EPMs) foi utilizada a versão portuguesa do *Young Schema Questionnaire* (YSQ-S3; Young, 2005) (Anexo VIII) na 9ª sessão. Os EPMS são padrões cognitivos e emocionais, autoderrotistas, constituídos por memórias, emoções, cognições e

sensações corporais em relação a si mesmo e às relações com os outros, que se desenvolvem desde tenra idade (Caseiro, 2014). O YSQ-S3 é composto por 90 itens e avalia 18 EPMs – privação emocional, abandono, desconfiança/abuso, isolamento social, defeito, fracasso, dependência/incompetência funcional, vulnerabilidade ao dano ou doença, emaranhamento, subjugação, autossacrifício, inibição emocional, padrões excessivos/rígidos de realização, grandiosidade, autodisciplina/autocontrolo insuficientes, procura de aprovação/reconhecimento, pessimismo/preocupação e autopunição. Cada esquema é representado por 5 itens não consecutivos cotados através de uma escala de Likert de 6 pontos (desde “completamente falso” a “descreve-me perfeitamente”) (Rijo, 2009). Quanto mais elevada a pontuação em cada item, mais desadaptativas serão as crenças. A versão portuguesa desta escala foi desenvolvida por Pinto-Gouveia, Rijo & Salvador (2006) que revelou possuir uma elevada consistência interna para o total ($\alpha= 0.967$) e para as subescalas (alfas entre 0.571 e 0.861) (Rijo, 2009).

Os resultados de JR., no YSQ-S3, indicam que os valores nos esquemas de privação emocional (2.00; M=1.71; DP=0.89), fracasso (2.00; M=1.73; DP=0.81) e autosacrifício (3.00; M=2.67; DP=0.96) encontram-se elevados, não sendo, no entanto, significativos. Segundo estes resultados, JR. tem a expectativa de que os outros não satisfazem adequadamente o seu desejo de apoio emocional, tendo, no entanto, uma focalização excessiva na satisfação voluntária das necessidades dos outros nas situações do dia a dia, pondo em causa a sua própria gratificação “*eu muitas vezes não consigo dizer que não quando me pedem alguma coisa*” (sic). Destaca-se ainda uma crença de fracasso, de que irá inevitavelmente fracassar ou que é inadequada face aos seus pares, em áreas de realização pessoal como a escola “*acho muitas vezes que vou tirar más notas nos testes ou nos trabalhos, sem motivo algum*” (sic) e carreira “*quando aparece uma coisa nova para fazer na pastelaria penso sempre que não vou conseguir, não consigo evitar*” (sic).

Enquadramento concetual das problemáticas psicológicas

JR. é encaminhada para o serviço de Psicologia com indicação de um quadro de fobia social e de fraco controlo de impulsos que se manifestavam através do arrancar do cabelo – tricotilomania. Apesar destas serem as problemáticas mais evidentes na paciente, existiam um conjunto de fatores que revelaram ser pontos chave para a

sintomatologia atual. O facto de ter tido dificuldades no contacto com os colegas e de ter sido vítima de *bullying* por parte destes, em conjunto com a situação dos piolhos parece estar na base de fortes comprometimentos ao nível da sua autoestima e da autoeficácia. De ressaltar ainda que o contacto quase nulo com o pai desde tenra idade pode ter prejudicado o seu contacto social, aumentando ainda a dificuldade em confiar nos outros. Estas dificuldades são corroboradas pelos estudos de Damiani e Colossi (2015) e Benczik (2011) que referem que a ausência ou abandono paterno pode implicar sentimentos de desvalorização ou de abandono, solidão, insegurança, baixa autoestima e dificuldades de relacionamento que começam a ser percebidos na infância e interferem no desenvolvimento até à idade adulta.

A adolescência é uma etapa de inúmeras mudanças a nível fisiológico, psíquico e relacional. Para que exista um desenvolvimento cognitivo, emocional, sexual e psicológico pleno é necessário que o jovem transite em ambientes confortáveis, que transmitam segurança, apoio e proteção (Pigozi & Machado, 2015), caso que não se verificou durante este período para JR. Segundo o estudo de Bandeira & Hutz (2010) durante o período da adolescência, o sexo feminino fica mais suscetível à opinião e aceitação dos pares. Uma vez que JR. não tinha essa aceitação e ainda era vítima por parte dos colegas, apresentava uma baixa autoestima quando comparada ao grupo de agressores. Sendo assim, juntando o facto de JR. ter sido vítima de *bullying* na escola por parte dos colegas aos episódios de ter tido piolhos (8º ano e 10º ano) e à reprovação escolar e conseqüente mudança de turma bem como a relação inexistente com o pai é pertinente reconhecer estes acontecimentos como fatores precipitantes do caso clínico.

A fobia social é classificada como um distúrbio de ansiedade, presente desde 1980 no DSM-III, que representa o medo de interação e desempenho social aliado a pensamentos negativos acerca de si por parte dos outros originando sentimentos de inadequação, embaraço, humilhação e depressão (Den Boer, 1997). De facto, JR. relata episódios de medo da interação social na escola onde passava os intervalos sozinha na casa de banho e almoçava sozinha. A presença de um estímulo considerado ameaçador origina o aparecimento da ansiedade e de manifestações clínicas como sintomas somáticos, aspetos cognitivos e alterações no comportamento e desempenho social (Pinto Gouveia, 2000; Heiser *et al.*, 2009). De entre estes sintomas, e em concordância com os sintomas de JR., destacam-se o medo de ser observado pelas outras pessoas e interagir com estranhos, sendo esta a principal dificuldade de JR., ser o centro das

atenções e comer ou beber em público. Salientam-se ainda sintomas somáticos como a palpitação, rubor, tremor e sudorese (Burato, Crippa, & Loureiro, 2009).

Com a soma dos sintomas de índole ansiosa, que são corroborados pelos resultados obtidos pelo SCL-90-R, JR. cumpre os critérios para um diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social) [300.23 (F40.10)]. JR. apresenta características ansiosas quando quer manter uma conversa, quando está a ser observada (na cantina ou num restaurante movimentado, p.e.) e em situações de desempenho diante de outros (apresentar um trabalho em frente à turma da escola) indo de encontro ao primeiro critério desta patologia, segundo o DSM-V (APA, 2014): medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas (A). A presença de pensamentos automáticos negativos de, por exemplo, “*estão todos a olhar para mim*” (sic), representam a preocupação da mesma em relação ao que os outros podem pensar dela e que será avaliada negativamente como relata o critério B: o indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente. Grande parte das situações sociais são relatadas pela paciente como sendo eventos *stressores* que provocam grande ansiedade, como ir a um *shopping*, ir a restaurantes movimentados ou ter muitas pessoas no seu local de estágio para servir, cumprindo os critérios C, D e E, respetivamente: as situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade (C); as situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade (D) e o medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural (E). Toda a sintomatologia foi despoletada no 7º/8º ano da paciente, com uma duração de pelo menos 4 anos, indo de encontro ao critério F: o medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses. Toda esta problemática teve um impacto negativo significativo na vida tanto pessoal, social como profissional de JR. o que a impediram de fazer vários *hobbies* como cantar e nadar, como expõe o critério G: o medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Por último, os critérios H, I e J estão de acordo com JR.: o medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (H); não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista (I); e se outra condição médica (p. ex., doença

de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esQUIVA é claramente não relacionado ou é excessivo (J).

A tricotilomania, descrita pela primeira vez em 1889 por Hallopeau, é classificada como um transtorno no controlo de impulsos caracterizada pela urgência ou necessidade incontrolável de arrancar os próprios pêlos, principalmente os cabelos, podendo também envolver sobrancelhas, pestanas, pêlos púbicos ou de qualquer outra parte do corpo (Lima, et al., 2010). De sublinhar que, de acordo com o estudo de Christenson (1995), este transtorno apresenta comorbilidades com a depressão *major*, a ansiedade generalizada, abuso de álcool, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), bulimia nervosa, anorexia nervosa e fobia social, sendo esta última o reflexo de JR. (Toledo, Taragano, & Cordás, 2010).

O diagnóstico de tricotilomania não é claro nesta situação, uma vez que JR. não cumpre com clareza todos os critérios de acordo com o DSM-V. A prática de arrancar o cabelo começou, tal como na fobia social, há pelo menos 4 anos atrás e desde essa altura que JR. tentou, por diversas vezes, parar com este comportamento mas sem sucesso, tendo até cortado o cabelo para ajudar nesse efeito. Esta dificuldade no controlo de impulsos, tornou-se um ato obsessivo, sempre feito às escondidas, que lhe prejudicou o funcionamento social e profissional. Todos estes factos vão de encontro aos critérios A, B e C, respetivamente: arrancar o próprio cabelo de forma recorrente, resultando em perda de cabelo (A); tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de arrancar o cabelo (B); e o ato de arrancar cabelo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (C). O critério D não é conclusivo para o caso da paciente, uma vez que o ato de arrancar cabelo ou a perda de cabelo deve-se a outra condição médica (i.e. piolhos) e há tentativa de tentar parar o aparecimento dos mesmos (D); o ato de arrancar cabelo não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (E).

É importante ainda fazer um diagnóstico diferencial com a perturbação de ansiedade generalizada. Os indivíduos com perturbação de ansiedade social frequentemente têm ansiedade antecipatória que está focada nas próximas situações sociais em que devem apresentar um desempenho ou ser avaliados por outros, enquanto aqueles com perturbação de ansiedade generalizada se preocupam independentemente de estarem ou não sendo avaliados (APA, 2014).

Uma vez que JR. apresenta experiências precoces negativas e crenças de fracasso (i.e. pensamento de ter falhado, de que fracassará ou de ser inadequada em relação aos iguais em áreas de realização), de defeito/vergonha (i.e. sentimento de inferioridade, invalidez) e indesejabilidade social (i.e. pensamento de que o indivíduo é “intrinsecamente” desinteressante para os outros) estes podem ser considerados os fatores predisponentes deste quadro clínico iniciados na adolescência sendo a ansiedade, as cognições disfuncionais “*estão todos a olhar para mim*” (sic) e os comportamentos de verificação (verificar se tem piolhos diariamente) definidos como os fatores de manutenção. Todo este conjunto de fatores aumentaram a vulnerabilidade da paciente para doença, ativaram e mantêm os problemas visíveis atualmente de fobia social, preocupação com o que pensam de si e baixa autoestima.

Processo de intervenção psicológica

Tendo em conta a perturbação da paciente e os resultados da avaliação psicológica apresentados, a intervenção psicológica realizada com JR. foi sobretudo guiada pelos pressupostos da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), uma vez que de entre as diversas modalidades de psicoterapia existentes, a TCC é considerada o tratamento mais eficaz para a fobia social (Davidson, et al., 2004).

A TCC é uma forma de psicoterapia estruturada e dirigida ao momento presente, orientada a resolver as dificuldades atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais da paciente. Neste tipo de psicoterapia, o psicólogo e paciente trabalham de forma cooperativa e utilizam estratégias como a reestruturação cognitiva, exposição, treino de competências sociais e técnicas de relaxamento (D'el Rey & Abdallah, 2006).

Os objetivos gerais da intervenção psicológica baseiam-se em estabelecer uma relação empática e de confiança com a paciente, modificar pensamentos automáticos negativos, promover controlo de impulsos, controlar a ansiedade e promover a autonomia, a assertividade e a autoestima.

O processo de intervenção de JR. prolongou-se por um período de 8 meses, com início em Dezembro de 2017 e término a Julho de 2018 com um total de 14 sessões. Vários estudos indicam que para a intervenção na fobia social são suficientes entre 12 a 16 sessões semanais em grupo ou individual para a redução significativa da sintomatologia (Ito, Roso, Tiwari, Kendall, & Asbahr, 2008). As sessões decorreram maioritariamente com frequência quinzenal, com uma duração de, aproximadamente, 60

minutos. Contudo, devido a algumas dificuldades ainda existentes por parte da paciente, esta foi reencaminhada para outra profissional de modo a continuar o processo terapêutico.

A paciente apresentou-se acompanhada pela mãe desde a primeira consulta, mas entrava sempre sozinha no consultório. Numa primeira observação foi possível constatar que JR. apresentava um aspeto relativamente cuidado e encontrava-se vígil, orientada e com discurso organizado e coerente. No entanto, era visível uma inquietação e uma postura ansiosa, introvertida, com pouco contacto ocular e um tom de voz baixo. Não se verificou qualquer perturbação aparente da atenção e da concentração, sendo pouco colaborante no primeiro contacto verbal, condição que melhorou ao longo das sessões. As dificuldades apresentadas por JR. eram baixa autoestima, fraco autoconceito, sensibilidade, fragilidade emocional, crenças nucleares de fracasso, preocupação excessiva com o que os outros pensam de si, ansiedade, fobia social, impulsividade e tricotilomania.

As duas primeiras sessões basearam-se na exploração da história de vida e da problemática, da história do desenvolvimento psicossocial e na avaliação comportamental e interpessoal da paciente de modo a permitir elaborar uma anamnese completa. Uma vez que JR. apresentava grandes dificuldades no contacto social e em confiar nos demais, um dos objetivos basilares foi o estabelecimento de uma relação empática com a paciente com a finalidade de envolvê-la na terapia, facilitando um esforço comum para atingir os objetivos específicos. Nestas sessões iniciais foram notórias as suas dificuldades sociais sendo importante assegurar o sigilo profissional para uma melhor abertura por parte da paciente. Também foi dado destaque à importância da motivação e da participação, assim como a assiduidade e realização de todos os trabalhos que eram mandados para casa para o processo terapêutico ser mais eficaz. Sendo assim, o trabalho de casa consistiu em fazer o registo dos pensamentos negativos onde era anotada, numa folha, a situação em que esse pensamento apareceu, qual a percentagem de ansiedade que sentiu, o pensamento específico e o comportamento após esse pensamento (Anexo IX). Vai-se denotando, ao longo das sessões, que os níveis de ansiedade vão diminuindo apesar de ainda presentes.

Nas 3ª e 4ª sessões foi dado destaque à tricotilomania com a finalidade de perceber melhor como e há quanto tempo começou este comportamento, o que sente ao arrancar o cabelo, se houve períodos mais críticos e quais os fatores de manutenção. Foi abordado este assunto de uma forma mais direta, tendo percebido que esta não era a

abordagem mais adequada com JR, uma vez que a paciente não mantinha o contacto ocular e não respondia a algumas perguntas. A partir destas sessões a estrutura destas ficou mais prática com execução de algumas dinâmicas. Apesar disso, JR. contou que foi no 8º ano que os comportamentos começaram, referindo o *bullying* como “gatilho” para esta situação, facto que não se veio verificar uma vez que a mesma revelou os episódios com os piolhos como fator precipitante para esta problemática. Relata sentimentos de alívio aquando o arrancar do cabelo que se transformam em preocupação. Como ainda não estava criada uma aliança terapêutica forte, com o consentimento de JR., foi chamada a mãe da mesma na, 4ª sessão, para perceber melhor como foi a infância da paciente e compreender, da perspetiva materna, quais os problemas mais proeminentes atualmente. A mãe de JR destacou que a paciente na infância “*metia-se com toda a gente*” (sic) mas que ao longo do tempo foi ficando mais “*envergonhada*” (sic) começando a não querer sair de casa e a ficar muito ansiosa: “*as coisas pioraram quando começou a arrancar o cabelo e o cortou*” (sic). Como JR. não trouxe o trabalho de casa que foi pedido desde a primeira sessão, foi explicado melhor o que era para fazer com recurso a algumas situações hipotéticas que poderia colocar no registo (p.e. cozinhar e comer na cantina). Foi ainda abordada a motivação, uma vez que a paciente não realizava os trabalhos de casa e não estava a aderir ao processo terapêutico.

Uma vez que JR. apresentava sintomas de índole ansiosa muito evidentes, a 5ª sessão focou-se na psicoeducação sobre a ansiedade onde foi mostrado um *power point* (Anexo X) que se focalizava na definição, nos principais sintomas, nas distorções cognitivas, no ciclo vicioso da ansiedade e em estratégias no combate à mesma. Durante a explicação, a paciente foi expressando quais os aspetos que se identificava mais, indicando como principais sintomas a dificuldade em se concentrar, apreensão, cansaço, má disposição, batimentos cardíacos alterados, transpiração, sentimentos de falta de controlo e preocupação excessiva com situações sociais. Referiu ainda medo em falar em público, fobia social, angústia e pensamentos negativos e catastróficos. Como distorções cognitivas foram identificadas algumas situações de pensamento de “tudo ou nada” (i.e. pensar de forma categórica e absolutista, como se as coisas tivessem de ser preto ou branco, sem meio termo), desvalorização do que é positivo (i.e. não dar atenção às coisas boas que lhe acontecem) e rotulagem (i.e. rotular-se com base em erros). Foram ainda abordadas algumas estratégias com o objetivo de controlar e reduzir a ansiedade como fazer atividades físicas/atividades prazerosas, onde a paciente destacou

ouvir músicas e andar de bicicleta. Foi adaptado como redução de ansiedade ouvir música quando a paciente anda de autocarro, uma vez que esta é uma atividade indutiva de ansiedade. Como referido anteriormente, foi aplicado o *Symptom Checklist-90 – Revised* (SCL-90-R). No final da sessão foi feito o relaxamento progressivo de Jacobson com o imagético do lugar seguro (Anexo XI) como medida estratégica para controlar esta problemática. A partir desta sessão notou-se uma melhoria na motivação da paciente, começou a empenhar-se mais nas consultas e nas dinâmicas que lhe eram propostas e trazia sempre o trabalho de casa.

Como JR. começou a trazer o registo de pensamentos negativos que lhe foi pedido, no início de cada sessão eram analisados os pensamentos com vista a utilizar a reestruturação cognitiva. A reestruturação cognitiva tem o objetivo de ensinar a paciente a observar, identificar e controlar os pensamentos irracionais e negativos de forma a corrigir as interpretações tendenciosas por interpretações calcadas na realidade. Esta reavaliação e correção das crenças distorcidas permitem à paciente perceber que na maioria das vezes estava a hipervalorizar negativamente uma situação e a desvalorizar a sua capacidade de enfrentar essa mesma situação (Hofmann, 2004) Quase todos os registos tinham maioritariamente pensamentos de “*estão todos a olhar para mim*”.

As sessões 6 e 7 focalizaram-se na fobia social em si, isto é, expor a paciente a situações hipotéticas de contacto social e a situações reais de modo a JR. ganhar ferramentas para enfrentar estas situações no futuro. Primeiramente foi definido os comportamentos de segurança com a ajuda da paciente: falar o menos possível e evitar o contacto ocular. Depois deu-se início ao *role-play* (i.e. dramatização comportamental) com o intuito da paciente se imaginar numa situação de ansiedade social, neste caso foi a cantina escolar, e utilizar os seus comportamentos de segurança naquela situação. JR. fez todo o percurso desde a recolha do tabuleiro, até se sentar na mesa e entregar o tabuleiro com uma postura cabisbaixa, sem falar com ninguém, inclusive os colegas, sem iniciativa para escolher o lugar para sentar, dando essa responsabilidade aos colegas de turma, e sem iniciativa para ser a primeira a entregar o tabuleiro. Em seguida, repetiu-se a mesma situação mas sem utilizar os comportamentos de segurança, ou seja, JR. cumprimentava as funcionárias, escolhia o lugar onde se queria sentar, conversava com os colegas durante o almoço e era a primeira a entregar o tabuleiro. Por fim as atividades foram comparadas e discutidas, onde a paciente destacou sentir mais ansiedade na segunda situação mas reconhecer que manter comportamentos de segurança mantêm o problema. Na 7ª sessão, ainda no seguimento da última sessão, foi

realizada a exposição *in vivo* com o objetivo de enfrentar uma situação de ansiedade e conseguir reduzi-la. Para esse efeito, a exposição teve lugar no bar do hospital, onde a paciente tinha pedir o pequeno-almoço ao funcionário. Como JR. se sentia um pouco desconfortável nesta situação, esta apenas escolheu a mesa para se sentar e foi exprimindo o que estava a sentir. Relatou os mesmos pensamentos de “*estão todos a olhar para mim*” mas verbalizou e admitiu que ao observar as pessoas que lá se encontravam não tinha ninguém a observa-la. Esta dinâmica foi importante para a paciente modificar as crenças irracionais por outras mais adaptativas. Por fim, como esta sessão foi ansiogénica para a paciente e o começo do estágio estava a aproximar-se, foi realizado o relaxamento muscular de Jacobson com o imagético da criança interior (Anexo XII). Foi a partir desta sessão que se notaram melhorias da paciente na interação social, uma vez que JR. convidou os colegas para almoçar no dia do seu aniversário, coisa que nunca antes tinha feito, e conseguiu escolher o lugar na cantina para se sentar num local de grande visibilidade.

A relação com o pai sempre foi um assunto pouco falado e desconfortável para a paciente, no entanto, esta falta de contacto prejudicou-a tanto a nível social como na capacidade em confiar nos outros. Na sessão anterior, aquando o relaxamento no imagético da criança interior, JR. contou que imaginou o pai mas que não queria falar com ele, revelando apenas ter sentimentos de “*desilusão e tristeza*” (sic). Posto isto, foi pertinente tentar desenvolver este assunto com a paciente de modo a esta conseguir, de alguma forma, perdoar o pai ou, pelo menos, aceitar o seu afastamento. Para isso, na 8ª sessão foi feita a dinâmica das estátuas de família onde a paciente teve de representar simbolicamente as pessoas que considera serem mais próximas ou mais distantes. Para tal, utilizou uma almofada a representar a própria pessoa e outras a representar as várias pessoas próximas como o caso da mãe e dos irmãos, onde colocou mais próximos dela e de duas amigas e de uma prima. Depois colocou uma outra almofada a representar o pai mas com distância. A distância a que as outras pessoas são colocadas (relativamente ao próprio) foi equacionada em função da proximidade afetiva e do tipo de relação existente entre ambos (i.e. maior amizade, mais próximo). No final, quando o esquema estava preparado, foram analisadas as pessoas que lá se encontravam e o tipo de relação. JR. relatou uma boa relação com todos à exceção do pai, destacando uma maior afinidade com a sua irmã S. Definiu-se como uma pessoa com uma boa rede de suporte principalmente familiar mas que gostava de ter mais amigos.

Na 9ª sessão, ainda no seguimento da última sessão, foram demonstradas algumas imagens referentes à relação familiar concretamente ao afeto parental, ao confronto familiar, à reunião familiar, ao conflito parental e ao suporte materno e paterno. O objetivo era contar uma história sobre cada imagem com a finalidade da paciente se projetar nas imagens e ver a sua relação com a família. Foram utilizados os cartões 1, 2, 5, 8, 12 e 16 retirados do Teste Aperceptivo de Roberts (McArthur & Roberts, 1992). Apesar de JR. ter 20 anos e este teste não ser adequado para a sua faixa etária, o propósito não era usar o teste completo e fazer a sua cotação mas sim utilizar apenas as imagens destinadas à família para ter uma melhor percepção da paciente num meio familiar. Com a utilização deste teste foi notório que a paciente descartava a figura paterna em quase todas as situações, classificando as figuras masculinas que apareciam nas imagens como amigos da família ou vizinhos, revelando uma falta de suporte por parte do pai. Por outro lado, o teste revelou um bom suporte materno, uma vez que JR. descreveu a figura feminina como sendo a sua mãe. No final da sessão foi aplicada a escala YSQ-S3 (esquemas mal adaptativos precoces), como já referido.

Nesta fase do processo terapêutico é notório o desenvolvimento da relação terapêutica, com um aumento da motivação para a mudança e com uma diminuição dos sintomas ansiogénicos, apesar de ainda presentes. A entrada da paciente no estágio foi um fator desestabilizador, com destaque para o atendimento ao público, uma vez que a paciente tem *“contacto com muitas pessoas ao mesmo tempo e os pensamentos aparecem”* (sic). No entanto, com a ajuda de algumas estratégias já referidas, principalmente o relaxamento e a respiração diafragmática, este obstáculo consegue ser ultrapassado.

Nas 10ª e 11ª sessões foi abordado o treino de competências sociais e pessoais de modo a promover tanto competências intrapessoais (i.e. autoestima, autocontrolo e resolução de problemas) como competências interpessoais (i.e. assertividade e resolução de problemas sociais), uma vez que JR. apresentava comportamentos não assertivos (i.e. falha na expressão das suas necessidades ou preferências). Foram sugeridas algumas estratégias como dar a conhecer os seus direitos (p.e. ter o direito de mudar de opinião, de expressar os seus sentimentos, necessidades, de ser respeita, etc.), ser clara, concisa e específica e não pressupor que a pessoa já sabe o que vai dizer, usar frases na 1ª pessoa, de modo a assumir a responsabilidade (p.e. trocar expressões de *“tens razão”* para *“eu concordo”*), ser empática e pedir a mudança de comportamento quando não gosta de uma situação (Martinho, s.d.). Elaborou-se uma lista de situações sociais em ordem

crecente de ansiedade para posteriormente, através da imaginação, confrontar os cenários menos provocadores de ansiedade até aos mais provocadores. Foi ainda introduzido o tema da autoestima, com vista a promover as relações sociais, o seu nível de competências e, acima de tudo, a autoaceitação, autorespeito e autoconfiança (Loureiro, 2013). Foi importante ressaltar que ao mudar a forma como se vê, vai haver uma maior aceitação, aumentar a autoestima e conseqüentemente as suas competências pessoais e sociais. Na 11ª sessão, além de abordada esta temática, foi feita a devolução dos resultados dos testes que tinham sido administrados (SCL-90-R; YSQ-S3 e Teste Aperceptivo de Roberts), sendo os resultados concordantes com a sintomatologia da paciente e corroborados pela mesma. Como trabalho de casa, foi pedido à paciente para elaborar uma lista de qualidades, com 7 qualidades, 7 situações em que ficou orgulhosa e 7 desejos de modo a abordar de uma forma mais profunda a autoestima. Foi nesta sessão que a mãe de JR. revelou, a pedido da mesma, que a paciente tinha sofrido de piolhos no 8º anos e que este era um assunto delicado e envergonhante para ela, destacando este episódio como um fator precipitante para a problemática com comportamentos de verificação quase diários.

A 12ª sessão focou-se na autoestima, tema chave para a paciente. Foi analisada a lista de qualidades (Anexo XIII) que a paciente tinha levado como trabalho de casa, com o objetivo de JR. não valorizar apenas os aspetos negativos mas que também valorizar os aspetos positivos que tem não só fisicamente mas também interiormente. Apesar deste exercício ter tido um efeito positivo na paciente, foi notório que a lista que a mesma enumerou, com mais destaque nos desejos, baseava-se em desejos ditos “padrão” pela sociedade, isto é, JR. deseja ser considerada “*normal*” (sic), estar em sintonia com a sociedade. Em seguimento a este exercício foi feita a dinâmica do espelho, onde a paciente se caracterizou fisicamente e psicologicamente, dizendo o que via no espelho. Definiu-se como uma pessoa “*simpática*” (sic), que gosta das suas sobrancelhas. Quando questionada sobre o que queria mudar referiu prontamente o “*pensamento, quero mudar o meu pensamento*” (sic), revelando algumas capacidade de *insight*. Foram discutidos alguns objetivos a curto prazo, com incentivo para tirar a carta de condução. Por fim, foi abordado o tema dos piolhos, denotando-se pouco à vontade para falar sobre o assunto. Revelou apenas que aconteceu no 8º e 10º ano e que foi um “*trauma*” (sic) para si. Como o tempo de consulta estava a terminar e JR. não queria falar sobre o assunto, este foi debatido na sessão seguinte.

Como referido, a 13ª sessão teve o objetivo de desmitificar a problemática dos piolhos, uma vez que esta situação despoletou quase todos os sintomas ansiosos e fóbicos presentes na paciente. Notou-se algum desconforto inicial que rapidamente se dissipou uma vez que o assunto foi abordado de forma leve e sem preconceitos. Foram dadas algumas sugestões de forma a prevenir o aparecimento, sendo que a sessão se guiou pela tentativa de desvalorização da problemática, demonstrando sempre empatia pela situação recorrendo a vários exemplos práticos. A paciente apresentou capacidade de *insight*, admitindo que o corte de cabelo e o uso de chapéu se devem a tentativas de prevenção ao aparecimento dos piolhos. No final da sessão, denotaram-se melhorias por parte da paciente, uma vez que a mesma demonstrou o seu interesse por deixar crescer o cabelo e não usar tantas vezes chapéu.

Na 14ª e última sessão foi feito um balanço dos principais assuntos abordados ao longo do acompanhamento psicológico com ênfase nos progressos feito até à data e de alguns objetivos a cumprir posteriormente. Foi importante reconhecer que a paciente foi responsável pelas mudanças positivas fortalecendo a autoeficácia. Como a paciente vai ser reencaminhada para outra profissional de modo a continuar o processo terapêutico, foi feita a apresentação entre a mesma e nova psicóloga de modo a ser discutidas as problemáticas que ainda serão trabalhadas e iniciar o estabelecimento de uma relação empática para uma relação terapêutica adequada.

Reflexão sobre o caso

Inicialmente, JR. apresentou-se com uma postura introvertida e ansiosa, sendo pouco colaborante no primeiro contacto verbal, o que dificultou a interação psicólogo-paciente e o estabelecimento de uma relação empática e de confiança. O planeamento das primeiras sessões não foi fácil, uma vez que a paciente não desenvolvia os assuntos que eram pedidos. Revelou-se um verdadeiro desafio como primeiro caso profissional, deixando-me ansiosa e sem saber o que fazer. No entanto, com o desenvolvimento da relação terapêutica esta situação foi-se modificando e começaram a aparecer as primeiras melhorias.

Relativamente à intervenção, foram várias as condições que foram trabalhadas, desde a autoestima e o autoconceito, a impulsividade, a ansiedade, até à obsessão e à fobia. A principal intervenção baseava-se na modificação do pensamento, recorrendo quase todas as sessões à reestruturação cognitiva. Como a paciente utilizava respostas curtas e fechadas, foi importante recorrer a várias dinâmicas de modo a conseguir recolher mais informação sobre as problemáticas. Cada sessão era construída e alterada de acordo com os assuntos discutidos na sessão anterior, sendo a intervenção totalmente adaptada para JR. Verificou-se uma evolução positiva significativa ao longo das sessões, o que motivava não só a paciente para a mudança mas também a mim para continuar o processo terapêutico.

Do ponto de vista pessoal e profissional, este caso permitiu-me adquirir competências e conhecimentos mais aprofundados dentro da temática da Fobia Social e da Terapia Cognitivo Comportamental, assim como consolidar vários conhecimentos adquiridos durante toda a formação académica. Apesar de inicialmente não ter sido fácil conciliar todos os conhecimentos aprendidos e aplicá-los na prática, ver as mudanças diretas na vida da paciente como, por exemplo, convidar os amigos para o seu aniversário, algo que nunca tinha feito, desperta um sentimento de gratificação e de querer continuar a fazer mais e melhor.

Apesar de JR. continuar em processo terapêutico com outra profissional após o término do meu estágio devido a algumas dificuldades ainda existentes, a sua postura com mudanças já visíveis e a sua atitude motivada para a mudança, comprovam uma evolução geral positiva na paciente.

viii. Formação complementar

Ao longo do estágio foi possível assistir a algumas formações/*workshops* que foram realizados no decorrer do estágio na Unidade Hospitalar.

Foi possível participar num *workshop* intitulado “*A Agressividade em Crianças Vítimas de Maus-tratos*” desenvolvido pela Dr.^a Carla Teixeira onde abordou temas como o abuso físico, emocional e sexual, a negligência e abandono, a agressividade, as consequências dos maus-tratos, entre outros. Um outro *workshop* assistido foi dirigido pelo Professor Doutor José Carlos Rocha e abordava “*Como organizar investigação clínica com vista a avaliar intervenções não farmacológicas na saúde mental*”. Foi também possível presenciar o *workshop* em Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração e o *workshop* intitulado “*Encontros de pedopsiquiatria com outras vertentes da saúde*” realizado pelo Dr.^o Jorge Pereira onde abordava a diferenciação entre diagnóstico duplo e saúde mental.

No início do presente ano foram assistidas a cinco formações orientadas pelo Professor Doutor Orlando von Doellinger, com periodicidade mensal, onde foi abordada a “*Psicopatologia*” e a história da psiquiatria/psicologia. Foi assistida ainda à formação desenvolvida pela Professora Doutora Carla Cunha intitulada “*Terapia Focada nas Emoções (TFE) – da Investigação à Prática Clínica*” onde foram discutidos temas como o processo de mudança em TFE, marcadores e tarefas em TFE (ilustrações clínicas) e investigação em TFE e seu apoio empírico.

Em Abril de 2018 foram realizadas as II Jornadas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental com o tema “*Psicoses*” onde trataram tópicos como a história da psicose, perspetivas atuais do adoecer psicótico, o paradigma biopsicossocial nas abordagens terapêuticas no doente com psicose e a importância da reabilitação no tratamento da psicose. Por fim, foi possível assistir à formação dirigida pelo Dr.^o Carlos Araújo e pela Dr.^a Márcia Mendes referente à “*Gestão de Conflitos*” com o intuito de instruir algumas práticas para a gestão de conflitos no ambiente laboral e algumas técnicas de assertividade. Além da teoria foram realizados alguns exercícios práticos (*role-playing*) utilizando as aprendizagens da formação em situações do dia-a-dia.

Conclusão

Desde a entrada na faculdade que o estágio sempre foi um momento que me despertava muita curiosidade e grande ansiedade por ser uma etapa nova, de aplicação de conhecimentos e de autonomia. Todos estes pontos pareciam ser positivos e desafiantes, no entanto, o medo de falhar, de não ser capaz de superar os obstáculos e de não saber o que fazer falavam mais alto.

Desde o primeiro momento que soube que ia estagiar no Hospital que me senti privilegiada não só pelo local e pelas boas referências que tinha de estágios anteriores como também pela possibilidade de trabalhar em vários domínios em que o psicólogo atua com várias faixas etárias e problemáticas diversificadas e com psicólogos com alargada experiência profissional. O primeiro contacto foi positivo, senti apoio de todos os profissionais, desde psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e funcionários do hospital, o que possibilitou uma integração e adaptação rápida, e aprendizagens e partilhas de conhecimentos logo desde o início.

Dado que o começo do estágio ocorreu sem problemas, alguns medos iniciais foram-se dissipando, o contacto com o serviço, com os instrumentos de avaliação e a observação de consultas psicológicas e de grupos terapêuticos revelaram-se uma mais-valia para tomar conhecimento do funcionamento da Unidade de Psicologia e adquirir competências para um contexto real de trabalho. A possibilidade de orientar um grupo terapêutico, em conjunto com as colegas de estágio, e acompanhar um caso clínico desde o início foram os pontos que destaco como mais marcantes do estágio pois permitiu-me assumir uma maior responsabilidade e autonomia e adquirir competências e conhecimentos mais aprofundados sobre várias temáticas. O facto de serem notórias melhorias nos pacientes é gratificante, dá motivação para continuar e para nos reinventar a cada dia.

O primeiro contacto com os pacientes é sempre um motivo de ansiedade. Inicialmente o contacto direto com estes era feito pela observação de outro profissional, sendo posteriormente tomado de forma mais autónoma principalmente através de avaliações psicológicas e neuropsicológicas. Todas as consultas de avaliação eram distintas e desafiantes devido às características idiossincráticas dos pacientes, o que me deu ferramentas para me adaptar e responder de forma rápida a várias situações e pacientes.

Apesar de globalmente a minha experiência no estágio curricular ter sido positiva, surgiram algumas dificuldades no decorrer do mesmo. Em algumas ocasiões surgiram algumas falhas de comunicação entre mim e o orientador, o que levou a alguns desacordos em alguns pontos. No entanto, esses obstáculos serviram para me esforçar cada vez mais, pesquisar para consolidar conhecimentos, para provar as minhas capacidades e afirmar as minhas competências enquanto profissional.

É importante destacar que a troca e partilha de conhecimentos entre os vários profissionais de saúde e a utilização de uma equipa multidisciplinar para definir o tratamento mais adequado para o paciente é um ponto-chave para o sucesso da terapia. No entanto, a dependência da Unidade de Psicologia com o serviço de psiquiatria condiciona a capacidade de resposta prestada à população.

Com o fim do estágio é possível reconhecer um crescimento pessoal e sobretudo profissional. Sinto-me mais responsável, autónoma, mais segura das minhas capacidades e dos conhecimentos que fui aprendendo durante toda a formação académica e no estágio. Adquiri ferramentas que vão ser essenciais para as etapas seguintes da minha caminhada profissional e também pessoal e conheci excelentes profissionais que se esforçam diariamente para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Referências bibliográficas

- APA. (2004). *Psychology: Promoting Health and Well-Being through High Quality, Cost-Effective Treatment*.
- APA. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, M. F. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica . *Psicologia: Teoria e Prática* , 9(2): 126-141.
- Bandeira, C., & Hutz, C. (2010). As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14: 131-138.
- Batista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Porto: Universidade do Porto.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva - Teoria e Prática*. Lisboa: Artmed Editora.
- Benczik, E. (2011). A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Revista psicopedagógica*, 28(85): 67-75.
- Burato, K., Crippa, J., & Loureiro, S. (2009). Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: uma revisão sistemática. *Estudos de Psicologia*, 14(2): 169-174.
- Caseiro, F. (2014). *Esquemas precoces mal-adaptativos e compulsividade sexual: estudo exploratório numa amostra universitária*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Castro, A. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Cescon, L. (2013). Avaliação psicológica: passado, presente e futuro. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4: 99-109.
- Christenson, G. (1995). Trichotillomania – from prevalence to co morbidity. *Psychiatric Times*, 12(9): 44-8.

- Christenson, G., Chernoff-Clementz, E., & Clementz, B. (1992). Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53: 407-13.
- Damiani, C., & Colossi, P. (2015). A Ausência Física e Afetiva do Pai na Percepção dos Filhos Adultos. *Pensando Famílias*, 19(2): 86-101.
- Davidson, J., Foa, E., Huppert, D., Keefe, F., Franklin, M., Compton, J., . . . Gadde, K. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61(10): 1005-13.
- D'el Rey, G., & Abdallah, H. (2006). Intervenções cognitivas e comportamentais na fobia social. *Revista Psiquiatria Clínica*, 1-8.
- Den Boer, J. (1997). Social Phobia: Epidemiology, recognition and treatment. . *British Medical Journal*, 315(7111): 796-781.
- Derogatis, L. R. (1977). *Symptom Checklist-90: Administration, scoring and procedures manual for the revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Ferreira, R. (2015). *Psicologia clínica: uma perspectiva de intervenção*. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa: Relatório de estágio.
- Firmino, H., Simões, M., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2009). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. (1942). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Heiser, N., Turner, S., Beidel, D., & Robertson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23: 469-476.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72: 392-399.
- Ito, L., Roso, M., Tiwari, S., Kendall, P., & Asbahr, F. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30: 96-101.

- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE. Em I. Leal, F. Pimenta, & M. Marques, *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas* (pp. 11-16). Lisboa: Placebo.
- Lima, M., Trench, E., Rodrigues, L., Dantas, L., Lovadini, G., & Torres, A. (2010). Tricotilomania: dificuldades diagnósticas e relato de dois casos. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(1): 104-8.
- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais - um estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9): 41-47 .
- Lousa, E. (2016). *Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idosos: Um Estudo de Caso*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Martinho, M. (s.d.). *Manual de competências pessoais e sociais*.
- Martins, L. (2011). *Obesidade e morbidade psicológica: psicopatologia, alterações da personalidade, auto-conceito e estratégias de coping em obesos selecionados e a aguardar cirurgia bariátrica*. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- McArthur, D. S., & Roberts, G. E. (1992). *Roberts Apperception Test for Children. Manual*. L. A., California: Western Psychological Services.
- Ministério da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: DGS - Direção Geral da Saúde.
- Pereira, Z. (2012). *Treino Cognitivo em Idosos sem Demência*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Pigozi, P., & Machado, A. (2015). Bullying during adolescence in Brazil: an overview. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(11): 3509-3522.
- Pinto Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social: da timidez à fobia social*. Quarteto Editora.
- Ponciano, E., & Pereira, A. (2005). *Estudante: Vamos conhecer a Depressão*. Coimbra: SASUC Edições.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30: 73-80.

- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(14): 589-599.
- Rijo, D. (2009). *Esquemas mal-adaptativos precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia Em Estudo*, 14(1): 3-10.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183: 248-254.
- Toledo, E., Taragano, R., & Cordás, T. (2010). Tricotilomania. *Revista psiquiatria clínica*, 37(6): 251-9.
- Vieira, C., Fay, E., & Neiva-Silva, L. (2007). Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental. *Aletheia*, 26: 181-195.
- Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos-Terceira Edição (WAIS-III)*. Lisboa: Cegoc.
- Young, J. (2005). Young Schema Questionnaire-S3. *Cognitive Therapy Center of New York*.

ANEXOS

Índice de Anexos

Anexo I – Objetivos a desenvolver durante o período de estágio

Anexo II – Exemplar de Relatório

Anexo III – Grupo de Apoio a Doentes Depressivos – Quadro síntese sessões e Dinâmicas

Anexo IV – Panfleto Informativo Grupo de Estimulação Neuropsicológica

Anexo V – Grupo de Estimulação Neuropsicológica – Quadro síntese sessões e Dinâmicas

Anexo VI – *Poster “Programa de Estimulação Neuropsicológica em pacientes com défice cognitivo ligeiro”*

Anexo VII - SCL-90-R – Folha de respostas Caso Clínico J.R.

Anexo VIII - YSQ-S3 – Folha de respostas Caso Clínico J.R.

Anexo IX - Registo de pensamentos negativos Caso Clínico J.R.

Anexo X – Apresentação *power point* - Ansiedade

Anexo XI - Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson com imagético lugar seguro

Anexo XII - Protocolo - imagético criança interior

Anexo XIII - Lista de qualidades Caso Clínico J.R.

Anexo I

Objetivos a desenvolver durante o período de estágio

OBJETIVOS A DESENVOLVER DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO:

OBJETIVO GERAL:

- Adquirir experiência no domínio da prática clínica que envolva, para além do Apoio Psicológico e Avaliação Psicológica, o contacto com outros grupos profissionais (Psiquiatras, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, etc.); adquirir também uma experiência alargada de diferentes modelos e técnicas psicológicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR TRIMESTRE:

- NO PRIMEIRO TRIMESTRE:
 - ✓ Integração na instituição, equipa e ambiente laboral e participação em atividades do serviço e interação com os técnicos do mesmo;
 - ✓ Contacto com a dinâmica do serviço e com situações de atendimento de doentes;
 - ✓ Contacto com a realidade clínica através da observação de consultas de *Avaliação Psicológica, Entrevistas de Avaliação Psicodiagnóstica, Apoios Psicológicos e Acompanhamentos Psicoterapêuticos Estruturados*, em diversas faixas etárias (crianças: 0-12 anos; adolescentes: 13-18 anos; adultos: 18-64 anos; e idosos: >65 anos);
 - ✓ Observação de "PSICOTERAPIAS DE GRUPO" desenvolvidas no serviço: "*Grupo de Apoio aos Doentes Depressivos*" e "*Grupo de Apoio a Pacientes Enlutados*";
 - ✓ Contacto com a "Unidade de Hospital de Dia" e observação das principais "*Atividades terapêuticas*" aí desenvolvidas.

▪ NO SEGUNDO TRIMESTRE:

- ✓ Contacto experimental direto com *"Provas de Avaliação Psicológica"* e sua administração;
- ✓ Elaboração de *"Relatórios de Avaliação Psicológica"*, com a indicação dos instrumentos utilizados.

▪ NO TERCEIRO TRIMESTRE:

- ✓ Realização de *"Entrevistas Psicológicas"*, *"Primeiras Consultas"* e *"Propostas de Intervenção Psicoterapêuticas"*. Pretende-se:
 - Adquirir competências de *"Entrevista Clínica"*;
 - Desenvolver aptidões para o *"Estabelecimento de relações terapêuticas"* adequadas;
 - Treinar a *"Aplicação de técnicas de intervenção psicoterapêutica"*;
 - Ao assumir a formulação e a intervenção dos processos terapêuticos, treinar a *"Elaboração de análises funcionais"* (estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico);
 - Desenvolver a *"Intervenção Psicológica"*;
 - Elaborar *"Relatórios Psicológicos"* do acompanhamento psicoterapêutico efetuado.

Anexo II

Exemplar de Relatório

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DOENTE: C.M.T.

PROCESSO CLÍNICO N.º: XXXXXXXXX

PEDIDO EFETUADO POR: XXXXXXXX

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PEDIDA: DESEMPENHO INTELECTUAL,
PERSONALIDADE E PSICOPATOLOGIA**

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

- *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3.ª edição (WAIS-III)* para avaliação do desempenho intelectual;
- *Symptoms Checklist (SCL-90)* para avaliação da Psicopatologia;
- *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.)* para avaliação da personalidade.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO INTELECTUAL

- *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3.ª edição (WAIS-III)*, cujos resultados são os seguintes:

- Q. I. VERBAL = 90: MÉDIO;
- Q. I. DE REALIZAÇÃO = 70: INFERIOR;
- **Q. I. TOTAL = 79: INFERIOR.**

Face ao exposto conclui-se, através da evidência dos resultados da prova que, o doente apresenta um **RENDIMENTO INTELECTUAL INFERIOR**, quando comparado com pessoas da sua faixa etária.

Analisando os resultados de Q.I. supracitados, podemos dizer que, o doente apresenta:

- **Dificuldades significativas** ao nível da riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluência verbal;

- **Dificuldades** ao nível da compreensão, relações conceptuais, pensamento abstrato e associativo;
- Dificuldades muito significativas ao nível da concentração, raciocínio e cálculo numérico, e utilização automática de símbolos;
- Dificuldades ao nível da atenção concentrada e memória auditiva imediata;
- Dificuldades significativas ao nível dos conhecimentos gerais, assimilação de experiências e memória remota;
- Dificuldades significativas ao nível do juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais, com comportamento social pouco aceitável e pouco eficaz;
- Dificuldades ao nível da memória e agudeza visuais;
- Dificuldades ao nível da memória visual imediata, previsão associativa e rapidez motora;
- Capacidades ao nível da percepção visual, relações espaciais e coordenação viso-motora;
- Dificuldades ao nível da capacidade de processamento de informação visual e do raciocínio abstrato;
- Capacidades ao nível da percepção e compreensão de situações sociais e captação de sequências causais.

Verificam-se, portanto, défices em funções intelectuais como raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, aprendizagem académica e aprendizagem pela experiência. Verificam-se também défices no funcionamento adaptativo que resultam na falha em atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Sem suporte contínuo, os défices adaptativos limitam o funcionamento numa ou mais atividades da vida diária, como comunicação, participação social e subsistência independente, em múltiplos ambientes como casa, escola, trabalho e comunidade.

AVALIAÇÃO DE PSICOPATOLOGIA

Foi administrado o questionário *Symptoms Checklist* (SCL-90) cujos resultados são os seguintes:

- **Perturbação muito grave: Somatização (4,000); Ansiedade (3,600); Obsessão (3,200);**
- **Perturbação grave: Depressão (2,692); Fobia (2,429); Paranóia (2,167); Psicose (2,100);**
- **Perturbação moderada: Sensibilidade Interpessoal (1,333);**
- **Perturbação ligeira: Hostilidade (0,167).**

AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE

Foi administrado o *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (M.M.P.I.). As escalas de validade revelam que o paciente tem uma visão ingénuo e irrealista do que o rodeia. Denota-se um aumento das probabilidades de simulação ingénuo/deliberada de patologia, com um acrescido mau contacto com a realidade. O teste foi considerado **válido** revelando existência de sentimentos negativistas em relação a si mesmo e acentuada perturbação emocional.

Escalas clínicas:

- ***Hs (Hipocondria):*** T= 101: **nível elevado**; exacerbação de características como a imaturidade, queixas, teimosia e pessimismo;
- ***D (Depressão):*** T= 112: **nível elevado**; possível diagnóstico de quadro depressivo;
- ***Hy (Histeria):*** T= 93: **nível elevado**; descrito como imaturo, egocêntrico, exigente, sugestível e amigável. As relações com os outros são superficiais, imaturas e narcisistas;
- ***Pd (Psicopatia):*** T= 83: **nível elevado**; pode ser descrito como imaturo, leviano, impulsivo, agressivo e anti-social. É possível que revele aspetos da psicopatia em situações mais extremas e de menor controlo;
- ***Mf (Masculinidade/Feminilidade):*** T= 54: resultado normativo;
- ***Pa (Paranóia):*** T= 101: **nível elevado**; emocional e preocupado;
- ***Pt (Psicastenia):*** T= 100: **nível elevado**; caracterizado como autopunitivo, individualista, tenso, ansioso, obsessivo e insatisfeito;
- ***Sc (Esquizofrenia):*** T= 114: **nível elevado**; significativo transtorno de pensamento, com confusão e com ideias, crenças e ações estranhas;
- ***Ma (Hipomania):*** T= 88: **nível elevado**; por vezes não consegue controlar os seus impulsos e apresenta tendência para desenvolver relações superficiais; probabilidade de manifestações maníacas;
- ***Si (Introversão/Extroversão):*** T= 58: resultado normativo.

Perfil apurado

Os resultados apresentados nas escalas clínicas permitem-nos enquadrar a doente num **perfil do tipo psicótico bifásico (esquizofrénico delirante)**.

A elevação de algumas escalas clínicas permitem-nos apresentar as seguintes características clínicas:

- Depressão, ansiedade, irritabilidade, fadiga, manipulação, hipocondria, tensão, somatização, sentimentos de incapacidade e inadequação, tendências anti sociais, instabilidade emocional, hostilidade, suscetibilidade, obsessão, perturbação no contacto com a realidade, pouco *insight*, dificuldades de pensamento, concentração e memória, egocentrismo e desconfiança.

IMPRESSÕES CLÍNICAS, INFERÊNCIAS E CONCLUSÕES

- A avaliação de psicopatologia indicou como principais índices sintomatológicos a *Somatização, Ansiedade e Obsessão*, situados num nível de perturbação muito grave; e a *Depressão, Fobia, Paranóia e Psicose* num nível de perturbação grave;
- A avaliação de personalidade permitiu-nos enquadrar a doente num perfil do tipo psicótico bifásico.

Anexo III

Grupo de Apoio a Doentes Depressivos – Quadro síntese sessões e Dinâmicas

Sessões	Objetivos	Atividades
0	Recrutamento dos elementos para o grupo.	
1	Apresentação dos psicólogos; Apresentação do programa; Apresentação dos membros; Estabelecimento de regras básicas; Entrega de um panfleto com informações sobre o grupo e a problemática; Administração dos testes.	Jogo didático para apresentação; Aplicação da Escala de Depressão de Auto-avaliação de Zung e BSI (<i>Brief Symptom Inventory</i>); TPC - “Registo Semanal de Avaliação do Humor”.
2	Monitorização do estado presente; Psicoeducação sobre o tema; Debate sobre o que é apresentado.	Apresentação de um <i>power point</i> e de um vídeo sobre a depressão;
3	Monitorização do estado presente; Rede de suporte.	Dinâmica de grupo – “Mais perto, mais longe” – jogo dramático - construção de uma estátua humana.
4	Monitorização do estado presente; Continuação da dinâmica da sessão anterior.	Dinâmica de grupo – “Mais perto, mais longe” – jogo dramático - construção de uma estátua humana.
5	Monitorização do estado presente; Facilitar o verbalizar de emoções.	Dramatização de algumas situações do dia-a-dia - <i>role-play</i> .
6	Monitorização do estado presente; Continuação do <i>role-play</i> da sessão anterior.	Dramatização de algumas situações do dia-a-dia - <i>role-play</i> ; TPC: cartas; ensinar atividade.
7	Monitorização do estado presente; Focalização na autoestima.	Dinâmica de grupo – “Cartas de família” e análise das mesmas; Apresentação da atividade.
8	Monitorização do estado presente; Continuação das dinâmicas da sessão anterior.	Leitura das cartas e análise das mesmas; Apresentação da atividade.

Sessões	Objetivos	Atividades
9	Monitorização do estado presente; Relaxamento.	Relaxamento muscular progressivo de Jacobson.
10	Monitorização do estado presente; Continuação e conclusão do relaxamento.	Relaxamento
11	Monitorização do estado presente; Análise da evolução do doente ao longo das sessões.	Dinâmica – “Fotografias”
12	Monitorização do estado presente; Analisar o papel desempenhado por cada paciente no seio do grupo; Administração dos testes.	Dinâmica - “A cadeira que queima”; Aplicação da Escala de Depressão de Auto-avaliação de Zung e BSI (<i>Brief Symptom Inventory</i>).

Dinâmicas:

Apresentação: Através de um jogo os pacientes formam grupos de 2 e durante 10 minutos entrevistam-se mutuamente com vista a conhecerem-se melhor. Posteriormente cada paciente apresentar o seu colega do subgrupo a dois. No entanto, ao falar, tem de ser na primeira pessoa, como se ela própria fosse a pessoa que se apresentasse.

Trabalho de casa: foi pedido a cada elemento do grupo o preenchimento do “Registo Semanal de Avaliação do Humor”, onde cada paciente devia fazer um registo diário do seu humor, classificando-o numa escala de 0 a 100, onde 0 (zero) significa “Nenhuma Depressão” e 100 indica “O mais deprimido que já se sentiu?”.

Dinâmica – “Mais perto, mais longe” – jogo dramático - construção de uma estátua humana: cada participante deve representar simbolicamente as pessoas que considera serem mais próximas ou mais distantes. Para isso, utiliza um elemento do grupo a representar a própria pessoa e outros elementos a representar as várias pessoas próximas (i.e. pais, marido, filhos). Se necessário, com outro elemento representar alguém distante. A distância a que as outras pessoas são colocadas (relativamente ao próprio) deve ser equacionada em função da proximidade afetiva e do tipo de relação existente entre ambos (p.e., maior amizade, mais próximo). Quando o esquema estiver preparado,

a segunda fase da técnica consiste em identificar, para cada elemento do esquema, um motivo que impeça que a relação seja mais próxima.

Dinâmica de grupo – “Cartas de família”: cada paciente tem de pedir a alguém próximo que elabore uma carta a enumerar as suas qualidades, aquilo que mais aprecia para posteriormente ler na sessão;

Dinâmica – “Fotografias”: escolha de imagens positivas ou negativas que revelam a evolução ou involução do doente.

Dinâmica - “A cadeira que queima”: fornece a cada participante a possibilidade de identificar o papel que desempenha no grupo. Paralelamente permite a cada pessoa comunicar o que sente em relação aos comportamentos de outros elementos. É necessário uma cadeira livre. Nessa cadeira sentam-se, voluntariamente, as pessoas que pretendem ouvir o feedback dos outros elementos. O feedback deve sempre referir-se ao comportamento, manifestado no grupo, da pessoa que está sentada na cadeira, e não propriamente elogios ou reprovações. Esta pessoa pode pedir a alguém, em concreto, que lhe diga o que gosta e o que não gosta nela. É essencial que quem dá o feedback exprima duas coisas – estima e crítica – pois é importante que todos sintam que podem manifestar dois sentimentos diferentes em relação à mesma pessoa.

Anexo IV

Panfleto Informativo Grupo de Estimulação Neuropsicológica

O processo de envelhecer não é sinônimo de doença e morte. Esta fase pode ser vivida de uma forma natural, aprendendo a conviver com as limitações que possam surgir com o avançar da idade, mantendo uma rotina ativa, quer a nível físico, quer a nível mental.

Contudo, durante o processo de envelhecimento surgem, naturalmente, défices cognitivos, sendo necessária a avaliação dos mesmos de forma a perceber a sua dimensão e gravidade, com o objetivo de impedir a sua evolução para quadros mais graves como a demência.

Neste sentido, este programa visa preservar e melhorar o desempenho cognitivo dos indivíduos, o que engloba trabalhar funções como a memória, a atenção, o raciocínio, a rotina ocupacional, entre outros.



Funcionamento do Grupo Terapêutico

O programa de estimulação neuropsicológica tem a finalidade de preservar e melhorar as capacidades e o desempenho cognitivo e funcional dos pacientes. Visando assim dar resposta às alterações que possam ocorrer ao nível da memória, linguagem, orientação, atenção/concentração, entre outros. Abordando concomitantemente temas como a rotina ocupacional e o processo de envelhecimento ativo e saudável.

Departamento de Psiquiatria de Saúde

Caso não possa comparecer, por favor avise.

Grupo Terapêutico de Estimulação Neuropsicológica

Folheto informativo para familiares e cuidadores



Papel do familiar ou cuidador

Este folheto informativo destina-se aos que estão mais próximos dos pacientes que integram o grupo, no seu dia-a-dia.

No decorrer do programa será fundamental que os pacientes cumpram orientações que irão ser facultadas, através de um plano de trabalho orientado em cada sessão.

Por conseguinte, é essencial que as pessoas que lhes são mais próximas se certifiquem que as tarefas são realizadas e que, quando necessário, auxiliem na sua resolução. Assim sendo, é pedido aos familiares e cuidadores que desempenhem um papel de supervisão, auxílio e acompanhamento nas tarefas a realizar em casa.



Informações relevantes

Os pacientes devem fazer-se acompanhar sempre das folhas de registo de sessões, bem como das atividades orientadas para realizar em casa (quando são pedidas).

Tendo em conta que os pacientes têm, muitas vezes, dificuldades mnésicas, é importante que os familiares e os cuidadores assumam um papel de responsabilidade no que diz respeito à comparência no grupo, às tarefas pedidas e ao acompanhamento em casa e na rotina ocupacional, potenciando a produtividade da intervenção realizada, permitindo com esta articulação o alcance de resultados mais positivos.

Esta terapia será constituída por doze sessões com a duração aproximada de duas horas e terá uma periodicidade quinzenal, decorrendo às Terças-feiras pelas nove horas.

Anexo V

Grupo de Estimulação Neuropsicológica – Quadro síntese sessões
e Dinâmicas

Sessões	Objetivos	Atividades
1	Avaliação neuropsicologia e psicopatológica; Esclarecimento de metas, horários e objetivos; Sessão aberta aos familiares/cuidadores para clarificação do papel dos mesmos no processo terapêutico e esclarecimento do funcionamento do grupo;	Aplicação da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke
2	Apresentação dos membros do grupo e Terapeutas; Memória;	Dinâmicas de grupo “nome – cor”; Psicoeducação “Envelhecimento Ativo”;
3	Interação Interpessoal; Orientação Temporal, Espacial e Pessoal;	Dinâmicas de grupo “novelo de lã”; Estimulação para ocupações e atividades de lazer;
4	Memória Recente/ Memória Episódica e Memória Semântica;	Dinâmicas de grupo “salada de frutas”;
5	Reconhecimento da própria imagem - Autoestima; Relaxamento;	Dinâmicas de grupo “espelho” Relaxamento progressivo de Jacobson
6	Destreza Manual: Praxia Construtiva Gráfica; Psicoeducação “Higiene do sono”;	Atividades manuais alusivas às festividades;
7	Atenção; Reconhecimento sensorial;	Identificação e denominação olfativa; Reconhecimento e denominação de objetos; Reconhecimento e dominação dos sons;
8	Atividades Sociais e Recreativas; Rotina ocupacional; Estimulação motora;	Dinâmicas de grupo “atribuição de atividade”
9	Linguagem: Compreensão, Nomeação, Evocação, Vocabulário;	Dinâmicas de grupo “jogo do STOP”;
10	Sessão de Encerramento; Feedback do grupo; Avaliação neuropsicológica e psicopatológica;	Aplicação da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke

Dinâmicas:

Dinâmica “nome – cor”: na primeira sessão os participantes devem apresentar-se e dizer uma cor com a qual se identificam. Esta dinâmica permite que os pacientes decorem o nome ou a cor preferida dos colegas e que seja mais fácil recordá-las. Os nomes e as cores estão escritos numa cartolina branca presente nas sessões como lembrete.

Dinâmica “novelo de lã”: um elemento do grupo tem um novelo na mão e diz uma qualidade que o caracterize. Amarra um fio do novelo no dedo e passa o novelo a outro elemento que tem de dizer também uma qualidade que o caracterize. No fim de todos os elementos terem dito uma qualidade e estarem todos ligados pela linha do novelo, deve-se retroceder, ou seja, o elemento volta a devolver o novelo e tem de dizer a qualidade que o seu colega disse e assim sucessivamente de modo a trabalhar a memória. Por fim, as qualidades são anotadas na cartolina dos nomes.

Dinâmica “salada de frutas”: um elemento começa por dizer o nome de uma fruta; outro colega tem de dizer a fruta que o elemento disse inicialmente e acrescentar mais uma fruta e assim sucessivamente. Sempre que se acrescenta uma fruta nova tem de se dizer as anteriores pela ordem correta.

Dinâmica “espelho”: o elemento tem de estar em frente a um espelho e dizer o que vê e o que quer dizer à pessoa projetada no espelho. É uma dinâmica mais intimista e que ajuda no aumento da autoestima. Depois era pedido ao resto de grupo que comentasse. Esta dinâmica é muito útil, pois os pacientes tendem a ter uma visão mais negativa de si mesmos, a qual fica mais favorável depois de ouvir os restantes elementos do grupo.

Dinâmica “atribuição de atividade”: cada elemento deve dar sugestões de atividades a outro colega para ele desempenhar no dia-a-dia de modo a desenvolver uma rotina ocupacional mais ativa e saudável. Por exemplo, dar caminhadas, ir a um centro de dia, fazer jardinagem, etc.

Dinâmica “jogo do STOP”: nesta dinâmica desenha-se uma tabela em que cada coluna da tabela recebe o nome de uma categoria de palavras como animais, nomes pessoais, cores etc. Sorteia-se uma letra entre os jogadores e após a definição da letra, os participantes imediatamente têm que preencher uma linha inteira da tabela, com uma palavra (que seja começada com a letra sorteada) para cada coluna, devendo a palavra

ser relacionada com o título daquela coluna. Os jogadores dizem palavras ordenadamente em voz alta.

Anexo VI

Poster “Programa de Estimulação Neuropsicológica em pacientes com défice cognitivo ligeiro”



4º CONGRESSO ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES

PSICOLOGIA NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS PESSOAS,
COESÃO SOCIAL E CRESCIMENTO ECONÓMICO

Programa de Estimulação Neuropsicológica em pacientes com défice cognitivo ligeiro

A deterioração ligeira de funções cognitivas é, desde há muito tempo, aceite como parte integrante do processo de envelhecimento. No entanto, recentemente tem sido reconhecido que algumas pessoas experienciam um nível de comprometimento cognitivo maior do que aquele geralmente provocado pelo envelhecimento, mas sem sinais de demência associados. Esta situação é denominada por Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL). O grupo terapêutico de Estimulação Neuropsicológica é um programa estruturado e adaptado às limitações e potencialidades de cada pessoa, direcionado para indivíduos com diagnóstico de Depressão e eventuais quadros demenciais em fase inicial de diagnóstico, que apresentem a condição de declínio cognitivo ligeiro. Precede uma avaliação neuropsicológica, (bateria de testes psicométricos) que determinam, de forma qualitativa e quantitativa, os défices de diversas áreas de funcionamento cognitivo (memórias, raciocínio, atenção, orientação, afasias, capacidade visuo-espacial, etc). São também avaliadas as alterações emocionais e limitação nas atividades de vida diárias. Intervir ao nível dos défices cognitivos apresentados pelos pacientes, bem como estratégias a serem adaptadas no seu dia-a-dia.

Palavras-chave: défices cognitivos ligeiros, estimulação cognitiva, intervenção, grupo de estimulação cognitivo.

Sessões	Objetivos	Sessões	Objetivos
Sessão 4	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmicas de grupo "História e caixa de surpresas"; Carta "momento feliz"; Reconhecimento da própria imagem - Autoestima; RELAXAMENTO; 	Sessão 5	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducação "Higiene do sono"; Destreza Manual: Praxia Construtiva Gráfica;
Sessão 6	<ul style="list-style-type: none"> Atenção; Reconhecimento sensorial; Identificação e denominação olfativa; Reconhecimento e denominação de objetos; Reconhecimento e dominação dos sons; 	Sessão 7	<ul style="list-style-type: none"> Atividades Sociais e Recreativas; Rafina ocupacional; Estimulação motora; Dinâmicas de grupo "atribuição de atividade e labirinto"
Sessão 8	<ul style="list-style-type: none"> Linguagem: Compreensão, Nomeação, Evocação, Vocabulário; Dinâmicas de grupo "jogo das palavras"; 	Sessão 9	<ul style="list-style-type: none"> Sessão de Encerramento; Feedback do grupo; Avaliação neuropsicológica e psicopatológica;



Resultados Esperados

Através do programa desenvolvido, bem como a sua implementação, esperamos obter resultados positivos ao nível do desempenho cognitivo do indivíduo, bem como diminuição da sintomatologia. Resultados mais recentes, demonstram uma relação positiva entre o desempenho cognitivo do idoso e uma estimulação cognitiva continuada com promoção da vivacidade mental (Lousa, 2016). Nos programas de estimulação neuropsicológica, são esperadas melhorias ao nível do desempenho cognitivo e da sintomatologia depressiva (Castro, 2011; Pereira, 2012). A prática de dinâmicas aliadas à partilha de experiências, desenvolvimento de uma rotina ocupacional e utilização de estratégias compensatórias são pontos importantes que levam ao aumento da autoestima e aceitação da nova realidade.

Referências

- Castro, A. (2011). Programa de estimulação cognitiva em idosos. Aveiro: Universidade de Aveiro.
Lousa, E. F. (2016). Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idosos: Um estudo de caso. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
Pereira, Z. (2012). Treino cognitivo em idosos sem demência. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

Sessões	Objetivos	Sessões	Objetivos
Sessão 0	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação neuropsicológica e psicopatológica; Esclarecimento de metas, horários e objetivos; Sessão aberta aos familiares/cuidadores para clarificação do papel dos mesmos no processo terapêutico e esclarecimento do funcionamento do grupo; 	Sessão 1	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos membros do grupo e Terapeutas; Psicoeducação "Envelhecimento Ativo"; Dinâmicas de grupo "nome – cor"; Memória;
Sessão 2	<ul style="list-style-type: none"> Interação Interpessoal; Dinâmicas de grupo "novo e reconhecimento de objeto"; Orientação Temporal, Espacial e Pessoal; 	Sessão 3	<ul style="list-style-type: none"> Memória Recente/ Memória Episódica e Memória Semântica; Dinâmicas de grupo "descrição de imagem visualizada";

Anexo VII

SCL-90-R – Folha de respostas Caso Clínico J.R.

1.	Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2.	Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4
3.	Pensamentos, palavras ou ideias desagradáveis que não vêm da sua mente	0	1	2	3	4
4.	Sensação de desmaio ou tonturas	0	1	2	3	4
5.	Diminuição do interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
6.	Vê as pessoas de forma negativa, encontra sempre falhas	0	1	2	3	4
7.	Impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
8.	Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
9.	Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	0	1	2	3	4
10.	Preocupações com a sujidade, a desarrumação e a desorganização	0	1	2	3	4
11.	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
12.	Dores Sobre o coração ou peito	0	1	2	3	4
13.	Sentir medo de estar em espaços abertos ou na rua	0	1	2	3	4
14.	Falta de forças ou lentidão	0	1	2	3	4
15.	Pensamentos suicida ou de acabar com a vida	0	1	2	3	4
16.	Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem	0	1	2	3	4
17.	Tremer	0	1	2	3	4
18.	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
19.	Perder o apetite	0	1	2	3	4
20.	Chorar facilmente	0	1	2	3	4
21.	Sentir-se tímido ou com falta de à vontade com pessoas do sexo oposto	0	1	2	3	4
22.	Impressão de se sentir preso ou fechado	0	1	2	3	4
23.	Ter um medo súbito sem razão para isso	0	1	2	3	4
24.	Ataques de cólera ou de fúria que não consegue controlar	0	1	2	3	4
25.	Medo de sair de casa sozinho	0	1	2	3	4
26.	Culpar-se a si mesmo de tudo o que se passa	0	1	2	3	4
27.	Dores no fundo das costas	0	1	2	3	4
28.	Sentir-se incapaz de fazer as coisas ou terminar as tarefas	0	1	2	3	4
29.	Sentir-se sozinho	0	1	2	3	4
30.	Sentir-se triste	0	1	2	3	4
31.	Preocupar-se demasiado com tudo	0	1	2	3	4
32.	Sem interesse por nada	0	1	2	3	4
33.	Sentir-se amedrontado (assustado)	0	1	2	3	4
34.	Ser demasiado sensível ou sentir-se magoado facilmente	0	1	2	3	4
35.	Ter a impressão de que as outras pessoas apercebem-se do que está a pensar	0	1	2	3	4
36.	Sentir que os outros não o compreendem	0	1	2	3	4
37.	Sentir que as outras pessoas são pouco simpáticas ou que não gostam de si	0	1	2	3	4
38.	Fazer tudo devagar a fim de ter a certeza de que fica bem feito	0	1	2	3	4
39.	Palpitações ou batimentos rápidos do coração	0	1	2	3	4

40. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	0	1	2	3	4
41. Sentir-se inferior	0	1	2	3	4
42. Dores musculares	0	1	2	3	4
43. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0	1	2	3	4
44. Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
46. Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
47. Medo de viajar de carro, autocarro, metro e comboio	0	1	2	3	4
48. Sensação de que lhe falta o ar	0	1	2	3	4
49. Calafrios, sentir calor ou frio de repente	0	1	2	3	4
50. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	0	1	2	3	4
51. Ficar com a mente em branco	0	1	2	3	4
52. Sensação de anestesia (formigueiro ou adormecimento) no corpo	0	1	2	3	4
53. Impressão de ter um nó na garganta	0	1	2	3	4
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro	0	1	2	3	4
55. Dificuldades em se concentrar	0	1	2	3	4
56. Falta de força em alguma parte do corpo	0	1	2	3	4
57. Sentir-se tenso, com os nervos à flor da pele	0	1	2	3	4
58. Sentir "um peso" no braço ou nas pernas	0	1	2	3	4
59. Pensamentos sobre a morte ou o facto de morrer	0	1	2	3	4
60. Vontade de comer de mais	0	1	2	3	4
61. Sentir-se incomodado quando as pessoas o observam ou falam de si	0	1	2	3	4
62. Ter pensamentos que não lhe pertencem	0	1	2	3	4
63. Impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0	1	2	3	4
64. Acordar muito cedo de manhã	0	1	2	3	4
65. Vontade de repetir certas ações (e.g. tocar em objetos, lavagens, contar...)	0	1	2	3	4
66. Sono agitado ou não repousante	0	1	2	3	4
67. Vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
68. Ter pensamentos ou ideias/crenças que os outros não percebem ou não têm	0	1	2	3	4
69. Sentir-se inibido ou envergonhado junto de outras pessoas	0	1	2	3	4
70. Não se sentir à vontade no meio de muitas pessoas (cinemas, festas...)	0	1	2	3	4
71. Sentir que tudo o que faz exige muito esforço	0	1	2	3	4
72. Ter ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
73. Não se sentir à vontade quando come ou bebe num local público	0	1	2	3	4
74. Ter discussões frequentes	0	1	2	3	4
75. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	0	1	2	3	4
76. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades (não reconhecem mérito)	0	1	2	3	4
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	0	1	2	3	4
78. Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado	0	1	2	3	4

79.	Ter sentimentos de que é inútil, de que não tem valor	0	1	2	(3)	4
80.	Ter o pressentimento de que alguma coisa má lhe vai acontecer	0	1	(2)	3	4
81.	Gritar com as outras pessoas ou atirar coisas	0	1	2	(3)	4
82.	Medo de vir a desmaiar em público	0	1	(2)	3	4
83.	A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas aproveitariam de si	0	1	(2)	3	4
84.	Pensamentos acerca de assuntos sexuais que o perturbam muito	0	1	(2)	3	4
85.	Sentimentos de que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros	0	1	2	(3)	4
86.	Pensamentos ou imagens assustadoras que causam medo	0	1	2	(3)	4
87.	A impressão de que alguma coisa grave se passa no seu corpo	0	(1)	(2)	3	4
88.	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	0	1	2	(3)	4
89.	Sentimentos de culpa	0	1	2	(3)	4
90.	Impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	(2)	(3)	4

Somatização = 2,167

Obsessão = 2,600

S.I. = 2,889. Auto. de

Depressão = 2,692 → paranóia

Inveja = 2,400

Hostilidade = 2,167 intelectual

Fobia = 2,857

Paranoia = 2,00

Prisão = 1,700

Anexo VIII

YSQ-S3 – Folha de respostas Caso Clínico J.R.

YSQ - S3

Jeffrey Young, Ph.D.

(Tradução e Adaptação de J. Pinto Gouveia, D. Rijo e M.C. Salvador, 2005, revista)

INSTRUÇÕES: Estão indicadas a seguir algumas afirmações que podemos utilizar quando nos queremos descrever. Por favor, leia cada uma das afirmações e decida até que ponto ela se aplica a si, **ao longo do último ano**. Quando tiver dúvidas, responda baseando-se no que *sente* emocionalmente e não no que pensa ser verdade.

Algumas das afirmações referem-se à sua relação com os seus pais ou companheiro(a). Se alguma destas pessoas faleceu, por favor responda a estas questões com base na relação que tinha anteriormente com elas. Se, actualmente, não tem um(a) companheiro(a) mas teve relacionamentos amorosos no passado, por favor responda com base no seu relacionamento amoroso significativo mais recente.

Para responder até que ponto a afirmação o descreve, utilize a escala de resposta abaixo indicada, escolhendo, de entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso. **Assinale com um X o número a que corresponder a sua resposta.**

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
 2 = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
 3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
 4 = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
 5 = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
 6 = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

1.	Não tenho tido ninguém que cuide de mim, que partilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo que me acontece.	1	2	3	4	5	6
2.	Costumo apegar-me demasiado às pessoas que me são mais próximas porque tenho medo que elas me abandonem.	1	2	3	4	5	6
3.	Sinto que as pessoas se vão aproveitar de mim.	1	2	3	4	5	6
4.	Sou um desajustado.	1	2	3	4	5	6
5.	Nenhuma mulher de quem eu goste pode gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ou fraquezas.	1	2	3	4	5	6
6.	Quase nada do que faço no trabalho (ou na escola) é tão bom como o que os outros são capazes de fazer.	1	2	3	4	5	6
7.	Não me sinto capaz de me desenvencilhar sozinho no dia-a-dia.	1	2	3	4	5	6
8.	Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de mal está para acontecer.	1	2	3	4	5	6
9.	Não tenho sido capaz de me separar dos meus pais, tal como fazem as outras pessoas da minha idade.	1	2	3	4	5	6
10.	Sinto que, se fizer o que quero, só vou arranjar sarilhos.	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
 2 = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
 3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
 4 = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
 5 = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
 6 = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

11.	Sou sempre eu que acabo por tomar conta das pessoas que me são mais chegadas.	1	2	3	4	5	6
12.	Sou demasiado controlado para revelar os meus sentimentos positivos aos outros (por ex., afecto, mostrar que me preocupo).	1	2	3	4	5	6
13.	Tenho que ser o melhor em quase tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.	1	2	3	4	5	6
14.	Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" por resposta quando quero alguma coisa dos outros.	1	2	3	4	5	6
15.	Não sou capaz de me forçar a ter disciplina suficiente para cumprir tarefas rotineiras ou aborrecidas.	1	2	3	4	5	6
16.	Ter dinheiro e conhecer pessoas importantes faz-me sentir uma pessoa com valor.	1	2	3	4	5	6
17.	Mesmo quando as coisas parecem estar a correr bem, sinto que isso é apenas temporário.	1	2	3	4	5	6
18.	Se cometer um erro, mereço ser castigado.	1	2	3	4	5	6
19.	Não tenho pessoas que me dêem carinho, apoio e afecto.	1	2	3	4	5	6
20.	Preciso tanto dos outros que me preocupo com o facto de os poder perder.	1	2	3	4	5	6
21.	Sinto que tenho sempre que me defender na presença dos outros, senão eles magoar-me-ão intencionalmente.	1	2	3	4	5	6
22.	Sou fundamentalmente diferente dos outros.	1	2	3	4	5	6
23.	Ninguém que me agrade gostaria de ficar comigo depois de me conhecer tal como eu sou na realidade.	1	2	3	4	5	6
24.	Sou um incompetente quando se trata de atingir objectivos ou de levar a cabo uma tarefa no trabalho (ou na escola).	1	2	3	4	5	6
25.	Considero-me uma pessoa dependente relativamente ao que tenho que fazer no dia-a-dia.	1	2	3	4	5	6
26.	Sinto que uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode atingir-me a qualquer momento.	1	2	3	4	5	6
27.	Eu e os meus pais temos tendência a envolvermo-nos demasiado na vida e nos problemas uns dos outros.	1	2	3	4	5	6
28.	Sinto que não tenho outro remédio senão ceder à vontade dos outros, caso contrário, eles irão retaliar, zangar-se ou rejeitar-me de alguma maneira.	1	2	3	4	5	6
29.	Sou uma boa pessoa porque penso mais nos outros do que em mim.	1	2	3	4	5	6
30.	Considero embaraçoso exprimir os meus sentimentos aos outros.	1	2	3	4	5	6
31.	Esforço-me por fazer o melhor; não me contento com ser suficientemente bom.	1	2	3	4	5	6
32.	Sou especial e não devia ser obrigado a aceitar muitas das restrições ou limitações que são impostas aos outros.	1	2	3	4	5	6
33.	Se não consigo atingir um objectivo, fico facilmente frustrado e desisto.	1	2	3	4	5	6
34.	Aquilo que consigo alcançar tem mais valor para mim se for algo em que os outros reparam.	1	2	3	4	5	6
35.	Se algo de bom acontecer, preocupa-me que esteja para acontecer algo de mau a seguir.	1	2	3	4	5	6
36.	Se não me esforçar ao máximo, é de esperar que as coisas corram mal.	1	2	3	4	5	6
37.	Tenho sentido que não sou uma pessoa especial para ninguém.	1	2	3	4	5	6
38.	Preocupa-me que as pessoas a que estou ligado me deixem ou me abandonem.	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
 2 = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
 3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
 4 = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
 5 = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
 6 = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

39.	Mais tarde ou mais cedo, acabarei por ser traído por alguém.	1	2	3	4	5	6
40.	Sinto que não pertença a grupo nenhum; sou um solitário.	1	2	3	4	5	6
41.	Não tenho valor suficiente para merecer o amor, a atenção e o respeito dos outros.	1	2	3	4	5	6
42.	A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito ao trabalho (ou à escola).	1	2	3	4	5	6
43.	Tenho falta de bom senso.	1	2	3	4	5	6
44.	Preocupa-me poder ser fisicamente agredido por alguém.	1	2	3	4	5	6
45.	É muito difícil, para mim e para os meus pais, termos segredos íntimos que não contamos uns aos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados por isso.	1	2	3	4	5	6
46.	Nas minhas relações com os outros deixo que eles me dominem.	1	2	3	4	5	6
47.	Estou tão ocupado a fazer coisas para as pessoas de quem gosto que tenho pouco tempo para mim.	1	2	3	4	5	6
48.	Para mim é difícil ser caloroso e espontâneo com os outros.	1	2	3	4	5	6
49.	Devo de estar à altura de todas as minhas responsabilidades e funções.	1	2	3	4	5	6
50.	Detesto ser reprimido ou impedido de fazer o que quero.	1	2	3	4	5	6
51.	Tenho muita dificuldade em abdicar de uma recompensa ou prazer imediato, a favor de um objectivo a longo prazo.	1	2	3	4	5	6
52.	Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros.	1	2	3	4	5	6
53.	Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa corre mal.	1	2	3	4	5	6
54.	Se não fizer bem o que me compete, mereço sofrer as consequências.	1	2	3	4	5	6
55.	Não tenho tido ninguém que me ouça atentamente, que me compreenda ou que perceba os meus verdadeiros sentimentos e necessidades.	1	2	3	4	5	6
56.	Quando sinto que alguém de quem eu gosto se está a afastar de mim, sinto-me desesperado.	1	2	3	4	5	6
57.	Sou bastante desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
58.	Sinto-me afastado ou desligado dos outros.	1	2	3	4	5	6
59.	Sinto que nunca poderei ser amado por alguém.	1	2	3	4	5	6
60.	Não sou tão talentoso no trabalho como a maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
61.	Não se pode confiar no meu julgamento em situações do dia-a-dia.	1	2	3	4	5	6
62.	Preocupa-me poder perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria.	1	2	3	4	5	6
63.	Sinto frequentemente que é como se os meus pais vivessem através de mim — não tenho uma vida própria.	1	2	3	4	5	6
64.	Sempre deixei que os outros escolhessem por mim; por isso, não sei realmente aquilo que quero para mim.	1	2	3	4	5	6
65.	Tenho sido sempre eu quem ouve os problemas dos outros.	1	2	3	4	5	6
66.	Controlo-me tanto que as pessoas pensam que não tenho sentimentos ou que tenho um coração de pedra.	1	2	3	4	5	6
67.	Sinto sobre mim uma pressão constante para fazer coisas e atingir objectivos.	1	2	3	4	5	6
68.	Sinto que não devia ter que seguir as regras e convenções habituais que as outras pessoas têm que seguir.	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
 2 = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
 3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
 4 = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
 5 = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
 6 = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

69.	Não me consigo obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo quando sei que é para o meu bem.	1	2	3	4	5	6
70.	Quando faço uma intervenção numa reunião ou quando sou apresentado a alguém num grupo, é importante para mim obter reconhecimento e admiração.	1	2	3	4	5	6
71.	Por muito que trabalhe, preocupa-me poder ficar na miséria e perder quase tudo o que possuo.	1	2	3	4	5	6
72.	Não interessa porque é que cometi um erro; quando faço algo errado, há que pagar as consequências.	1	2	3	4	5	6
73.	Não tenho tido uma pessoa forte ou sensata para me dar bons conselhos e me dizer o que fazer quando não tenho a certeza da atitude que devo tomar.	1	2	3	4	5	6
74.	Por vezes, a preocupação que tenho com o facto de as pessoas me poderem deixar é tão grande, que acabo por as afastar.	1	2	3	4	5	6
75.	Estou habitualmente à procura de segundas intenções ou do verdadeiro motivo por detrás do comportamento dos outros.	1	2	3	4	5	6
76.	Em grupo, sinto sempre que estou de fora.	1	2	3	4	5	6
77.	Sou demasiado inaceitável para me poder mostrar tal como sou às outras pessoas ou para deixar que me conheçam bem.	1	2	3	4	5	6
78.	No que diz respeito ao trabalho (ou à escola) não sou tão inteligente como a maior parte das pessoas.	1	2	3	4	5	6
79.	Não tenho confiança nas minhas capacidades para resolver problemas que surjam no dia-a-dia.	1	2	3	4	5	6
80.	Preocupa-me poder estar a desenvolver uma doença grave, ainda que não tenha sido diagnosticado nada de grave pelo médico.	1	2	3	4	5	6
81.	Sinto frequentemente que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou companheiro.	1	2	3	4	5	6
82.	Tenho imenso trabalho para conseguir que os meus sentimentos sejam tidos em consideração e os meus direitos sejam respeitados.	1	2	3	4	5	6
83.	As outras pessoas consideram que faço muito pelos outros e não faço o suficiente por mim.	1	2	3	4	5	6
84.	As pessoas acham que tenho dificuldade em exprimir o que sinto.	1	2	3	4	5	6
85.	Não posso descuidar as minhas obrigações de forma leviana, nem desculpar-me pelos meus erros.	1	2	3	4	5	6
86.	Sinto que o que tenho para oferecer tem mais valor do que aquilo que os outros têm para dar.	1	2	3	4	5	6
87.	Raramente tenho sido capaz de levar as minhas decisões até ao fim.	1	2	3	4	5	6
88.	Receber muitos elogios dos outros faz-me sentir uma pessoa que tem valor.	1	2	3	4	5	6
89.	Preocupa-me que uma decisão errada possa provocar uma catástrofe.	1	2	3	4	5	6
90.	Sou uma pessoa má que merece ser castigada.	1	2	3	4	5	6

© 2005 Jeffrey Young, Ph. D. Special thanks to Gary Brown, Ph.D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, Ph.D., and the many other therapists and researchers who contributed items and feedback in the development of the YSQ. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 36 West 44th St., Ste. 1007, New York, NY 10036.

Anexo IX

Registro de pensamentos negativos Caso Clínico J.R.

Situação	Ausiedade (%)	Pensamentos	Comportamento
Contina	70%	estão todos a olhar pra mim	me comer sobre pressão
Casa	80%	tento de me acalmar	arrancar o cabelo
Sala de aula	85%	estão todos a olhar pra mim	meve os olhos
Contina	90%	estão todos a olhar pra mim	Comeríamos a liemer de esta mesa
Sala de aula	85%	estão todos a olhar pra mim	mevosiome
Casa	90%	a stara fazer me perguntas	mevosiome
Contina (semir na contina)	95%	Cozinhar a tempo horas	mevosiome
Sala de aula	80%	Servir na estão com todos a olhar pra mim	mevosiome, ansiedade,
		estão todos a olhar pra mim!	mexer no rosto, mevosiome

Situação	Ausiedade (%)	Pensamentos	Comportamento
Na contina	85%	"Estão todos a olhar pra mim"	ansiedade
Na Capleira Na Contina	85%	"Está tudo a olhar pra mim"	mevosiome, ansiedade
Na sala	75%	"Está tudo a olhar pra mim a stara fazer me perguntas"	mevosiome ansiedade
em casa (a cozinhar)	76%	"Está tudo a cozinhar mal"	ansiedade
No autocarro (sentada) e vinha muita gente de pé	85%	"Está tudo a olhar pra mim"	ansiedade, mevosiome

Situação	Aniedade (%)	Pensamento	Comportamento
na escola	78%	Estão todos a olhar para mim	ansiedade
na sala de aula	65%	"..."	nervosismo, ansiedade
na cantina	76%	"..."	ansiedade
na cozinha	77%	"..."	ansiedade
na escola	80%	"..."	ansiedade
na cantina	85%	"..."	ansiedade, nervosismo
na escola	72%	"..."	ansiedade, nervosismo
na biblioteca	73%	"..."	ansiedade
na sala de aula	74%	"..."	ansiedade
na sala de aula	75%	"..."	ansiedade
na escola	76%	"..."	ansiedade
na escola	77%	"..."	ansiedade
na cantina	83%	"..."	ansiedade

Situação	Aniedade (%)	Pensamento	Comportamento
na escola	75%	Estão todos a olhar para mim	ansiedade, nervosismo
na escola (física)	75%	Estão todos a olhar para mim	ansiedade, nervosismo
em casa (estudar para testes)	80%	Será que não me vou esquecer de nada	nervosismo, sonunhas
na escola (em aula de cozinha)	85%	Agora pedir-me para fazer algo	ansiedade, nervosismo
na escola (em aulas de física)	80%	Agora estou a fazer avaliações e a olhar para mim	ansiedade, nervosismo
na cantina (a almoçar)	85%	Está tudo a olhar para mim	ansiedade, nervosismo
na cantina (a almoçar na 2ª mesa)	87%	Estão todos a olhar para mim	falta de apetite, ansiedade, nervosismo
na escola (no laboratório)	85%	Estão todos a olhar para mim	ansiedade, nervosismo
na escola (na biblioteca)	86%	Estão todos a olhar para mim	ansiedade, começar a mexer no resto

Situação	Ansiiedade (%)	Pensamento	Comportamento
na escola (na tarefa)	65%	Estão todos a olhar Pra mim	nervosismo, ansiedade
na escola (na sala de aula)	75%	Estão todos a olhar Pra mim	nervosismo, ansie- dade
em Braga (na taberna Belga)	75%	Estão todos a olhar pra mim	nervosismo, ansie- dade
em Braga (no Braga Shopping)	76%	Estão todos a olhar pra mim	nervosismo, ansie- dade
em Cabezeiras de Basto (no 1º dia de estágio)	82%	Será que vai correr bem? Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo
em Cabezeiras de Basto (no 4º dia - Sexta- feira)	87%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo, batimento cardíaco acelerado

Situação	Ansiiedade (%)	Pensamento	Comportamento
no estágio	75%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo
quando sai com a minha irmã	65%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo
no estágio	60%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo
no estágio	65%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo
no estágio	85%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo
no estágio	65%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo
no estágio	70%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo
no estágio	75%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo
no estágio	77%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade, ner- vosismo

Situaçoes	Ansiiedade (%)	Pensamento	Comportamento
no estagio	50%	* Estão todos a olhar pra mim	ansiedade
no estagio	60%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade
no estagio	75%	Estão todos a olhar pra mim	ansiedade
no estagio	80%	"..."	ansiedade
no autocarro	55%	"..."	ansiedade
no estagio	65%	"..."	ansiedade
no autocarro	75%	"..."	ansiedade
no estagio	60%	"..."	ansiedade
no estagio	65%	"..."	ansiedade
no estagio	70%	"..."	ansiedade, ou nervosismo
no estagio	74%	"..."	ansiedade
no outra	85%	"..."	ansiedade,

Anexo X

Apresentação *power point* – Ansiedade

ANSIEDADE



O QUE É?

- A **ansiedade** é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por **tensão ou desconforto** derivado da antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.
- A **ansiedade e o medo** passam a ser reconhecidos como patológicos quando são **exagerados**, desproporcionais em relação ao estímulo e interferem com a **qualidade de vida, o conforto emocional** ou o **desempenho diário do indivíduo**.

SINTOMAS



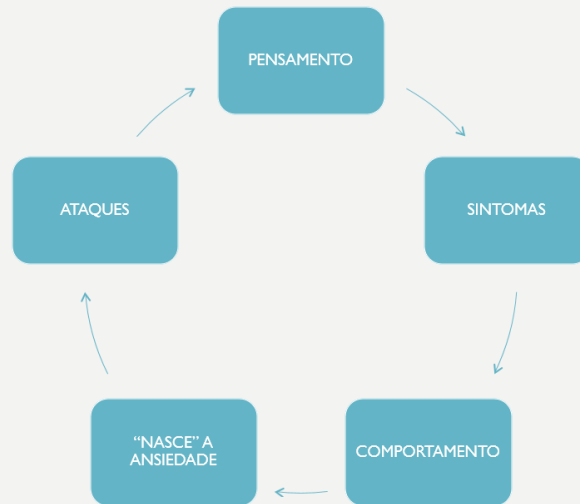
DISTORÇÕES COGNITIVAS

- **Pensamentos de tudo ou nada:** olha para as coisas e pensa de forma categórica e absolutista, como se as coisas tivessem de ser preto ou branco, sem meio termo. “Se eu ficar aquém da perfeição, eu sou um fracasso total”.
- **Hipergeneralização:** faz generalizações a partir de uma única experiência negativa, esperando que ela se mantenha sempre verdadeira. “Eu não vou ser contratado para o trabalho; Eu nunca vou conseguir um emprego”. O filtro mental focaliza apenas os aspectos negativos, enquanto omite todos os aspectos positivos.
- **Desvalorização do que é positivo:** não dá atenção às coisas boas que lhe acontecem. “Eu estive bem na apresentação, mas isso foi apenas pura sorte.”

DISTORÇÕES COGNITIVAS

- **Pensamentos catastróficos:** espera o pior cenário possível de acontecer. “O piloto disse que estamos num buraco de turbulência. O avião vai cair!”.
- **Rotulagem:** rotular-se com base em erros e deficiências percebidas. “Eu sou um fracasso, um idiota, um perdedor”.
- **Personalização:** assume a responsabilidade por coisas que estão fora do seu controle. “O meu filho teve um acidente, a culpa é minha. Devia ter avisado para ele conduzir com cuidado quando chove”.

CICLO VICIOSO DA ANSIEDADE



ESTRATÉGIAS



Anexo XI

Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson com imagético
lugar seguro

Treino de relaxamento para 7 grupos musculares

“A fim de conseguir relaxar-se tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído. Feche os seus olhos, apoie-se bem na cadeira. Imagine que a sua cabeça é um pião cujo bico se apoia numa base chamada pescoço. Rode-a muito lentamente de forma a descontrair os músculos do pescoço. Não a deixe inclinada nem para a frente, nem para trás, nem para o lado esquerdo, nem para o lado direito. Deixe-a estar ao centro, de modo descontraído. Apoie os membros superiores nos braços da cadeira. Desloque os pés mais para a frente ou mais para trás, consoante a posição que for mais confortável para si. Contudo, estes devem ficar posicionados para que as plantas dos pés fiquem semi-voltadas uma para a outra. Quando eu der as instruções de relaxamento, deve repeti-las mentalmente para si.”

1 – Braço dominante

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos do seu bíceps, braço e mão dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45 graus e fechando o punho.

AGORA....

Sinta a tensão na mão, braço e bíceps.

(manter a contracção durante 15 segundos).

RELAXE....

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento...

Focalize as sensações nestes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados....

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

2 – Braço não dominante

(O mesmo que para o braço dominante).

3 – Face

Vamos passar agora para todos os músculos do seu rosto. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás.

AGORA....

Sinta a tensão através de toda a área facial....

Repare como esta é desagradável...

(manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair..

Repare no que se passa, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados...

(manter durante 30-40 segundos).

4 – Pescoço e garganta

Vamos focar agora a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito mas sem deixar tocar no peito.

AGORA....

Aprecie a tensão nesses músculos.

RELAXE....

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais e mais relaxados...

(manter durante 30-40 segundos)

A fim de descontrair os músculos do pescoço tente rodar agora muito lentamente a sua cabeça, de maneira a notar que todos os músculos do pescoço se vão gradualmente descontraindo. Faça-o muito lentamente para um lado e para o outro. Sem pressa! Note o seu pescoço a descontrair progressivamente! Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.”

5 – Peito, ombros, parte superior das costas e abdómen

Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdómen. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem no fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas uma de encontro à outra, enquanto que, ao mesmo tempo, faz o estômago duro.

AGORA...

Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e abdómen.

(manter durante 15 segundos)

RELAXE....

Descontraia-se...

Repare como esses músculos estão agora comparando com anteriormente. Sinta a diferença de sensações à medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a.

(manter durante 30-40 segundos)

“A fim de descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que a ar chegue bem abaixo dos pulmões, de forma a levantar o seu abdómen. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

6 – Perna dominante

Vamos passar agora para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna dominante, levantando ligeiramente a perna da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés e vira o pé para dentro.

AGORA...

Sinta a tensão através da sua perna...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair...

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais profundamente relaxados....

(manter durante 30-40 segundos)

7 – Perna não dominante

(O mesmo que para o lado dominante)

Conclusão:

“Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído.”

“Vá dizendo para si mesmo: “a minha testa está completamente descontraída.... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados”. Se porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele diretamente e diga-lhe: “Deixa-te descontrair..... abandona-te”.

“Continue a respirar sempre lenta e profundamente. Encha devagar todo o seu tórax e expire lentamente. Diga para si mesmo: “Sinto-me completamente descontraído/a relaxado/a”.

Prossiga a falar consigo: “O meu abdómen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos”. Se encontrou algum músculo contraído respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo e descontraia.

Neste momento, que já aprendeu a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais. Concentre-se num lugar seguro, especial, que lhe transmita paz, tranquilidade, boa disposição. Neste lugar consegue respirar mais fundo, pensar de forma mais clara... Observe as cores, os cheiros, os sons... Este é o seu lugar seguro, especial. Aí consegue libertar a tensão, enfrentar problemas, aceitar desafios. Estes desafios são provas para nos testar mas com esperança e força de vontade consegue ultrapassá-las. Voltaremos a este lugar especial sempre que for necessário. Despedimo-nos deste lugar e voltamos para a sala.

“OK. Agora já relaxamos os músculos dos braços e mãos. Deixe que eles continuem a relaxar...

Relaxamos os músculos da face e do pescoço... Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados... Relaxamos os músculos do peito, os ombros, a parte superior das costas, o abdómen... Permita que esses músculos se tornem, agora, ainda mais profundamente relaxados....

Agora vou começar a contar, de trás para a frente, de “4” até “1”. Quando eu disser “4” comece a mexer as pernas e pés... Quando eu disser “3”, pode mexer os braços e as mãos... Quando eu disser “2”, a face e o pescoço... Quando eu disser “1”, abra os olhos.

Anexo XII

Protocolo - imagético criança interior

Cuidando da sua Criança Interior

Imagine-se sentada numa cadeira de balouço e estando muito confortável. Sinta-se a si próprio balançar-se facilmente de trás para a frente. À medida que continua a balançar-se, pode achar-se a si próprio a começar a flutuar ... flutuando mais e mais. Balançando-se de trás para a frente, pode achar-se a si próprio a ser levado, suavemente, para trás no tempo. Balançando-se suavemente e flutuando ... lentamente voltando atrás no tempo. Ano após ano, pode imaginar-se a si próprio a ficar mais e mais jovem. Os anos estão a passar ... voltando atrás aos anos 80 ... voltando atrás aos anos 70 ... recuando suavemente ... sentindo-se mais e mais jovem. Recuando muitos anos. Voltando atrás a uma altura onde era, se calhar, muito novo. Está a imaginar, agora, que consegue ver a pequena criança que foi há muito tempo atrás. Daqui a pouco pode imaginar ver-se a si próprio como uma criança pequena. Provavelmente, consegue vê-la agora. Como é que ela é? Como é que está vestida? Que idade tem ela? Está dentro ou fora de casa? Consegue distinguir o que ela está a fazer? Se calhar, consegue ver o seu rosto e, se observar cuidadosamente, pode ver a expressão nos seus olhos. Pode dizer como é que esta criança se está a sentir neste momento? (Pausa) À medida que a vai observando, consegue lembrar o que falta na vida dela? Há alguma coisa que a impede de ser completamente feliz? (Pausa) Se existiu alguém ou alguma coisa que a impediu de ser completamente feliz e despreocupada, provavelmente, consegue imaginar o seu pai ou a sua mãe ou quem quer que gostaria que estivesse à sua frente, neste momento. (Pausa) O que é que a sua criança sente relativamente ao pai, mãe ou quem quer que esteja à sua frente neste momento? ... Há alguma coisa que a sua criança gostaria de dizer a essa pessoa, neste momento? Se sim, esteja à-vontade para prosseguir e dizer isso, neste momento ... pode avançar e dizer isso. (Pausa) Se a sua criança está a sentir-se assustada ou confusa quanto ao que tem a dizer, imagine o seu ^{mentalmente} self adulto, presente, a entrar, neste momento, em cena, aumenta e coloca-se ao lado da sua criança, falando alto, para quem quer que lá se encontre, em nome da sua criança. O seu ^{eu} self adulto pode dizer o que quiser. Diga aos seus pais - ou a quem quer que lá se encontre - o que quer que seja que queira dizer ... o que nunca foi expresso. (Pausa de 30 segundos ou mais) Se quiser, pode completar a frase "Como é que acha que (isto) me faz sentir (isto) ..." (Pausa

de 20 segundos ou mais) Ou pode completar a frase “Eu desejava que tivesse ...” (Pausa de 20 segundos ou mais) Diga aos seus pais ou a quem quer que lá esteja, qualquer coisa que desejasse que eles tivessem feito, mas que não fizeram. ^{Ainda é realmente,} Quando falar, fale alto e de forma clara (“alto e bom som”), por forma a assegurar-se que quem quer que lá esteja realmente o ouve (Pausa de 20 segundos ou mais) A pessoa que está à sua frente tem alguma resposta? (Pausa de 20 segundos ou mais) Se sim, pode responder ao que ela diz. Se não, pode, apenas, terminar o que necessita de dizer. (Pausa) Quando tiver terminado de falar, pode dizer a quem quer que lá se encontre, para ou se ir embora e o deixar só ... ou para se ir embora, por um momento, até que esteja pronto a falar novamente ... ou, então, ficar ... e vai aceitá-los como eles são e dar-lhes um abraço. (Pausa)

Agora recue e veja o seu ^{eu} self adulto, actual, próximo da sua criança. (Pausa) Se estiver com vontade, segure-a, já, nos seus braços e acarinhe-a. Coloque os seus braços à sua volta, e diga-lhe que está tudo bem. Diga-lhe que sabe como ela se está a sentir. Diga-lhe que compreende. Está aqui e vai ajudá-la e vai amá-la muito. (Pausa) Se pudesse dar uma cor ao amor que sente, que cor viria à sua mente? (Pausa) Envolve a sua criança com uma luz dessa cor e deixe-a sentir a paz de estar nos seus braços. (Pausa) Diga-lhe que é formidável ... que adora a forma como ela anda, fala, ri ... e faz tudo. Diga-lhe que se importa e que ela é preciosa ... (Pausa de 30 segundos ou mais)

↙ Opcional: Agora, sente a criança no seu colo e fale para ela. Ela é inteligente, e se alguém lhe explicar as coisas, ela vai perceber. Diga-lhe que, por causa dos problemas que a mãe e o pai tiveram na sua própria infância, não puderam cuidar dela e amá-la do modo que merecia ser amada. Não era porque eles não quissem amá-la ... foi por causa das suas próprias dificuldades que eles não puderam amá-la do modo que ela queria. Esta criança pequenina apenas precisa de alguém que lhe explique ... ninguém nunca lhe explicou acerca dos problemas que os seus pais tiveram quando estavam a crescer. (Pausa) Será que a sua criança pequena pode entender que, por causa dos seus problemas, a mãe e o pai foram incapazes de amar ou tomar conta dela da forma que ela verdadeiramente merecia? Está a sua criança pronta a perdoar a mãe e o pai pelo que aconteceu? (Pausa) Se ela ainda não está pronta, neste momento, provavelmente estará pronta mas tarde. Se ela está pronta agora, avance e imagine a mãe e o pai à sua frente. (Pausa) Agora, diga, da forma que desejar, que lhes perdoa. Está

pronta a perdoar-lhes pelos seus defeitos, porque sabe que os seus próprios problemas impediram de se tornar os melhores pais que poderiam ter sido. Avance e perdoe-lhes agora ... (Pausa de 30 segundos ou mais).

(Dê a si próprio instruções para despertar)

Escreva uma Carta à sua Criança Interior

Fotografias

Actividades da Vida Real

3.Reavaliando os Sentimentos Negativos como Necessidades Positivas da sua Criança Interior

“Qual é a necessidade por detrás deste sentimento?

☒ De que é que a minha criança interna precisa neste momento?”.

☒ Tempo para dar à sua criança interna a atenção, cuidado, ou o sustento de que ela ou ele necessita, e ficará surpreendido o como se vai sentir muito melhor.

Aprender a voltar a perceber os sentimentos negativos como apelos de atenção da sua criança interior, irá transformar a sua vida e contribuir, grandemente, para a sua auto-estima. Isto é que significa “tornar-se um bom pai para si próprio”.

Exemplos de Apelos Disfarçados de Ajuda da sua Criança Interior

Acaba de chegar a casa cansada, após um dia de árduo trabalho. Vê-se ao espelho da casa-de-banho e não gosta da sua imagem.

o que é que ela quer naquele momento.

banheira de água quente borbulhante.

brinquedos na banheira

Anexo XIII

Lista de qualidades Caso Clínico J.R.

Lista de qualidades

7 qualidades

ser simpática

ser humilde

ser sincera

ser gentil

7 episódios/situações que ficou orgulhosa

quando cozinho e sai bem

quando faço algo bem

quando faço algo pelos outros

quando vejo os outros felizes

quando tenho boa nota a cozinha

quando sei que tenho valor

quando estou com os meus sobrinhos

7 desejos

ser feliz

ter um trabalho

ter a minha própria casa

ter a minha família

ter sucesso

ter saúde

ter uma vida própria

tirar a carta