



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Joana Maria Cardoso Dias

Nº20988

Gandra, 2018



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

Joana Maria Cardoso Dias

Nº20988

Estágio realizado no Centro Hospitalar
Orientação: Doutora C.V
Supervisão: Professora Doutora Alexandra Serra

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Joana Maria Cardoso Dias, 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 um 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

Agradeço à Doutora C.V pela sua orientação, apoio e disponibilidade ao longo do estágio, e acima de tudo pela transmissão de conhecimentos que foram fundamentais para o bom desempenho da prática profissional. Muito obrigada!

À Professora Doutora Alexandra Serra pela sua supervisão atenta e cuidada, pela disponibilidade imediata, pelos seus sábios conselhos e conforto nos momentos de maior angústia e insegurança.

A todos os profissionais do Centro Hospitalar, por toda a disponibilidade, acolhimento, e carinho. Em especial, ao Doutr C.A, pela sua disponibilidade, boa energia e transmissão de conhecimentos; ao Doutor J.S , pela sua boa disposição, motivação, carinho e transmissão de conhecimentos e experiências; e a todos os pacientes, com quem aprendi muito a nível pessoal e profissional, agradeço o facto de me permitirem desenvolver algumas competências profissionais. Muito obrigada!

Agradeço à minha família por todo o carinho, encorajamento, apoio e dedicação que transmitiram ao longo de todo o meu percurso. Em especial, aos meus queridos pais, pela oportunidade que me proporcionaram em terminar o curso e por todo o investimento feito neste.

À minha amiga e companheira de estágio Magda Oliveira, agradeço o apoio incondicional nos momentos mais difíceis, a partilha de conhecimentos e cooperação e colaboração ao longo de todo o estágio.

Obrigado aos colegas de curso Sílvia Silva e Pedro Seixas, pela partilha de alegrias, angústias e conhecimentos ao longo de todo o meu percurso.

Finalmente, ao meu companheiro Ivan, por todo o apoio e compressão.

Um muito obrigado a todos aqueles que me motivaram e apoiaram durante este percurso. Obrigado.

Lista de Abreviaturas e Siglas

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

GEC – Grupo de Estimulação Cognitiva

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

TCC- Terapia cognitivo-comportamental

ACER- Avaliação cognitiva de Addenbrooke

BVRT-Teste de retenção visual de Benton

MMPI- Inventário multifásico de personalidade de Minnesota

SCL-90- Symptom checklist-90

YSQ-S3- Questionário de Esquemas de Young

Índice

Introdução	1
I. Caracterização da Instituição	2
Caraterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)	2
Caraterização da População-alvo.....	2
Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar	3
II. Descrição das Principais Atividades do Estágio	4
Reuniões de Orientação e Supervisão	4
Observação da Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	6
Observação de Grupos Terapêuticos	8
Dinamização do Grupo de Estimulação Cognitiva.....	10
Realização de Consulta Psicológica Individual.....	15
Estudo de caso	18
Reflexões finais	47
Conclusão	49
Referências bibliográficas	51
ANEXO I	63
Quadro síntese das sessões- Grupo de Apoio aos doentes Depressivos	63
ANEXO II	65
Quadro Síntese das Sessões -Grupo de Estimulação Cognitiva	65
ANEXO III	68
Relatório do caso clinico	68
ANEXO IV	76
Protocolo- Symptom Checklist-90 (SLC-90)	76

ANEXO V	81
Protocolo- Inventário multifásico da personalidade de Minnesota (M.M.P.I)	81
ANEXO VI	93
Protocolo e folha de cotação- Questionário de Esquemas de Young.....	93
(YQS-S3)	93
ANEXO VII	100
Registo de Atividades Distrativas e Prazerosas- Caso clinico	100
ANEXO VIII	102
Protocolo-Relaxamento Muscular e Pogressivo de Jacobson	102
ANEXO IX	110
Protocolo-Relaxamento Respiratório Diafragmático	110
ANEXO X	112
Folha de Registo de Auto-Monitorização- Caso clinico	112
ANEXO XI	114
Protocolo- Treino do Controlo dos Comportamentos Impulsivos- Caso clínico.....	114
ANEXO XII	116
Registo para tarefa de casa - Treino dos comportamentos Impulsivos- Caso clínico ..	116
ANEXO XIII	118
Registo para tarefa de casa - Treino de Assertividade- Caso clínico	118
ANEXO XIV	120
Protocolo Terapêutico – Guia de Estratégias para trabalhar os esquemas.....	120
ANEXO XV	131
Registo das crenças nucleares- Caso clínico	131
ANEXO XVI	133
Protocolo- Pograma de prevenção de recaída.....	133
.....	134

ANEXO XVII	140
Exemplos de Atividades realizadas - Grupo estimulação Cognitiva	140
ANEXO XVIII	149
Apresentação Power Point- Grupo estimulação (sessão 3)	149
ANEXO XIX	155
Apresentação Power Point- Grupo estimulação (sessão 7)	155
ANEXO XX	160
Apresentação Power Point- Grupo estimulação (sessão 8)	160
ANEXO XXI	165
Exemplos de trabalhos de casa - Grupo estimulação Cognitiva.....	165

Índice de tabelas

Tabela 1. <i>Casos clínicos</i>	16
---------------------------------------	----

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciência da Saúde, na CESPU.

O estágio curricular é a etapa de formação académica mais aguardada, uma vez que, é nesta fase que existe um contacto direto com a realidade e onde todos os conhecimentos previamente adquiridos ao longo do percurso académico são consolidados, aprofundados e colocados na prática clínica. Efetivamente, o estágio proporciona bases fundamentais para o bom desempenho do exercício profissional no futuro.

O estágio foi realizado num centro hospitalar, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental sob a orientação da orientadora e supervisora de estágio. Este teve início no dia 10 de Outubro de 2016 e prolongou-se até dia 10 de Julho, ultrapassando as 420 horas exigidas, de modo a possibilitar a finalização dos grupos terapêuticos em curso e o acompanhamento contínuo de alguns casos clínicos. Relativamente aos dias de estágio, ficou definido serem às segundas-feiras, terças-feiras e quintas-feiras, das 9:30h às 16:30h, correspondendo assim a um total de 21 horas semanais. Contudo, com possibilidade de existirem alterações de acordo com a calendarização das diferentes atividades realizadas.

O presente relatório contém dois capítulos, que se apresentam estruturados da seguinte forma: uma primeira parte dedicada a uma breve introdução à caracterização da Instituição e do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, abarcando as principais contribuições da psicologia no contexto hospitalar. E uma segunda parte dedicada às atividades desenvolvidas ao longo do estágio, nomeadamente a descrição detalhada de um caso clínico. No final, é apresentada uma reflexão acerca das experiências e aprendizagens ao longo de todo o processo de estágio, e posteriormente, elaborada uma conclusão com a sintetização dos resultados obtidos face aos objetivos inicialmente propostos.

I. Caracterização da Instituição

O estágio foi realizado num centro hospitalar, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), sendo este dotado das mais avançadas tecnologias e diz respeito à concretização de um novo modelo hospitalar centrado no doente: o hospital de proximidade. Tem como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde à população da sua área demográfica de influência, contudo, sem prejuízo do direito de livre preferência dos doentes originários de outras áreas geográficas. Este desenvolve funções de assistência e de ensino pré e pós-graduado, estimulando a investigação e o desenvolvimento científico, em articulação com os centros de saúde e os demais hospitais integrados no sistema nacional de Saúde. Compete, ainda, ao centro hospitalar, desenvolver ações de investigação, formação e ensino, em benefício dos seus profissionais, em cooperação com as diversas instituições de ensino, outros hospitais e instituições de saúde.

Caraterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)

Relativamente ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), este tem como atividade principal a prestação de serviços à comunidade, dispondo de uma unidade de Internamento (Hospital de Dia), que pretende reduzir a necessidade do internamento e melhorar a qualidade de vida do paciente e dos seus familiares, e Consultas Externas.

Esta unidade encontra-se em funcionamento 12 horas por dia, durante todo o ano, à exceção dos fins-de-semana e feriados, das 8h00 às 20h00. Está situada no piso 0, e é composta por 12 gabinetes, sendo eles distribuídos pelos vários serviços, nomeadamente: psicologia, psiquiatria, pedopsiquiatria, enfermagem, sala de grupos terapêuticos, e ainda o Hospital de Dia. É formada por uma equipa multidisciplinar, constituída por dois psicólogos, cinco psiquiatras, dois pedopsiquiatras e três enfermeiras.

A referenciação dos pacientes para a especialidade de Psicologia é feita através do encaminhamento pela Medicina Familiar, Psiquiatria ou Pedopsiquiatria e de outras especialidades. O papel do psicólogo está direcionado para acompanhamentos individuais e/ou grupal e avaliações psicológicas e neuropsicológicas.

Caraterização da População-alvo

A população-alvo do DPSM compreende indivíduos de diferentes faixas etárias (crianças-adolescentes-adultos-idosos), sendo predominantemente do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e baixo estatuto socioeconómico. Na generalidade dos casos, os motivos dos respetivos encaminhamentos para Psiquiatria, e, posteriormente para Psicologia dizem respeito sobretudo à presença de perturbações depressivas e perturbações de ansiedade.

Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

A Psicologia Hospitalar é caracterizada como o campo de tratamento dos aspetos psicológicos em torno do adoecimento, visando a minimização do sofrimento emocional provocado pela hospitalização (Simonetti, 2006).

Angerami-Camon e Nicoletti referem que a psicologia no hospital ou a psicologia hospitalar tem a sua base teórica assente na psicologia clínica (1996). Também Lazzaretti, Oliveira e Guimarães (2007) mencionam que a psicologia hospitalar é como um desdobramento da psicologia clínica na instituição hospitalar. A interpretação destes autores vai de encontro a diversos outros que afirmam que a psicologia clínica serve de suporte ao trabalho desenvolvido em contexto hospitalar. Assim sendo, a psicologia clínica é uma área de atuação da psicologia que tem como objetivo o estudo das perturbações mentais e suas manifestações psíquicas, e que é suportada pela avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento do sofrimento psíquico do indivíduo (Brito, 2008).

O papel do psicólogo visa simultaneamente a prevenção, promoção e manutenção da saúde física e mental da pessoa, bem como, a avaliação e tratamento das diferentes patologias mentais e físicas que o indivíduo apresenta, através da aplicação de métodos e conhecimentos práticos de Psicologia (Leal & Ribeiro, 1996). Deste modo, o psicólogo tem um papel importante no desenvolvimento de estratégias ligadas à promoção de saúde e prevenção, assim como, na exploração de relações complexas entre os fatores biológicos e psicológicos (Young & Vitaliano, 2007). Todavia, é importante salientar que a prática clínica pode variar consoante as conceções teóricas do psicólogo, as populações onde este atua, a grelha de leitura da realidade, e ainda, consoante os locais de trabalho (Brito, 2003).

No contexto hospitalar, a integração do psicólogo em equipas multidisciplinares é fundamental, uma vez que este intervém essencialmente no fornecimento de conhecimentos

e técnicas especializadas capazes de enriquecer e complementar a ação da equipa na elaboração de diagnósticos e no planeamento de intervenções (Chiatone & Sebastiane, 1991).

Assim sendo, o DPSM é constituído por uma equipa multidisciplinar onde os vários profissionais com competências complementares unem-se por um objetivo comum de contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida do paciente.

O papel do Psicólogo, passa pela promoção, prevenção e manutenção da saúde mental e física dos pacientes, através da avaliação, elaboração do psicodiagnóstico, intervenção psicológica e psicoterapia individual e/ou grupal direcionada para as necessidades individuais de cada paciente, considerando ainda a sua faixa etária. Deste modo, quando se intervêm em crianças e adolescentes a abordagem terapêutica é maioritariamente individual, no entanto existe a possibilidade de uma intervenção grupal, sobretudo quando apresentam perturbações de ansiedade (e.g. Grupo Terapêutico de Relaxamento). No caso dos adultos, a intervenção individual é para os casos clínicos que se consideram prioritários, sendo que a maioria dos pacientes beneficia de intervenção grupal, permitindo assim maior regularidade de acompanhamento e partilha de experiências e de vivências comuns (e.g. Grupo Terapêutico Depressivos, Grupo de Luto, Grupo de Relaxamento, Grupo Terapêutico de Competências). Por último, no caso dos idosos (+ de 60 anos), além das intervenções individuais, o papel da psicologia têm vindo a ser essencialmente para realizações de avaliações neuropsicológicas para despiste de eventuais quadros demenciais em instalação, possibilitando aos pacientes uma intervenção grupal específica (e.g. Grupo Terapêutico de Estimulação Cognitiva [GEC]).

II. Descrição das Principais Atividades do Estágio

Reuniões de Orientação e Supervisão

O início do estágio curricular foi pautado por um período de observação de consultas e avaliações, sendo possível no final de cada consulta debater a(s) problemática(s) de cada caso clínico, fazer apreciações acerca do mesmo, e levantar questões. Com a aproximação da fase mais autónoma, houve a necessidade de agendar horários para reuniões com a orientadora. Estas realizavam-se todas as semanas, nos dias referentes aos do estágio, geralmente antes de cada consulta iniciar.

As reuniões tiveram como principal objetivo o debate prévio dos pedidos clínicos efetuados pela psiquiatria; receber orientações e diretrizes acerca dos procedimentos a seguir (registos clínicos, declarações de altas, instrumentos de avaliação, elaboração de relatórios e acompanhamentos psicológicos individuais), fornecimento de material bibliográfico, levantamento de questões e dúvidas pertinentes, e ainda proceder ao agendamento de consultas.

Relativamente às reuniões de supervisão de estágio, estas iniciaram-se no mês de Outubro, sob coordenação da Professora Doutora Alexandra Serra, nas instalações do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Realizavam-se quinzenalmente, geralmente às quintas-feiras pelas 18:30h, estando, contudo, sujeitas a alterações consoante a disponibilidade da supervisora e estagiária. Inicialmente tiveram como principal intuito debater quais os principais objetivos do estágio curricular, as atividades propostas para o aluno e esclarecimento de questões e dúvidas que surgissem durante o período de observação. Posteriormente, assentaram na partilha de experiências e conhecimentos, orientações, fornecimento de material, debates dos casos clínicos, seleção do estudo de caso, planeamento das sessões, elaboração do relatório de estágio, e, sempre que necessário o esclarecimento de dúvidas. Esta consistiu numa orientação e supervisão regular, atenta e cuidada de todas as atividades desenvolvidas no estágio, tendo como principal finalidade de nos alertar e preparar para o exercício prático da profissão.

Formação Complementar

No decorrer do estágio houve a possibilidade de participação numa formação sobre a intervenção em situações de crise, que demonstrou ser uma mais-valia, uma vez que esta temática ainda era muito desconhecida para mim. Foi uma formação bastante interativa e dinâmica, que possibilitou a partilha de experiências e vivências entre os vários intervenientes. Nesta formação abordaram-se conteúdos como a identificação das situações de crise; articulação com agentes de proteção civil; intervenção psicológica e psicossocial em situações de crise; apoio emocional à vítima e profissionais; gestão do stress pós-traumático em vítimas e do stress e *burnout* nos profissionais.

A atuação do psicólogo nesta área suscitou-me bastante interesse, uma vez que o seu contributo é primordial nas situações de crise. Além disso, é de salientar que tanto os

pogramas de saúde nas instituições públicas ou privadas não se encontram, na maioria das vezes, preparados para lidar e dar respostas atempadamente a estas adversidades, havendo assim uma grande necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde e o próprio serviço nacional de saúde no sentido de investir cada vez mais na formação dos mesmos nesta área.

De forma sucinta, esta formação fez-me compreender que intervir em crise significa introduzir-se de maneira ativa em uma situação vital para o individuo e auxiliá-lo a mobilizar os próprios recursos para superar o problema, recuperando dessa forma o seu equilíbrio emocional.

Observação da Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A observação é um instrumento largamente utilizado nas ciências para a obtenção de informações para diagnosticar uma situação-problema, facilitar a escolha das técnicas/ instrumentos de avaliação, procedimentos a seguir e a avaliação da sua eficácia. (Alves-Mazzotti & Gewandsnajder, 2002; Campos, 2001; Gil, 1999).

A observação desta valência decorreu de Outubro a Dezembro de 2016. Nesta primeira fase foi observado a administração de vários instrumentos psicométricos que constam no protocolo do hospital. Esta etapa proporcionou à estagiária um maior domínio das principais técnicas, métodos e instrumentos de avaliação, incluindo o domínio das condições de aplicação e cotação dos dados, bem como a aquisição de competências como formular hipóteses diagnósticas e comunicar os resultados de forma apropriada.

Este período de observação foi imprescindível para facilitar a seleção do(s) instrumento(s) mais adequados a cada problemática, a adaptação às dificuldades que possam surgir, tanto do profissional como do paciente, e permitir a aprendizagem de estratégias para lidar com situações de recusa e desmotivação perante a situação de avaliação, como se observou principalmente com os idosos.

Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Na totalidade, foram efetuadas 110 sessões de avaliação, sendo maioritariamente avaliações neuropsicológicas, com respetiva cotação, interpretação e elaboração do relatório. No que concerne aos instrumentos disponíveis no serviço, os mais utilizados durante o decorrer do estágio foram: a) Escalas para a avaliação intelectual (*Escala de Inteligência de*

Wechsler [WISC-III, WAIS-III] e o *Teste de Inteligência Não-Verbal* [Toni- 3]); b) Escalas para avaliação da deterioração mental (*Mini Mental State Examination* [MMSE], *Teste do Relógio*, *Teste de Retenção Visual de Benton* [BVRT], *Avaliação Cognitiva de Addenbroke* [ACE-R] e a *Escala de Avaliação Frontal* [FAB]; c) Escalas para avaliação da Personalidade (*Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* [MMPI]); e d) Escalas para avaliação Psicopatológica (*Symptoms Checklist* [SCL-90] e *Inventário de Depressão de Beck* [BDI]).

Apesar desta diversidade, a estagiária propôs a inclusão de outros testes neuropsicológicos que fossem (ainda) mais de encontro às características e problemáticas da população-alvo, ou seja, idosos com baixa escolaridade ou analfabetos que apresentavam sobretudo queixas de índole mnésicas. Concretamente foram inseridas a *Escala de Avaliação da Demência* (DRS-2); a *Escala de Memória de Wechsler* (WMS-III); e o *INECO Frontal screening* (IFS). No entanto, a opção pelo instrumento de avaliação pelo psicólogo nem sempre é facilitado neste contexto, uma vez que o pedido de avaliação é efetuado pela psiquiatria e apresenta-se pouco flexível.

No caso de avaliação de crianças, geralmente, os pedidos são realizados por parte da escola ou dos progenitores e relacionam-se sobretudo com dificuldades escolares. A avaliação psicológica tem como função essencial a compreensão dos sintomas/queixas atuais, considerando os diferentes ambientes ou contextos que está inserida, a dinâmica familiar e relacional, as características do seu desenvolvimento emocional e cognitivo e posteriormente, a respetiva avaliação e intervenção psicológica, justificando muitas vezes a necessidade de intervenções especializadas (articulação de propostas reeducativas com as escolas ou outros técnicos: Terapia da fala, Apoio Pedagógico Especializado, etc). No caso dos adultos, os pedidos são mais diversificados, podendo dizer respeito a situações de cariz jurídico-legal que exigem uma avaliação meticulosa das capacidades cognitivas e emocionais, pedidos de baixa médica e pedidos de reforma antecipada.

Relativamente à terceira idade, os pedidos são normalmente efetuados para a avaliação de potenciais quadros demenciais em instalação. Aquando destas situações, surge muitas vezes a necessidade de avaliar o estado cognitivo e emocional dos cuidadores dos pacientes, uma vez que os estudos realizados neste âmbito demonstram que os cuidadores de pessoas com demência experimentam ao longo da vida mais problemas emocionais,

comportamentais e de deterioração cognitiva (Baumgarten, 1989; Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995).

Observação de Grupos Terapêuticos

Além das observações das intervenções individuais, foi dada a possibilidade da estagiária observar as intervenções em grupo, nomeadamente do Grupo Terapêutico de Depressivos e do Grupo Terapêutico de Competências. Foi realizada com maior regularidade a atividade de observação do Grupo Terapêutico de Depressivos, uma vez que este representa o grupo com mais necessidade de encaminhamentos, havendo sempre dois grupos a ocorrer em simultâneo. Embora se encontrassem a decorrer outros grupos terapêuticos e atividades em funcionamento no hospital (e.g. Grupo de Relaxamento; Grupo de Luto e Unidade de Internamento de dia), não foi possível interagir com os restantes devido à incompatibilidade de horários.

Esta experiência possibilitou a aquisição e aprofundamento de novos conhecimentos, permitiu obter uma noção mais realista acerca da aplicação da abordagem-cognitivo comportamental em grupo, assim como das suas dinâmicas. Além disso, permitiu compreender quais são os conteúdos programáticos propostos nos protocolos para este tipo sintomatologia, e ainda, observar a eficácia de uma intervenção grupal.

Co dinamização do Grupo Terapêutico de Apoio aos Depressivos

Dada a quantidade de pacientes que apresentam sintomatologia depressiva e que consequentemente são orientados para terapia grupal, foi imprescindível a realização simultânea de dois grupos terapêuticos, de modo a conseguir dar uma resposta efetiva a todos os pedidos. Assim sendo, foi feita uma distribuição aleatória e homogénea em dois grupos, cada um composto por 10 elementos (Grupo nº 32 e o Grupo nº 33). Foi-me atribuído o grupo nº 32, que teve início no dia 1 de Novembro de 2016. As sessões realizaram-se quinzenalmente, às terças-feiras das 10h30 às 12h30, sob orientação dos psicólogos do departamento.

A Perturbação depressiva é considerada a perturbação psiquiátrica mais grave na atualidade, estimando-se que cerca de 5 a 9 % da população geral apresente a forma mais grave de depressão- *depressão major* (Angst 1992; Ayuso-Mateos et al.,2001).

A depressão encontra-se associada com substanciais efeitos pessoais, físicos, familiares e económicos (Pyne et al., 1997), tendo várias investigações demonstrado a ligação entre a depressão e os défices na qualidade de vida (Barge-Schaapveld, Nicolson & Berkhof, 1999; McCall, Cohen, Reboussin, & Lawton, 1999; Merino & Perez-Portilla, 2000; Kaplan, 1996). Assumindo a qualidade de vida como um constructo que engloba componentes afetivos, cognitivos, comportamentais e físicos, pode-se afirmar que a depressão se caracteriza por distúrbios em algumas destas áreas, o que poderá explicar a razão da qualidade de vida na depressão ser pior que em algumas perturbações somáticas (Barge-Schaapveld et al., 1999). Malone e seus colaboradores (2000) demonstraram que a ideação suicida está presente em 57 e 78% das pessoas com depressão, havendo maior prevalência no sexo feminino. Além disso, sugere-se que este quadro apresente comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente as perturbações de ansiedade (Shaffer, Levitt, & Russel, 2000), uma vez que muitas pessoas experimentam ambas as condições em simultaneamente. Deste modo, tendo em conta que a depressão apresenta uma elevada prevalência na população psiquiátrica, torna-se primordial que seja realizada uma terapia que atue efetivamente na diminuição dos sintomas do paciente.

A Terapia cognitivo comportamental (TCC) é a psicoterapia mais estudada para o tratamento de qualquer transtorno psicológico (Beck, 2005), tendo-se demonstrado efetiva no tratamento da depressão, seja leve, moderada ou grave (Elkin et al., 1989). Além disso, muitos estudos têm demonstrando que a efetividade da TCC na depressão é tão ou mais robusta do que a farmacoterapia ou outros tipos de intervenções psicológicas, como a terapia interpessoal ou tratamento de apoio (Dobson, 1989).

Assim sendo, o Grupo Terapêutico de Apoio aos Depressivos rege-se por um protocolo terapêutico cognitivo-comportamental para o tratamento da depressão, o que justifica a sua pertinência e a sua elevada taxa de sucesso. Este grupo tem como principal objetivo a melhoria ou tratamento de pacientes deprimidos, diminuindo os sintomas depressivos e os estressores psicossociais e, simultaneamente potenciando recursos pessoais e do funcionamento familiar.

É composto por 12 sessões com conteúdos temáticos estruturados, que podem ser alteradas consoante as características do grupo proposto (consultar anexo 1): (0) Informação sobre a terapia e administração de instrumentos de avaliação (e.g. BDI); (1) apresentação dos

participantes, identificação de problemas e estabelecimento de metas, introdução de alguns conceitos no âmbito da problemática depressiva; (2) reforço de fatores terapêuticos de suporte, informação sobre a perturbação depressiva; (3) estratégias de mudança cognitiva: racional teórico e partilha de experiências pessoais; (4) estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional I; (5) estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional II; (6) estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional emotiva; (7) estratégias emocionais, autoconceito e autoestima; (8) estratégias de mudança comportamental I; (9) estratégias de mudança comportamental II, estratégias de resolução de problemas I; (10) estratégias de resolução de problemas, estratégias de facilitação da comunicação interpessoal I; (11) estratégias de facilitação da comunicação interpessoal II, outros sintomas da depressão a considerar; (12) finalização e prevenção de recaída e avaliação do processo terapêutico.

A minha participação neste grupo baseou-se na observação participativa, sendo-me permitido intervir em todas as atividades propostas para as sessões, apesar de ter tido um papel mais ativo nas sessões de psicoeducação e de relaxamento, fornecendo estratégias mais adaptativas para os participantes conseguirem lidar com as adversidades do dia-a-dia. Por último, mediante aquilo que foi trabalhado e observado durante todo o processo de intervenção, na sessão de encerramento foi possível partilhar a minha perceção sobre a evolução de cada elemento do grupo, salientando os aspetos mais positivos e menos positivos acerca da mudança face à problemática inicial, e ainda, fornecer alguns apontamentos para melhorarias no futuro.

De forma geral verificou-se que a intervenção cognitiva-comportamental em grupo é bastante eficaz, havendo melhorias bastante significativas na generalidade dos casos. Foi proposto alta à maioria dos pacientes, contudo, a uma minoria foi proposto o encaminhamento para outros grupos terapêuticos, visando complementar os ganhos conseguidos.

Dinamização do Grupo de Estimulação Cognitiva

O processo de envelhecimento é um fenómeno mundial, individual e coletivo, que acarreta consideráveis consequências ao nível dos sistemas de saúde públicos (Agree &

Freedman, 2001; Azambuja, 2007). Este processo envolve uma degradação progressiva, atingindo a pessoa a nível biológico, psicológico e social (Fontaine, 2000).

O envelhecimento tem demonstrado sobretudo o seu impacto ao nível das funções cognitivas do indivíduo (Singh-Manoux & Kivimaki, 2010). O declínio cognitivo ligeiro, moderado e grave, assim como a sua progressão para quadros demenciais, é uma consequência de processos fisiológicos do envelhecimento (Burns & Zaudig, 2002; Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima, & Nitrini, 2005; Petersen, 2004). A sua presença compromete a capacidade do indivíduo cuidar de si próprio e de executar tarefas básicas do dia-a-dia, tornando-se assim dependente de terceiros (Abreu, Forlenza, & Barros, 2005; Lima-Costa, Barreto, & Giatti, 2003; Rabelo, 2009).

O elevado número de séniores referenciados para avaliação neuropsicológica devido à provável presença de défices cognitivos ou quadros demenciais em instalação, disputou um maior interesse sobre esta problemática. Embora fossem realizadas consultas semanais pela orientadora de estágio destinadas aos indivíduos com mais de 60 anos, estas restringiam-se somente à confirmação ou não desses diagnósticos, tornando-se urgente conceder uma resposta mais efetiva por parte da psicologia a esta área. Assim sendo, foi proposto por colegas anteriores a abertura de um novo grupo terapêutico, intitulado " Grupo de Estimulação Cognitiva" (GEC) visando fazer face às alterações causadas pelos défices cognitivos.

Efetivamente, são vários os estudos que concluem que a estimulação cognitiva tem consequências positivas no desempenho cognitivo dos idosos (Falkenstein & Sommer, 2006; Hofland, Wills, & Baltes, 1981; Rodrigues, 2006). Segundo Zimerman (2000), o melhor meio para conseguir a diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento é através da estimulação cognitiva. A prevenção do declínio das capacidades cognitivas e funcionais pode ser obtida através da implementação de programas de estimulação, possibilitando ganhos ao nível da funcionalidade global do indivíduo, da sua autoestima e, conseqüentemente, da sua qualidade de vida.

Além disso, a literatura tem demonstrado uma forte associação entre um desempenho cognitivo deficitário e a presença de sintomatologia depressiva (Gonçalves, 2012). Assim sendo, a estimulação cognitiva pode ter efeitos positivos ao nível das

capacidades cognitivas em geral, como também na melhoria dos estados depressivos (Arranz, Remor & Ulla, 2003).

Apesar do programa terapêutico possuir conteúdos já estruturados, foi pedido às estagiárias para o analisarem e melhorarem, procurando incluir novas atividades que fossem mais de encontro às necessidades da população-alvo. Desta forma, foi necessário definir o perfil cognitivo e sociocultural dos potenciais participantes, identificando os principais aspetos preservados e os possíveis défices existentes, no sentido de formar um grupo o mais homogêneo possível.

Foi observado que os pacientes apresentavam défices que se refletiam sobretudo nas suas atividades de vida diária, como cozinhar, planejar rotinas ou perder a orientação aquando conduziam. Estas dificuldades tinham como principal resultado uma grande dependência de terceiros, não justificada pela idade ou pelas alterações cognitivas verificadas. Assim sendo, as principais alterações realizadas pelas estagiárias no programa de intervenção consistiram primordialmente na priorização da intervenção em áreas específicas que, por um lado, potenciassessem a autonomia do paciente (e.g. através do fornecimento de estratégias que permitissem contornar as lacunas de autonomia no seu dia-a-dia) e, por outro, pela inclusão de atividades de estimulação que se aproximassem o mais possível do seu quotidiano e das suas vivências.

Neste contexto, as atividades foram concebidas essencialmente para, naturalmente, estimular os processos de memória, raciocínio, atenção/concentração, orientação espaço-temporal e, ainda, para potenciar a autoeficácia e sentimentos de satisfação. Também se pretendeu incluir atividades mais grupais, de modo a fomentar a interação entre os intervenientes, incentivar o espírito de ajuda e dinamizar as sessões. Além disso, foram fornecidas tarefas de casas em todas as sessões, mediante as áreas de intervenção, de modo a dar continuidade ao trabalho realizado na sessão e fornecer o feedback acerca da evolução de cada elemento.

O Grupo de CEC delineado foi então destinado a pacientes que apresentavam défices cognitivos ligeiros, associados ou não, a quadros depressivos. Os critérios de inclusão pretendiam triar pacientes com défices cognitivos ligeiros, ou seja, que apresentassem algumas capacidades preservadas, para proceder a uma reabilitação de modo a estimular os domínios mais afetados pelo envelhecimento e/ou doenças.

O objetivo geral desta intervenção em grupo consistiu na intervenção ao nível da reabilitação cognitiva através do uso de atividades de estimulação cognitiva, tentando através destes ativar e estimular as capacidades cognitivas. No que concerne aos objetivos específicos, estes consistiram simultaneamente na prevenção da continuidade da deterioração cognitiva e, ainda, na promoção da autoestima, qualidade de vida e do bem-estar dos idosos, incentivando e aumentando a interação pessoal e social, diminuindo desta forma a sintomatologia depressiva associada.

O GEC iniciou-se em Novembro de 2016 e terminou em Março de 2017. A direção do grupo foi assumida pela orientadora, contudo, ficou decidido que as sessões seriam dinamizadas autonomamente pelas estagiárias. O grupo era composto por dez elementos, tendo sido a intervenção estruturada em dez sessões quinzenais que se realizavam às segundas-feiras, das 10h às 12h.

De uma forma resumida é possível verificar que a fase inicial do programa teve uma componente mais psicoeducativa, enquanto a intermédia teve uma componente mais prática, com o desenvolvimento e treino de aprendizagens específicas à estimulação cognitiva. Já a fase final obedeceu a uma lógica de manutenção das aprendizagens e de prevenção de evolução de processos de detioração cognitiva, fomentando a possibilidade de constituição de redes de suporte informal. Cada sessão obedeceu a objetivos específicos (desenvolvidos no Anexo 2) delineados de forma sequencial como: (1) sessão de apresentação, definição de objetivos gerais e específicos, definição de regras de funcionamento e abordagem das problemáticas; (2) psicoeducação, estimulação das relações interpessoais e abordagem das problemáticas individuais; (3) psicoeducação e introdução às atividades de vida diária; (4) identificação e compreensão das áreas cognitivas afetadas e estratégias de compensatórias; (5) memória e estratégias recordatórias; (6) treino cognitivo das capacidades mentais superiores (flexibilidade cognitiva, funcionamento executivo, controlo inibitório e planeamento); (7) psicoeducação e estratégias compensatórias; (8) psicoeducação (9) dinâmica de emoções; e (10) sessão de encerramento.

Para a avaliação do impacto desta intervenção utilizou-se um protocolo adequado aos objetivos do programa, que incluía a *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke - ACE-R* (Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2006; versão experimental portuguesa, Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008); a *Escala de Depressão Geriátrica -GDS* (Yesavage,

Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; versão portuguesa, Veríssimo, 1988) e o *World Health Organization Quality of Life – OLD -WHOWOL-OLD* (Power, Quinn, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 2005; versão portuguesa, Vilar & Simões, 2009). As avaliações tiveram como intuito obter resultados quantitativos acerca da eficácia da intervenção grupal. Todavia, devido à incompatibilidade de horários entre os intervenientes e as estagiárias, só foi possível administrar a avaliação cognitiva de Addenbrooke na sessão de abertura e de encerramento do grupo. Esta avaliação em diferentes tempos, antes e depois da intervenção, permitiu verificar melhorias significativas ao nível dos défices cognitivos de todos os elementos. Os resultados da avaliação neuropsicológica demonstraram que no início da intervenção terapêutica os pacientes apresentavam declínio cognitivo ligeiro, e após a intervenção apresentaram melhorias significativas ao nível do funcionamento global, sendo observado em muitos casos a ausência de défices cognitivos. Ainda foi possível concluir que as alterações mais evidenciadas foram ao nível das capacidades mnésicas, nomeadamente: memória imediata, memória de evocação e memória retrógrada. Numa análise mais qualitativa, também foi possível observar melhorias ao nível da qualidade de vida e bem-estar, que se refletiram sobretudo na melhoria da sintomatologia depressiva.

Os resultados obtidos foram de encontro às expectativas iniciais, sendo importante realçar o papel dos elementos do grupo, que apresentaram de imediato uma boa adesão ao tratamento, demonstrando-se sempre motivados e interessados em colmatar os défices que apresentavam. Foi realizado um trabalho em equipa, sendo assegurado um ambiente de interajuda, empatia, compreensão, partilha de vivência e experiências e a criação de laços afetivos, que foram fundamentais para o bom desempenho de todos os elementos.

Apesar de toda a supervisão dada pela orientadora de estágio, todo este processo decorreu de forma autónoma, exigindo um trabalho árduo e contínuo ao longo do estágio, permitindo assim dar respostas cada vez mais efetivas às necessidades de cada paciente, tornando-o cada vez mais funcional e autónomo. Esta experiência foi muito gratificante, demonstrando ter sido um contributo muito relevante quer para as estagiárias, para o próprio serviço, mas sobretudo para os pacientes.

Observação de Consulta Psicológica

A observação de consultas psicológicas no estágio decorreu de Outubro a Dezembro de 2016. No contexto clínico, a observação baseia-se na observação direta de comportamentos e atitudes do paciente, tendo como intuito a compreensão de si e das suas problemáticas. Esta é focada no indivíduo e em diversas situações, nomeadamente na entrevista clínica, na realização de provas e/ou de testes de avaliação, e na interpretação dos variados contextos em que o indivíduo está inserido (Danna & Matos, 2006).

No primeiro trimestre houve possibilidade de assistir a inúmeras consultas de apoio psicológico, acompanhamentos terapêuticos abrangendo diferentes faixas etárias e administração de instrumentos de avaliação psicológica e neuropsicológica. Durante as consultas, foram anotadas todas as situações observadas. Os dados recolhidos foram discutidos clinicamente em conjunto com a orientadora. Assim sendo, o procedimento desta fase era realizado consoante o contexto em questão e consoante o caso clínico.

A principal finalidade desta fase de observação nas consultas de Psicologia foi a aquisição de um conjunto de conhecimentos e competências necessárias ao bom desempenho da prática clínica. O contacto com diferentes faixas etárias e diversas problemáticas e situações contribuíram para o desenvolvimento de capacidades e da postura a adotar, bem como para uma reflexão sobre o contributo da formação teórica e a integração da mesma na prática exercida.

Realização de Consulta Psicológica Individual

Um dos objetivos primordiais do estágio é o desenvolvimento de um conjunto de competência necessárias e fundamentais para a realização de acompanhamentos individuais de forma autónoma. Esta etapa teve início em meados de Janeiro de 2017, e só foi possível concretizar-se após a fase de observação da prática clínica e das orientações fornecidas pela orientadora e supervisora de estágio.

Ao longo de todo o estágio foram sendo treinadas um conjunto de competências que caracterizam a consulta psicológica individual, nomeadamente, a elaboração de uma anamnese, seleção, aplicação e interpretação dos instrumentos de avaliação, identificação da(s) problemática(s) e elaboração de um plano terapêutico tendo por base o modelo teóricos de referência do serviço.

No total foram contabilizadas 89 consultas de acompanhamento, incluindo psicoterapias de apoio, acompanhamentos psicoterapêuticos breves e alguns acompanhamentos psicoterapêuticos estruturados, organizadas na Tabela 1, sendo um deles descrito posteriormente de forma minuciosa. A maioria dos acompanhamentos consistiu em psicoterapias breves, devido à disponibilidade e compatibilidade de agendamento de consultas, assiduidade e adesão ao tratamento.

Ainda que o papel da Psicologia seja cada vez mais privilegiado no contexto hospitalar, pela eficácia demonstrada numa ampla variedade de problemáticas, nem sempre foi possível acompanhar uma diversidade de casos. Todavia, é notório que existe uma enorme homogeneidade nos quadros psicopatológicos mediante a faixa etária.

No caso das crianças verifica-se sobretudo problemas comportamentais e emocionais, como os quadros de ansiedade, medos e fobias generalizadas, hiperatividade com déficit de atenção, déficit intelectual, dificuldades de aprendizagem e de interação social. Nos adolescentes destacam-se problemas comportamentais, emocionais e familiares, muito associados à presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e défices nas aptidões sociais. Já nos adultos verificou-se a predominância para quadros de depressão, ansiedade e de luto. Por fim, nos idosos verificou-se a presença de quadros depressivos e de luto, no entanto, destaca-se sobretudo os défices cognitivos ligeiros a moderados e, conseqüentemente presença de quadros demenciais, sobretudo demência de Alzheimer.

Tabela 1. Síntese da Consulta Psicológica Individual

Identificação	Problemáticas	Avaliação Psicológica	Abordagem Terapêutica	Observações
J. M 26 anos (5 consultas)	Ansiedade	*	AbordagemTCC, reestrururação cognitiva; Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e Relaxamento diafragmático.	Alta

M. C 61 anos (16 consultas)	Problemas familiares; Aproximação de intervenção cirúrgica (incontinência urinária e fecal) Ansiedade;	*	Aplicação de técnicas de gestão de conflitos. Entrevista Motivacional; Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.	Encaminhamento para outro profissional
C.T (50 anos) (10 sessões)	Humor deprimido; Problemas familiares e sociais; Tentativa de suicídio	*	Abordagem TCC, Reestrutururação cognitiva; Treino de Competências sociais; Aplicação de técnicas de gestão de conflitos.	Encaminhamento para o Grupo de Competências
F. S (30 anos) (3 sessões)	Esquizofrenia; Ansiedade	*	Psicoeducação Ansiedade; Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e Relaxamento diafragmático.	Alta
J. T (77 anos) (10 sessões)	Humor depressivo; Luto Patológico; Queixas de memória	Inventário de depressão de Beck; ACE-R.	Abordagem TCC, Resstruturação cognitiva. Treino de Competências Sociais; Prevenção e Recaída.	Alta
J.Q (52 anos) (5 sessões)	Ansiedade; Fobia a pontes	MMPI; SCL-90.	Psicoeducação Ansiedade; Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e Relaxamento diafragmático.	Encaminhado para o Grupo de Relaxamento
A.R (18 anos) (8 sessões)	Ansiedade; Baixa auto-estima.	*	Desenvolvimento de estratégias para a promoção da auto- estima. Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobso	Alta

M. A (46 anos) (7 sessões)	Humor deprimido; Luto	*	Abordagem TCC; Reestruturação cognitiva.	Alta por abandono
M. M (58 anos) (3 sessões)	Humor deprimido; Problemas familiares; Queixas de memória	Inventário de depressão de Beck; ACE-R	Aplicação de técnicas de gestão de conflitos;	Encaminhamento para o Grupo de Estimulação cognitiva

Nota:*Avaliação prévia anterior ao acompanhamento.

Estudo de caso

Identificação

V. é do género feminino, tem 21 anos de idade e é solteira. Reside em Felgueiras, com o companheiro, há cerca de um ano. Tem o 12º ano de escolaridade, embora tenha frequentado o primeiro ano de faculdade, no curso de História. Atualmente trabalha como operadora fabril numa empresa de calçado.

Motivo e Pedido

V. recorreu pela primeira vez ao hospital encaminhada pela médica de família para a consulta de psiquiatria. Esta consulta pelo facto da paciente apresentar sintomas compatíveis com um quadro depressivo, bem como dificuldades em gerir os sintomas de ansiedade, tendo-lhe sido prescrita medicação antidepressiva e tendo sido referenciada para o serviço de psicologia para avaliação psicológica. Neste âmbito, indo de encontro à necessidade manifestada pela paciente, foi proposto acompanhamento psicoterapêutico individualizado regular.

As principais queixas apresentadas por V. foram relativas às dificuldades que apresentava em controlar os seus comportamentos impulsivos no relacionamento amoroso, descritos como expressões de agressividade verbal e física, associados a sentimentos de tristeza, angústia, irritabilidade, raiva e culpa. Além disso, menciona um registo de

funcionamento extremamente ansioso, pautado por tremores, tensão muscular, suores, agitação psicomotora e batimento cardíaco acelerado. Estes sintomas ocorrem nos vários contextos de vida da paciente (familiar, social e laboral).

História de Vida

V. viveu até aos 14 anos de idade com os seus pais, A. de 51 anos de idade (mãe) e B. de 53 anos de idade (pai) e com o irmão mais velho, C., de 25 anos de idade, atualmente casado e com uma filha. Após o divórcio dos pais, aproximadamente há 7 anos, a jovem fica a viver sozinha com a mãe.

V. menciona que foi uma criança desejada, mas não planeada, fruto de uma relação bastante instável. O parto foi eutócico e sem complicações. Refere ter sido uma criança que se desenvolveu dentro dos parâmetros considerados normais, nunca apresentando problemas de saúde significativos. V. foi criada num ambiente familiar aparentemente disfuncional, sem qualquer proximidade emocional " *nunca fui muito feliz, os meus pais nunca tiveram uma boa relação entre eles, e nunca foram de dar muito carinho e atenção aos filhos*".

Quando questionada sobre a relação atual com cada um dos progenitores e com o irmão, V. refere que sempre teve uma melhor relação com a mãe, destacando-a como uma fonte importante de apoio " *dou-me bem com a minha mãe, mas não temos uma relação em que existe muito carinho, além disso, não posso desabafar com ela sobre certos assuntos, ela tem um pensamento muito antiquado. Mas apesar de tudo é sempre ela que está lá quando eu mais preciso*". Relativamente ao pai, refere que nunca teve uma boa relação, e que atualmente não mantém qualquer contacto com ele " *não o vejo há muito tempo, não gosto de falar sobre ele, é como se ele não existisse*". Porém, este afastamento acarreta um grande sofrimento para si " *sinto-me triste, continuo a pensar nele, continua a ser meu pai*". Já no que se refere à relação que mantém com o irmão, V. compara-a à relação que mantém com a mãe " *dou-me bem com ele, mas não temos muita afinidade, nem somos de demonstrar grandes afetos*".

Para além da família nuclear, V. não mantém relações de proximidade com a família alargada, tanto materna, como paterna, considerando a sobrinha, M. de 5 anos de idade, como um elemento bastante significativo " *ela mudou a minha vida, é a minha alegria*".

No que diz respeito à sua infância, a jovem descreve-a como "*infeliz*" e marcada pelo medo. V. refere que o pai bebia em excesso e que tinha comportamentos abusivos em casa, sobretudo com a mãe, referindo "*o meu pai era um porco, batia na minha mãe, e obrigava-a a fazer coisas que não queria*". Quando questionada acerca disso, refere que o pai obrigava a mãe a ter relações sexuais. Embora nunca tenha presenciado estas situações de violência sexual, esta diz "*eu não via, mas ouvia tudo do meu quarto*", fazendo com que se fechasse no quarto durante horas a chorar compulsivamente, relatando nojo, medo, revolta e frustração. Além disso, refere que o pai aliciava os filhos a visualizarem filmes pornográficos com ele, mencionando que apesar de ser algo bastante repugnante para si, sentia-se obrigada a fazê-lo por medo de represálias.

Recorda ainda que quando já não estava sobre o efeito do álcool, o pai demonstrava arrependimento pelos seus atos, chegando a tentar o suicídio duas vezes, através da ingestão medicamentosa, sendo nessa altura encaminhado para psiquiatria. A jovem, nunca acreditou que o arrependimento do pai fosse credível, uma vez que este mantinha uma atitude de recusa aos tratamentos propostos. O facto de a mãe ter perdoado constantemente os atos do pai revolta-a ainda nos dias de hoje, não entendendo a manutenção desta relação por tantos anos.

Após quase 20 anos de casamento, os pais divorciam-se. O motivo da rutura não esteve diretamente relacionado com as situações de violência no casamento, mas sim por motivos de benefício financeiro mútuo. De facto, há cerca de 10 anos, o pai teve um acidente de trabalho que o impossibilitou de exercer a sua profissão. Para este poder beneficiar de um maior rendimento social, os pais resolveram divorciar-se. Atualmente a mãe e o pai não mantêm qualquer contacto.

A jovem menciona outro acontecimento na sua infância que a angustia, descrevendo-o como "*bizarro*". Relata que quando tinha aproximadamente 7 anos de idade, o seu irmão, com cerca de 11 anos de idade, teve brincadeiras de cariz sexual consigo. Estas baseavam-se em carícias por todo o corpo, principalmente nas zonas mais íntimas. V., recorda um desses episódios, dizendo que o vivencia inúmeras vezes: "*lembro-me de acordar durante a noite muito sobressaltada, e ver o meu irmão em cima de mim, a tocar-me*". V. e o seu irmão nunca abordaram sobre este assunto do passado, preferindo fazer de conta que esse evento não se sucedeu, embora a jovem tenha consciência de que este acontecimento afeta ainda hoje a

sua relação com o irmão, pautada por alguns momentos desconfortáveis e embaraçoso para si na relação com C. Contudo, esta diz não sentir aversão pelo irmão, justificando os seus comportamentos por todas as situações que estes foram expostos em crianças " *acho que ele fazia aquilo porque via o meu pai, ele não via maldade naquilo*".

V. não frequentou a pré-escola, ficando aos cuidados da mãe até à entrada na escola. Iniciou o 1º ano escolar com 5 anos de idade, sem dificuldades de adaptação, obtendo sempre bons resultados escolares. V. lembra que quando se aproximava a hora de regressar a casa ficava nervosa, pois para ela a escola era um refúgio " *eu ali conseguia ser um pouco feliz*".

Descreve-se como uma criança tímida, insegura e desenquadrada, mas que no entanto, isso não a impediu de ter um bom relacionamento com os pares. V. refere que já nessa altura reconhecia que tinha comportamentos díspares de todas as outras crianças, sobretudo no que diz respeito às preferências nas brincadeiras. Revela que gostava de ter brincadeiras de cariz sexual com as colegas " *Tocávamo-nos e dávamos uns beijitos*".

A transição para o 5º ano escolar foi positiva, e teve uma boa adaptação ao novo meio escolar, (facilitada também pela presença dos colegas da escola anterior), apresentando um rendimento escolar bastante positivo " *sempre fui boa aluna, queria ter uma vida melhor*". Refere, no entanto, com mágoa o facto de os pais nunca terem estado presentes em todo o seu percurso escolar. Menciona ainda que nesta altura já considerava os seus comportamentos mais normativos, pois já eram mais semelhantes às outras crianças. No entanto, apresentava aparentes dificuldades nas interações interpessoais com novas pessoas " *gostava de ficar no meu canto, não me relacionava muito com as pessoas que não conhecia*".

A entrada na adolescência foi um período bastante controverso para V. O aparecimento da menarca foi vivida com normalidade, uma vez que já tinha conhecimento do mesmo através de diálogos com as colegas, pois segundo a jovem a mãe não falava sobre esses assuntos consigo. Na transição do 2º ciclo para o 3º ciclo, muda para outra escola. Embora tenha conseguido manter sempre um bom rendimento escolar, esta nova etapa foi marcada por acentuadas dificuldades nas interações com os pares " *não me identificava com ninguém, nunca me sentia compreendida, achava-me diferente de todas as pessoas*", acabando por se isolar das colegas e a focar-se nos estudos.

Com 15 anos de idade, teve o seu primeiro relacionamento amoroso com um rapaz da mesma escola, altura em que perder a virgindade. Ainda durante essa relação, V.

interessa-se por outro jovem mais velho, com 23 anos, começando a nutrir sentimentos pelo mesmo, o que a leva a marcar um encontro. Esse encontro não ocorreu como o idealizado, acabando por ser forçada a ter relações sexuais "*eu fui ter com ele só para nos conhecer, mas ele insistiu para termos relações, eu disse que não, mas ele começou a agarrar-me e a forçar as coisas, até que chegou a um ponto que eu desisti*". A partir desse momento, V. começa a ter relações sexuais com diversos parceiros "*dos 15 aos 19 anos eu perdi-me, andava com todos os homens, não interessava ser um objeto sexual para eles*". Segundo o mencionado pela jovem, isto seria uma forma de se vingar pelo sucedido "*gostava mesmo dele, e se ele fez isso comigo, se me podia usar, eu também podia usar as outras pessoas*", destacando que deste modo não se sentia dominada e inferior.

Aos 16 anos de idade, começa a fazer consumos de droga (haxixe), inicialmente de forma recreativa. Atualmente refere consumir diariamente. Já aos 17 anos de idade descobre que é bissexual, aceitando a sua orientação sexual com normalidade, uma vez que sempre teve interesse pelo sexo oposto. Todavia, confessa que nunca teve interesse em estabelecer uma relação amorosa séria com uma mulher.

Manteve contactos sexuais esporádicos com o jovem mais velho ligado à situação de abuso sexual até aos seus 19 anos de idade, sendo infiel aos seus diferentes companheiros, nomeadamente o atual. Esta refere apreciar o facto de este ser mais velho, ter uma boa profissão, uma vida financeira estável e, sobretudo, acreditava nas suas promessas de lhe proporcionar um bom futuro. Refere ainda que, atualmente, não mantém qualquer relação com ele por decisão do mesmo, pois este nunca quis assumir um compromisso sério com V.

Aos 19 anos de idade conhece R., o atual namorado, com a mesma idade, "*numa fase em que precisava de encontrar um rumo*". Conheceram-se através das redes sociais e uma semana depois decidem marcar um encontro, num bar que ambos frequentavam. Refere que a relação avançou muito rápido e que foi algo que aconteceu naturalmente. Quatro dias após o encontro, R. pede V. em namoro, e esta aceita "*aceitei logo, pois pensava que isto iria ser algo passageiro*". No quinto mês de relacionamento esta convida-o para ir viver para a casa da sua mãe. Apesar de V. ter a perceção que R. era bastante ciumento, o que estava na base de conflitos frequentes e agressões verbais habituais, esta situação agrava-se após irem viver juntos, pois segunda a jovem "*ele controlava todos os seus meus passos*". Nessa altura

começaram a trabalhar na mesma empresa, contudo V., acabou por se demitir após um mês, devido ao facto dos ciúmes de R. interferirem no local de trabalho.

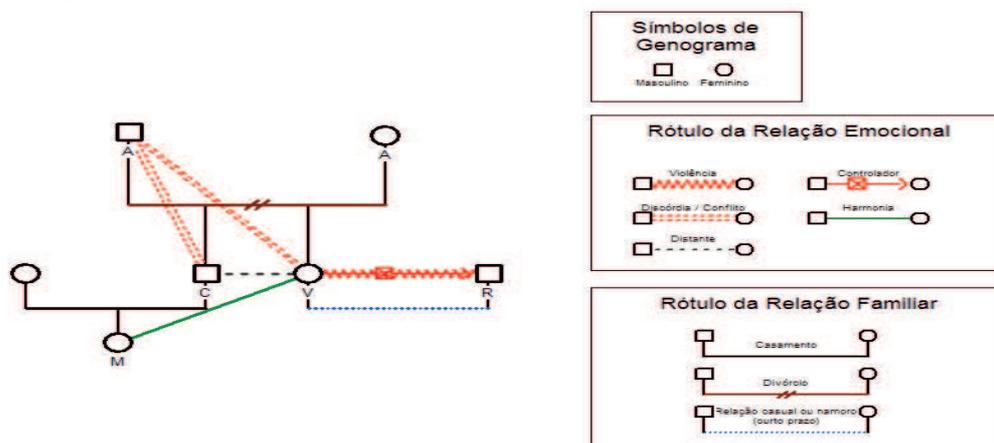
A falta de condições da casa da mãe, e a necessidade de terem o seu espaço e a sua privacidade levaram com que V. e R. tomassem a decisão de viverem sozinhos um ano após o início do relacionamento. Desde aí, a relação, desde cedo pautada por agressões verbais de parte a parte, caracteriza-se também por agressões físicas como " *chapadas, pontapés, empurrões e arranhões*", desencadeadas maioritariamente por V. quando sente que R. exerce um controlo excessivo e que, segundo ela, excede os limites da sua privacidade. V. confessa que lhe é bastante difícil parar com as agressões ao namorado, e que só o faz quando este começa a chorar e a " *humilhar-se*". Menciona que nessas alturas surgem sentimentos de revolta e de raiva com grande intensidade que a impedem de sentir compaixão pelo sofrimento de R, salientando que prometeu a si própria que nunca nenhum homem lhe iria tocar ou humilhar, acrescentando " *eu não sou igual à minha mãe, eu não me fico*".

Após estas situações diz sentir culpa e remorsos " *eu não devia ter feito isso, ele é assim comigo porque eu o provoço*", ter pensamentos de desvalorização " *eu não mereço nada*" e de não reconhecimento de si mesma " *eu não sou assim*". Refere, no entanto, não conseguir comunicar o seu arrependimento ou expressar qualquer emoção/afeto positivo. A falta de interesse sexual por parte de V. tem sido outro motivo de conflito no relacionamento. Esta menciona que não sente qualquer necessidade de ter relações sexuais, sendo este um ato que lhe causa repugnância. Segundo a jovem, R., é quem tem que tomar sempre a iniciativa para terem relações sexuais, porém esta acaba por tentar escapar à maioria das suas aproximações. Aquando confrontada por R. acerca do seu desinteresse sexual e da possibilidade de existência de outra pessoa, a jovem acaba por ceder ter relações sexuais " *para o agradar, pois sei que é uma necessidade*". Durante o ato, esta diz não conseguir focar-se no momento, utilizando estratégias distrativas " *penso nas coisas que tenho que fazer no outro dia*".

As acentuadas dificuldades em estabelecer relações de afetividade com as pessoas que lhe são próximas levaram V. por diversas vezes a auto mutilar-se com o intuito de averiguar se conseguia sentir algum tipo de emoção " *parece que não tenho sentimentos, cheguei a pensar que era uma psicopata e cortei-me para ver se sentia alguma coisa*".

Todas estas situações do passado e do presente geram sentimentos de tristeza, culpa, desespero, desmotivação, desinteresse, desvalia, e ainda marcados níveis de ansiedade, que levam V. a sentir-se incapaz de lidar com todas estas adversidades.

Genograma Familiar



Processo de Avaliação Psicológica

Nas primeiras sessões, em simultâneo com a recolha da história de vida e das problemáticas da paciente, levou-se a cabo um processo formal de avaliação psicológica. Tendo em conta o pedido da psiquiatria, na 1ª, 2ª e 3ª sessão foi aplicado os seguintes instrumentos de avaliação: o Teste de Retenção Visual de Benton - BVRT (Benton, 1992; versão traduzida e adaptada por Campos, 2003), o Symptom Checklist- SCL-90 (Derogatis, 1977; versão traduzida e adaptada por Baptista, 1993) e o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-M.M.P.I (Hathaway & McKinley, 1942; versão traduzida e adaptada por Silva, Novo, Prazeres & Pires, 2006). Posteriormente, foi considerado pertinente a administração do Questionário de Esquemas de Young - YSQ-S3 (Young, 2005; versão portuguesa de Pinto Gouveia, Rijo & Salvador, 2005). Previamente à administração de cada instrumento, procurou-se assegurar uma relação segura com a paciente no sentido de garantir que esta responderia de forma genuína, possibilitando a obtenção de material clínico relevante acerca do seu funcionamento psicológico.

O BVRT¹ é um instrumento neuropsicológico frequentemente utilizado para avaliação

¹ É um instrumento que consiste em dez lâminas apresentadas sucessivamente, com uma, duas ou três figuras geométricas, as quais possuem três formas alternativas (Formas C, D e E), sendo que cada uma dessas formas pode ser administrada de quatro modos diferentes (Administração A, B, C e D). Assim ao visualizar o estímulo o participante deve desenhá-lo de memória (memória visual de curto prazo) ou

do processamento perceptivo, da memória visual e das capacidades visuo-constructivas (Burin, Drake, & Harris, 2007). Esta prova foi aplicada numa única sessão, sem interrupções ou distrações. Os resultados obtidos (consultar anexo 3) apontaram para percentis situados num nível médio, não se verificando alterações ao nível da percepção visual, memória visual e das habilidades visuo-constructivas, assim como, no que concerne à memória imediata e aos processos atencionais. Deste modo, concluiu-se que a paciente não apresentava deterioração cognitiva.

O SCL-90² é um questionário de auto relato de natureza multidimensional que pretende fazer uma avaliação mais direcionada para os padrões de sintomatologia clínica. (Soares, 2007) (consultar anexo 4). Esta prova também foi aplicada numa única sessão, sem interrupções ou distrações. Os resultados obtidos permitiram observar uma homogeneidade no quadro psicopatológico da paciente (consultar anexo 3). Assim sendo, no que concerne ao índice geral de sintomas (IGS), esta obteve resultados muito superiores à média ($M= 3,61$ e $DP= 5,7$). Relativamente às dimensões com expressão psicopatológica, esta obteve igualmente resultados muito superiores à média no que respeito à Depressão ($M= 4,38$ e $DP= 8,3$); Ideação Paranoide ($M= 3,83$ e $DP= 5,2$); Sensibilidade interpessoal ($M= 3,67$ e $DP= 5,4$); Ansiedade ($M= 3,60$ e $DP= 6,1$); Obsessão- compulsão ($M= 3,60$ e $DP= 4,9$); Ansiedade Fóbica ($M= 3,57$ e $DP= 8,6$); e Somatização ($M= 3,08$ e $DP= 5,3$). Todas as dimensões encontram-se situadas a um nível de perturbação muito grave.

O MMPI³ (consultar anexo 5) é um inventário que se destina à caracterização

copiá-lo (habilidade visuoconstructiva) exigindo adequada percepção visual do estímulo completo. Além de contabilizar figuras desenhadas de forma correta ou errada (precisão), é possível analisar o tipo de erros (omissões, distorções, perseverações, rotação, trocas de posição e erro de tamanho) utilizando-se o protocolo de respostas.

² É um questionário constituído por 90 itens, os itens são cotados a partir de uma escala de *Likert* de cinco pontos, variando de zero ("Nunca") a quatro ("Extremamente"), que se referem a diferentes níveis de mal-estar. O SCL-90-R é cotado e interpretado em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais. As nove dimensões primárias são: somatização (12 itens), obsessões compulsões (10 itens), sensibilidade interpessoal (9 itens), depressão (13 itens), ansiedade (10 itens), hostilidade (6 itens), ansiedade fóbica (7 itens), ideação paranoide (6 itens) e psicoticismo (10 itens). Para além destas medidas de psicopatologia o SCL-90-R fornece-nos três índices globais de gravidade, medidas complementares que se relacionam com aspetos do mal-estar psicológico e o número de sintomas com a sua intensidade, o *Número de Sintomas positivos* (NSP) indica o número de sintomas presentes e o *Índice de sintomas positivos* (ISP) é uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes.

³ É um inventário constituído por 567 itens de resposta Verdadeira (V) ou Falsa (F) e o tempo médio de resposta varia entre 60 a 75 minutos, sendo o tempo de aplicação mais demorado em populações clínicas (Graham, 2000). A aplicação do MMPI proporciona a construção de um perfil clínico e de personalidade. O perfil clínico geral é constituído por um conjunto de dez escalas clínicas base, às quais se agregam escalas de conteúdo, complementares e de Harris-Lingoes. O perfil de personalidade é constituído pelas escalas PSY-5 que

psicopatológica e de personalidade, que se tornou amplamente difundindo e utilizado pelos psicólogos (Butcher & Beutler, 2005; Greene, 2000; Nichols, 2001). Esta prova, como é prática habitual no serviço, foi realizada em casa pela paciente, uma vez que é um instrumento bastante extenso. Foram fornecidas as devidas instruções para a administração, assim como a certificação de que foi compreendido pela paciente aquilo que era pretendido. Devido às dificuldades de compreensão de alguns dos itens, estes foram trabalhados juntamente com a paciente na sessão seguinte. Os resultados referentes à escala de validade revelaram que a paciente tentou transmitir uma imagem extremamente patológica de si mesma, apresentando um tipo de pensamento pouco convencional, inconformista, negativista e pessimista. Além disso, demonstrou um sistema de defesa precário, com pouco controle das emoções e do comportamento (consultar anexo 3). Contudo, embora o teste tenha sido considerado válido, é de salientar que a paciente apresentou uma atitude bastante apelativa com tendência para a exarceberação dos sintomas.

Relativamente ao perfil clínico geral, verificou-se que a paciente obteve todas as escalas clínicas situadas a um nível elevado, à exceção da escala MF (Masculinidade/feminilidade), Ma (Hipomania), e Si (Introversão/Extroversão), em que obteve nível moderado. Tendo em atenção os resultados apresentados nas escalas clínicas constatou-se que a paciente situa-se num perfil de personalidade do Tipo Neurótico (neurose ansiosa).

A elevação nas escalas clínicas referidas permitem inferir as seguintes características clínicas da paciente: 1) tendência para estabelecer relações muito superficiais; 2) má adaptação ao seu local de trabalho, não aceitando as regras e normas estabelecidas; 3) tendência à adição ao álcool e drogas; 4) dificuldades em expressar emoções; 5) sintomas de depressão, tensão, ansiedade, inibição, dúvida, inferioridade, desconfiança, carência de energia e inadequação social; 6) sintomas somáticos; 7) instabilidade emocional; 8) dificuldades de controlo de impulsos, levando a paciente à atuação, com subsequente depressão e culpa (num sentido situacional face às consequências); 9) problemas na sua vida familiar e profissional; 10) sente-se facilmente ressentida, funcionando principalmente com base num mecanismo de projeção. Fundamenta-se em dados insuficientes ou mesmo

permitem o acesso a informações fidedignas sobre a organização psicológica do avaliado (Butcher & Beutler, 2005). As nove escalas de validade do inventário fornecem dados robustos sobre a atitude do avaliado perante a prova.

imaginários, pressupõem críticas e rejeições das quais procura preservar-se, muitas vezes rejeitando e projetando a culpa nos outros; 11) socialmente dependente, por isso tem muitas vezes conflitos em relação à necessidade de dependência, pretendendo afeto, mas com receio de ser rejeitada; 12) para evitar a rejeição imaginada, esta procura manipular os outros, dando-lhes mais segurança; 13) padrão de comportamentos contraditórios, sendo caracterizada como uma pessoa insensível em relação aos outros pelos quais se sente rejeitada, com manifestações de hostilidade, culpa, e remorsos da sua própria conduta, designado conflito de dependência- independência; 14) evita relações íntimas; 15) baixa tolerância à frustração.

Na 4ª sessão surgiu a necessidade de administrar outro instrumento de avaliação que não somente os pedidos expressamente por psiquiatria. Após analisar a história de vida da paciente e os resultados obtidos nos testes anteriormente referidos, constatou-se que seria importante avaliar as principais representações que estariam na base da sua problemática, tendo-lhe sido administrado o YSQ-S3⁴ (consultar anexo 6). Na sessão seguinte foram trabalhados conjuntamente com a paciente os itens mais pertinentes, de modo a tentar compreender melhor os esquemas cognitivos usados pela mesma. Os resultados obtidos pelo YSQ-S3 (consultar anexo 3) indicaram a presença de seis esquemas mal adaptativos precoces, com valores muito superiores à média, sendo eles: Abandono ($M=5,2$ e $DP=3$); Desconfiança/Abuso ($M=5,6$ e $DP=3,8$); Isolamento social ($M=5,2$ e $DP=4,3$); Defeito ($M=5,4$ e $DP=4,5$); Inibição emocional ($M=5,2$ e $DP=3,7$); e Padrões excessivos/rígidos de realização ($M=5,2$ e $DP=2,4$).

Enquadramento Conceptual

V. sempre salientou as dificuldades que detinha em estabelecer relações de afetividade e proximidade com as pessoas significativas, principalmente com as figuras de

⁴ É um instrumento constituído por 90 itens que pretende avaliar a presença de 18 EMP: Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/ Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido, Subjugação, Auto-Sacrifício, Inibição Emocional, Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, Grandiosidade, Auto-Controlo/Auto-Disciplina Insuficiente, Procura de Aprovação/Reconhecimento, Negativismo/Pessimismo e Auto-Punição. Para cada EMP é apresentado um conjunto de 5 itens não consecutivos, aos quais a resposta é dada numa escala de 1 a 6, desde "Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo" até "Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo".

vinculação " *nunca manteve uma boa relação com os meus pais, sobretudo com o meu pai*". Verificando-se que esta situação incomodava e perturbava a jovem, sendo observadas evidentes alterações ao nível do comportamento não-verbal da paciente aquando falava acerca deste assunto, nomeadamente: choro, inquietação, tremores e voz trémula.

De acordo com Bowlby (1990), a vinculação consiste de um laço emocional forte estabelecido entre a criança e o adulto responsável pela prestação de cuidados. O vínculo que a criança estabelece com os seus cuidadores vai para além das satisfações das necessidades básicas, e é tida para muitos autores, como uma fonte importante de apoio, que proporciona à criança conforto e uma base segura para a exploração do mundo (Bowlby, 1951; Collins & Read, 1990; Soares, 2007). Vários estudos têm vindo a sugerir que a exposição precoce a experiências disruptivas nos cuidados primários parentais pode comprometer significativamente o desenvolvimento adaptado da criança em diversas áreas da sua vida, nomeadamente ao nível físico, comportamental, cognitivo e socioemocional (O'Connor & Zeanah, 2003; Sable, 2008; Van Ijzendoorn & Juffer, 2006; Zeanah, Smyke, Koga & Carlson, 2005).

O estilo de vinculação adotado na infância é fundamental para definir a forma como a criança irá lidar com o meio ambiente que a rodeia. Embora não seja consensual, a maioria dos autores propuseram a existência de três estilos de vinculação na infância, sendo eles: o seguro (adaptativo), o seguro-evitante (desadaptativo) e o seguro-ambivalente (desadaptativo). No caso de V, foi estabelecido um estilo de vinculação inseguro-ambivalente com as figuras de vinculação. Este é caracterizado pelas crianças se demonstrarem altamente afetadas pela separação e distância face à figura de vinculação, procurando sempre uma aproximação, mostrando-se, no entanto, pouco reconfortadas com a reaproximação desta (Ainsworth 1985; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 2015). V. mencionava que em criança procurava constantemente a atenção e a presença dos seus progenitores " *eu só queria que eles estivessem um bocadinho comigo*", embora nunca conseguisse obter aquilo que deseja. No caso da figura materna, apesar de ser mais presente, a jovem descreve-a como " *desinteressada*", não demonstrando muita preocupação com o bem-estar dos filhos, estando sempre demasiado focada nos seus próprios problemas. No caso da figura paterna, descreve-o como sendo " *ausente e desinteressado*", salientando que esta distância do pai deixava-a muito mais perturbada, apresentando sempre uma atitude mais apelativa junto

dele “ *eu fazia de tudo para ele gostar de mim, até o imitava*”. Contudo, a jovem relembra que sempre que os seus pais se reaproximavam, nunca se sentia confortável e feliz “ *parece que o faziam por obrigação*”.

Apesar do sistema de vinculação se expressar sobretudo na infância, Bowlby (1988) refere que este se mantém ativo durante toda a vida, influenciando de forma significativa as expectativas, emoções e comportamentos relacionais em todas as relações de proximidade. O estabelecimento de vínculos inseguros com as figuras de vinculação primárias tem sido indicado como um fator importante no desenvolvimento de mecanismos de defesa mais imaturos e desadaptativos (Fosha, 2002).

Compreendendo que existe uma relação direta entre o estilo de vinculação adotado na infância e o desenvolvimento adaptativo do indivíduo, é expectável que os indivíduos que apresentem um estilo de vinculação inseguro, sendo este desadaptativo, enfrentem diversos problemas nos vários domínios da sua vida. Neste sentido, e indo de encontro à literatura especializada, verifica-se que estes indivíduos tendem a apresentar dificuldades acentuadas em estabelecer relações interpessoais, a demonstrarem confiança nos outros e a estabelecer relações íntimas, uma vez que sentem medo que não sejam amados e/ou de serem abandonados, sobretudo no que diz respeito aos companheiros, havendo uma necessidade constante na busca de segurança (Kobak & Sceery, 1988). Remetendo ao caso de V., é observável que todo o seu percurso foi marcado pelas dificuldades que apresentava em estabelecer relações interpessoais. Estas foram estimuladas sobretudo na relação que estabelecia com os seus progenitores, que nunca proporcionaram um meio familiar facilitador para o desenvolvimento de interações entre os elementos. Esta situação foi confirmada nos resultados obtidos do M.M.P.I, através da elevação das escalas clínicas Histeria e Introversão/Extroversão, que demonstraram que a jovem tinha tendência em estabelecer relações muito superficiais com os outros, e que apresentava bastante desconforto nas relações interpessoais. Não obstante, o mesmo foi ainda verificado nos resultados do SCL-90, com a presença de valores muito superiores à média na dimensão Sensibilidade Interpessoal.

As acentuadas dificuldades que apresenta em se relacionar com os outros, assim como em extinguir esse comportamento, são despoletadas sobretudo pelo medo constante que V. sente em ser rejeitada/abandonada pelas pessoas que são significativas “ *sempre que*

começo a me aproximar de alguém, tenho medo que se afastem de mim, e por isso acabo por me afastar". A sua infância é lembrada principalmente pela ausência e desinteresse manifestado pelos progenitores, sempre demasiado centrados nos seus problemas relacionais, não demonstrado preocupação consigo ou por algo diretamente relacionado a si, nem expressando quaisquer sentimentos de amor, carinho, afeto ou valorização. E, embora houvesse várias tentativas de reaproximação por parte da jovem, esta sentia-se na maioria das vezes rejeitada ou manipulada, particularmente pelo pai, que segundo a mesma, só se aproximava com alguma intencionalidade " *lembro de o meu pai pegar em mim para ir passear, e eu sentia-me feliz, mas depois via que era uma desculpa para poder ir ao café, então deixava-me em casa da minha avó, e só vinha me buscar horas depois*". V. cresceu sentindo que nunca tinha sido realmente desejada, amada, cuidada e protegida. Estas experiências disruptivas durante a infância fizeram com que V. adotasse comportamentos bastante desadaptativos nas relações que foi estabelecendo ao longo da sua vida. Por um lado, a necessidade de proximidade a alguém, que lhe dê atenção e disponibilidade imediata e exagerada, como forma de obter aquilo que sempre precisou e idealizou da relação com os seus pais. E, por outro lado, o afastamento e evitamento, desconfiando sempre das verdadeiras intenções dos outros, como forma de obter alguma segurança e proteção. O padrão relacional que estabeleceu com os progenitores, despromovido de bases sólidas para a exploração do mundo, acabou por influenciar e moldar todas as restantes relações que foi estabelecendo. Os resultados obtidos no YSQ-S3 vão de encontro ao que foi referido, indicando a presença dos esquemas mal adaptativos Abandono e Desconfiança/Abuso, com valores muito superiores à média.

Contudo, não sabendo lidar com esta situação, principalmente com possíveis rejeições que se possam assemelhar às da sua infância, a sua segurança muitas vezes é conseguida não só pelo afastamento, mas pela manipulação/controlo das relações, sobretudo com o companheiro " *sempre joguei com os sentimentos dele*". O facto de sentir que domina as pessoas e as situações, utilizando mecanismos de defesa muito primitivos, serve como meio para evitar a rejeição imaginada por si. Esta característica, que já tinha sido observada ao longo das sessões, foi também verificada através dos resultados do M.M.P.I que indicaram que a jovem para evitar a rejeição procurava manipular os outros dando-lhe mais segurança.

Além de todas estas dificuldades, sugere-se igualmente que estes indivíduos experienciem menor bem-estar, dificuldades na gestão de conflitos e dificuldades de comunicação com os outros, principalmente com os companheiros. Podem também apresentar níveis elevados de afetividade negativa e pouca capacidade na sua regulação e uma visão negativa de si próprios, apresentando baixos níveis de auto-estima. E ainda, apresentar problemas de impulsividade e baixa tolerância à frustração (Caron, Lafontaine, Bureau, Levesque, & Johnson, 2012; Delgado, 2011; Greenberg, 1999).

No caso de V. os períodos de mal-estar eram bastante persistentes no início do processo terapêutico, sendo na maioria das vezes expressados através de queixas psicossomáticas (dores de cabeça, náuseas, dores abdominais). Esta somatização era frequentemente utilizada pela paciente como uma forma indireta de transmitir aquilo que muitas vezes não conseguia expressar em palavras. O seu discurso inicial remetia sempre para essas queixas, apresentando uma atitude muito apelativa na procura de ajuda.

Relativamente à visão que detinha acerca de si, esta era sempre muito negativa, acrescentando sempre uma carga depreciativa aquilo que é, pensa e faz "*eu sou diferente de todas as pessoas, a forma como penso e faço as coisas não é normal, sinto-me pior que os outros, acho que tudo em mim está errado, até o que sinto acho que não devia ser assim*". O facto de ter sido uma criança negligenciada pelos progenitores, não permitiu à paciente reunir as competências necessárias para lidar de forma autónoma e adaptativa com o meio interno e externo. Esta apresentava severas dificuldades em gerir os seus pensamentos, sentimentos, emoções e comportamento e de se adaptar às diversas situações, estando muito associado ao facto de não possuir a capacidade de julgar o que é certo e errado "*eu nem sei o que está certo ou errado*". Estas incertezas fazem com que a paciente não se sinta capaz de lidar com as adversidades, surgindo sentimentos de inferioridade, e consequentemente, uma imagem desfavorável de si. Além disso, o facto de ter sido uma criança que sempre se sentiu rejeitada e pouco amada criou bastantes inseguranças nela própria, havendo tendência para exacerbar e hipervalorizar os aspetos negativos "*eu não tenho nenhuma qualidade, ninguém gosta de mim, é normal*".

É também evidente que V. apresenta severas dificuldades na gestão de conflitos e de comunicação, muito associadas à ausência de competências de assertividade. Mais uma vez, estas competências não foram desenvolvidas na relação que a paciente estabeleceu com os

seus progenitores. V. retrata um meio familiar bastante disfuncional, com vários problemas na forma como os pais geriam os seus conflitos conjugais, que se baseava sobretudo na desvalorização e normalização das situações, o que permitia que estes fossem recorrentes. E na forma como os comunicavam, embora V. procurasse compreender o sucedido, o assunto era sempre evitado "*ninguém falava sobre nada, e quando tentava fazê-lo era ignorada*". Consequentemente, V. acaba por adotar desde cedo dois estilos de resposta muito desadaptativos, sendo eles o estilo passivo e o agressivo "*Ou via as coisas e não expressava nada, como se não tivessem acontecido, não valia a pena. Ou ficava tão revoltada que partia tudo que via à minha frente*". Atualmente generaliza este comportamento na maioria das situações.

Normalmente a resposta passiva de V. inclui a expressão de pensamentos, sentimentos e emoções de forma indireta, ou na maioria das vezes, a ausência da expressão dos mesmos "*tenho muitas dificuldades em expressar as coisas, principalmente o que é positivo*", assim como o evitamento de determinados assuntos (e.g. a relação com o progenitor e com o irmão). Esta situação foi corroborada através dos resultados obtidos no YQS-S3 em que se observou a presença do esquema mal-adaptativo Inibição emocional, apresentando valores superiores à média. A resposta agressiva é a mais frequentemente adotada pela paciente, maioritariamente com o companheiro, e envolve a desvalorização do interesse ou direito do outro, assim como a tendência para agressões, tanto físicas como verbais. Um dos principais motivos que levaram V. a recorrer ao serviço de psiquiatria estava relacionado com a falta de capacidade que possuía em controlar os comportamentos impulsivos. Embora estes ocorressem devido à paciente sentir-se frustrada com as atitudes do companheiro, que muitas vezes invadia a sua privacidade, esta acabava por sentir remorsos e culpabilização pelos seus atos "*não devia ter feito isso, ele é assim comigo porque eu o provoço*". Esta característica foi verificada nos resultados obtidos no M.M.P.I., através da elevação da escala clínica Psicopatia, que descreve a jovem como uma pessoa impulsiva e agressiva com probabilidade de passagem ao ato, porém, com manifestações de hostilidade, culpa e remorsos à própria conduta. Além disso, os resultados também indicaram que esta passagem ao ato poderia relacionada com baixa tolerância à frustração, como observado no caso de V.

V. tendo sido uma criança que cresceu reprimindo aquilo que pensava ou sentia, uma vez que a relação que estabelecia com os seus progenitores foi pautada pela ausência de comunicação e expressão assertiva, para a jovem fazê-lo seria "*uma tentativa falhada*". Esta acaba por não desenvolver as habilidades necessárias para comunicar e expressar de forma adequada, achando que a melhor maneira de resolver os conflitos seria optar por uma atitude passiva ou agressiva.

A construção de uma base insegura na infância concede ainda a construção de relações menos duradouras, felizes e saudáveis, e conseqüentemente a presença de suicídio ou abuso de substâncias (Sable, 2008). Segue-se um padrão de estabelecimento de relações sem proximidade, pouco duradouras e conflituosas ao longo do desenvolvimento de V. Estas agravaram-se na fase da adolescência, mesmo período em que se iniciaram o consumo de drogas (haxixe). O consumo de substâncias também foi uma das características presentes na paciente nos resultados do M.M.P.I.

Por fim, Bowlby (1990) considerou que uma vinculação insegura aumenta a vulnerabilidade para um padrão psicopatológico (depressão, ansiedade, perturbações alimentares, distúrbios da personalidade e especialmente sintomas da perturbação *borderline* (Davila & Levy, 2006). Os resultados do SCL-90 indicaram a presença de um padrão homogêneo no quadro psicopatológico da paciente, verificando-se a presença de expressão psicopatológica nas seguintes dimensões: depressão; paranoia; sensibilidade interpessoal, ansiedade, obsessão, fobia e somatização. Todas estas situadas a um nível de perturbação muito grave. Já os resultados do M.M.P.I indicaram que a avaliada situa-se num perfil de personalidade do tipo neurótico- (neurose ansiosa).

Todavia, na medida em que a exposição a eventos assustadores, imprevisíveis e traumáticos interferem de forma significativa com os padrões normativos, também testemunhar violência familiar de forma continuada tem um impacto nefasto no ajustamento global da criança (Carlson, 2008; Hughes, Humphrey, & Weaver, 2005; Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003). V. foi exposta durante anos, de forma contínua, à violência interparental, sendo esta a vários níveis (físico, verbal e sexual). A vivência deste acontecimento trouxe repercussões significativas para o desenvolvimento da paciente.

De acordo com Poole, Beran e Thurston (2008), as crianças que são vítimas ou que testemunham a violência doméstica, são muitas vezes suscetíveis a experienciar efeitos

adversos ao longo do seu desenvolvimento. Assim sendo, é expectável que estas crianças apresentem problemas como: distúrbios do sono, distúrbios fisiológicos, queixas psicossomáticas e fobia escolar. Apresentem comportamentos com problemas de externalização (e.g. raiva, agressividade, delinquência) e de internalização (e.g. medo, ansiedade, isolamento) (Esfandyari, Baharudin, & Nowzari, 2009; Poole, Beran & Thurston, 2008). E ainda, apresentem problemas associados às dificuldades em termos de competências sociais, nomeadamente em interpretar situações sociais e em estabelecer relações interpessoais, assim como, um temperamento difícil, capacidade de empatia debilitada, e baixo rendimento escolar (Sani, 2011).

V. era uma criança que apresentava um sono pouco reparador, muito caracterizado por dificuldades iniciais em adormecer e agitação, sobretudo quando ocorriam os episódios de violência " *acordava muitas vezes durante a noite, acordava assutada*". Na maioria das vezes, estas dificuldades em adormecer tinham como base a presença de queixas psicossomáticas, que demonstravam o mal-estar psíquico da paciente, e que remetiam sobretudo para " *dores de cabeça, dores de barriga, e vômitos*". V. procurava constantemente alertar os pais de que algo não estaria bem consigo, contudo sem sucesso " *eu queixava-me sempre, mas eles nem se preocupavam*".

Todos os acontecimentos disruptivos na vida de V, nomeadamente o estabelecimento de um vínculo inseguro na infância e o testemunho contínuo de violência interparental, levaram com que V. se tornasse numa criança bastante instável emocionalmente. Recordase que o facto de os episódios de violência ocorrerem sucessivamente, sem qualquer explicação por parte dos progenitores relativamente ao sucedido, apenas uma tentativa clara de desvalorizar e normalizar o ato violento que V. compreendia não ser normativo, fizeram com que esta desenvolvesse sentimentos de incompreensão, revolta e frustração face a essa situação. Estes acabaram por ser transferidos para os vários contextos de vida da jovem, e por desencadear comportamentos muito desadaptativos, como o comportamento agressivo, sendo este verbal " *sentia muita raiva e revolta dentro de mim, acabava por descarregar nos outros*". Não sabendo como lidar com a situação, e despromovida de qualquer suporte emocional, uma vez que apresentava dificuldades em termos de competências sociais, como já referenciado anteriormente, esta acaba por se isolar " *preferia estar no meu canto, porque ninguém me ia compreender*". A reaproximação à figura paterna acaba por se ir esbatendo

ao longo do tempo, e muito relacionado com as situações de violência, que começaram a despoletar sentimentos de raiva e medo perante o pai "*sentia muita raiva e nojo do meu pai, tinha muito medo do que ele pudesse fazer há minha mãe, pensava na morte*". Contudo, salienta-se que todos estes acontecimentos não afetaram o rendimento escolar da jovem, uma vez que os estudos eram vistos como um refúgio e um meio para obter um futuro melhor.

Não obstante, foi ainda evidenciado que as crianças expostas aos conflitos parentais apresentam um risco acrescido de sofrer abuso emocional, físico e sexual (Buckley, Holt, & Whelan, 2007; Haij- Yahia & Zoysa, 2008; Jaffe, Wolfe, & Wilson, 1990; Shen, 2009). No caso de V. é observável que parte da sua vida é marcada por experiências de abusos, sendo estes a todos os níveis. Uma das experiências mais devastadoras para V. está relacionada com um episódio de abuso sexual que vivenciou quando tinha 15 anos de idade. Esta interessada por um rapaz oito anos mais velho, que conheceu através das redes sociais, decide marcar um encontro. No entanto, esse não ocorreu como o idealizado, e V. acaba por ser forçada a ter relações sexuais "*insistiu para termos relações, e eu disse que não queria, mas ele começou a agarrar-me e a forçar as coisas, até que chegou a um ponto que eu desisti*". Este assunto ainda perturba bastante a jovem, que nunca aceitou o facto de ter sido usada como um "*objeto sexual*" pela pessoa a quem ela refere ter amado de verdade. Este acontecimento acabou por ter repercussões significativas no comportamento de V., nomeadamente o envolvimento sexual com diversos parceiros, que de acordo com a jovem, seria a melhor forma de se vingar pelo sucedido. Contudo, reconhecia que esta relação se diferenciava das restantes, uma vez que não era ela quem possuía o controlo/domínio das coisas. Este facto fazia com que por um lado V. quisesse romper com esta relação, sentindo-se vulnerável; mas por outro lado, sentia necessidade de continuar a manter esta relação, mencionando "*dava pica, tinha vontade de estar com ele, fazia-me sentir coisas diferentes*". Por fim, ressalta-se também o facto de esta estabelecer um relacionamento atual pautado sobretudo por frequentes abusos emocionais e físicos, que ocorrem de ambas as partes.

A violência na família é, tipicamente, vista como um comportamento aprendido nas relações familiares, sendo a família um agente de socialização primário e fonte de transmissão de valores e comportamentos substanciais para a vida das crianças na sociedade (Black, Sussman, & Unger, 2010; Carroll, 1977).

Uma das teorias explicativas deste fenómeno diz respeito à teoria da transmissão intergeracional da violência, e defende que os comportamentos agressivos praticados pelos pais podem ser aprendidos pelas crianças, e estas posteriormente poderão vir a reproduzir esses mesmos comportamentos nas suas relações interpessoais (Kwong, Bartholomew, Henderson, & Trinke, 2003). Isto vem evidenciar que a teoria da transmissão intergeracional e a teoria da aprendizagem social estão diretamente interligadas (Markowitz, 2001). A teoria da aprendizagem social sustenta que através dos processos de aprendizagem, testemunhar e experienciar violência enquanto criança, leva a um maior uso da mesma enquanto adulto (Markowitz, 2001). Diversos estudos têm fornecido suporte a esta teoria, demonstrando que o comportamento agressivo é resultado de imitação (Bandura, 1973; Hotelling & Sugarman, 1986; Markowitz, 2001).

Partindo da perspetiva que o comportamento é apreendido nas relações familiares, e que as crianças tendem a adotar os comportamentos dos pais, este facto foi observado na infância de V. Primordialmente é observado aquando criança, em que na escola V. começa a iniciar brincadeiras de cariz sexual com as colegas, percebendo desde cedo que as suas preferências eram diferentes das restantes colegas. Este comportamento foi apreendido devido às situações em que foi exposta em criança, nomeadamente o abuso sexual por parte do pai à mãe, seguindo-se as brincadeiras de cariz sexual por parte do seu irmão (comportamento também apreendido), e a visualização de filmes pornográficos aliciada pelo pai.

Embora V. tenha sido sempre uma pessoa que apresentava um comportamento agressivo, esse era na maioria das vezes verbal, havendo só passagem ao ato no relacionamento com R. Tendo sido nesta relação que a jovem começa a perceber a falta de controlo sobre os comportamentos impulsivos. Esta característica foi observada nos resultados do M.M.PI, como já referido anteriormente. Este comportamento é descrito por agressões físicas e verbais, sendo que as físicas são maioritariamente iniciadas por V. Estas ocorrem quando R. invade a sua privacidade ou quando desconfia de si. Porém, quando estas se iniciam V. assegura que é difícil para si terminá-las, fazendo-o somente quando o companheiro se humilha e começa a chorar compulsivamente, ou seja, quando esta percebe que domina/controla a pessoa e a situação. Durante estes episódios de violência V. faz uma comparação com a mãe (vítima), que considera ser uma pessoa "*fracá*" e "*submissa*" por se

ter submetido durante tantos anos aos abusos do pai. Contudo, não aceitando essa condição de semelhança, salientando várias vezes o facto de ter prometido que nenhum homem lhe iria tocar e humilhar, tal como o pai fazia à mãe, V. acaba por projetar o pai no seu companheiro. E deste modo, para não se assemelhar à mãe, de uma forma inconsciente V. assume o papel do pai (agressor), que a deixa numa situação de conforto, domínio e superioridade " *eu não sou como a minha mãe, eu não me fico*".

Porém, salienta-se que apesar de tudo V. demonstra possuir juízo crítico relativamente às suas problemáticas " *sei que muita coisa em mim não é normal* ", apresentando uma atitude de mudança face aos seus comportamentos " *eu quero muito mudar*".

De acordo com os dados recolhidos acerca da história de vida da paciente, a sua problemática, assim como, os resultados obtidos nas avaliações realizadas, podemos evidenciar que a paciente cumpre os critérios para um diagnóstico de Perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade (301.83).

Segundo o DSM- V (APA, 2014), esta é caracterizada pelo padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem e afetos, e impulsividade marcada começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 5 (ou mais) dos seguintes: 1- Esforços frenéticos para evitar o abandono real e imaginário; 2- Um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização. 3- Perturbação da identidade: autoimagem ou sentimento de si próprio marcados e persistentemente instáveis. 4- Impulsividade pelo menos em 2 áreas que são potencialmente autolesivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso substâncias, condução imprudente, ingestão alimentar compulsiva). 5- Comportamento, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento automutilante. 6- Instabilidade afetiva devida a reatividade de humor marcada (exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade, ansiedade, em regra durando poucas horas e raramente mais do que alguns dias). 7- Sentimento crónico de vazio. 8- Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades em controlar a raiva (exemplo, demonstrações frequentes de temperamento, raiva constante, lutas físicas recorrentes). 9- Ideação paranoide transitória reativa ao stress ou sintomas dissociativos graves. Destaca-se o facto de V. apresentar todos os critérios de diagnóstico acima mencionados.

Processo de Intervenção Psicológica

A Terapia cognitivo-comportamental é uma das abordagens psicoterapêuticas mais frequentemente utilizadas em todo o mundo (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Os seus princípios teóricos postulam a existência de pensamentos disfuncionais, designados de pensamentos automáticos, que ocorrem de forma espontânea e rápida, e são interpretações imediatas de qualquer situação (Beck, 1976).

Na base dessas interpretações automáticas distorcidas estão pensamentos disfuncionais mais profundos, designados de esquemas (ou denominados de crenças nucleares). Conforme definido por Clark, Beck, e Alford (1999) esquemas são “estruturas cognitivas internas relativamente duradouras de armazenamento de características genéricas ou prototípicas de estímulos, ideias ou experiências que são utilizadas para organizar novas informações de maneira significativa, determinando como os fenômenos são percebidos e conceptualizados”. Uma vez que uma determinada crença básica se forma, ela pode influenciar a formação subsequente de novas crenças relacionadas (Beck, 1971). As crenças nucleares embutidas nessas estruturas cognitivas modelam o estilo de pensamento de um indivíduo e promovem erros cognitivos encontrados na psicopatologia (Padesky, 1994).

Vários estudos têm demonstrado que a TCC é efetiva na redução de sintomas e taxas de ocorrência, com ou sem medicação, em uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos, nomeadamente: depressão; suicídio; perturbações de ansiedade; fobias; perturbações da personalidade; abuso de substâncias; problemas interpessoais; raiva, hostilidade e violência (Beck, 1991/1993; Beck, 1997; Freeman & Dattilio, 1998; Friedberg & McClure, 2004; Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1997; Young, 2003). Assim, a intervenção terapêutica recaiu essencialmente sobre a psicoeducação e a reestruturação cognitiva.

O processo de intervenção de V. prolongou-se por um período de 6 meses, iniciou-se em Abril de 2017 e terminou em Julho de 2017, sendo constituído por um total de 22 sessões. Durante o primeiro mês as sessões ocorreram com frequência quinzenal, e posteriormente semanal, tendo a duração de aproximadamente 60 minutos. Foi sempre possível cumprir com a regularidade ideal das consultas, uma vez que V. era assídua e apresentava compatibilidade com as datas e horários estabelecidos.

A intervenção terapêutica passou inicialmente pelo estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, compreensão e empatia. Esta foi facilmente estabelecida, pelo facto de esta necessitar de um suporte emocional que lhe transmitisse segurança, compreensão e escuta atenta relativamente à sua problemática.

Em Abril de 2017, V. veio pela primeira vez à consulta, sozinha e com um aspeto cuidado e adequado. Encontrava-se vígil, orientada no tempo e no espaço, e com discurso fluente, compreensível e organizado. Demonstrou desde de início juízo crítico e capacidade de introspeção face à sua situação atual. Desde o primeiro contacto, V. apresentou humor depressivo e bastante labilidade emocional, sem presença de ideação suicida. Manteve sempre uma postura bastante introvertida, pouco contacto ocular e um tom de voz baixo. Revelou-se sempre colaborante, no entanto apresentava alguma defensividade e reserva face a algumas temáticas.

As primeiras cinco sessões basearam-se na recolha da história de vida, história do problema, avaliação comportamental e interpessoal e na administração dos instrumentos de avaliação, de modo a elaborar uma anamnese clara e completa. Dada a labilidade emocional que V. apresentava, foi permitido que as sessões fossem em torno dos sentimentos perturbadores, de forma a permitir a expressão emocional, e conseqüentemente o alívio do sofrimento. A ansiedade foi desde de cedo notória (e.g. tremores, inquietação, suores, e voz trémula), sobretudo quando falava acerca da relação que estabelecia com as figuras de vinculação. À medida que a relação terapêutica foi se estabelecendo, foi havendo uma abertura gradual de V. para falar sobre todas as suas problemáticas, começando a ser cada vez mais evidente a sintomatologia depressiva. Foi ainda pedido à paciente para expôr as principais problemática que queria trabalhar e as expetativas que tinha acerca do tratamento. Contudo, no final da sessão foi reforçada a importância de uma atitude de mudança face ao processo terapêutico, como um dos pressupostos básicos para a eficácia da intervenção terapêutica.

A 6ª sessão foi dedicada à integração e devolução dos resultados das avaliações psicológicas, de modo a identificar os problemas e estabelecer os objetivos gerais do processo terapêutico. No entanto, salienta-se que devido à complexidade do quadro psicopatológico da paciente, foi elaborado um plano de intervenção terapêutico pouco

estruturado, que permitisse trabalhar as questões que fossem prioritárias, no momento presente, para a paciente.

Na 7ª sessão V. apresentou-se à consulta bastante ansiosa, mencionando que as dificuldades em lidar com os sintomas ansiosos eram cada vez mais acrescidas, acabando por influenciar de forma significativa todos os contextos de vida " *não sei como lidar com a minha ansiedade*". Contudo, naquele dia, o fator desencadeador para o aumento da intensidade dos sintomas estava relacionado com a existência de conflitos sucessivos com o seu companheiro " *discutimos todos os dias, nunca estamos bem*". Foi realizada uma intervenção ao nível da sintomatologia ansiosa, com vista à adoção de padrões cognitivos e comportamentais mais funcionais para auxiliar na gestão dos sintomas. Na psicoeducação relativamente à ansiedade e às estratégias para lidar com a mesma, elucidou-se a importância de incutir a prática de atividades distrativas e prazerosas que proporcionassem maior conforto e bem-estar, assim como a mudança física. Assim durante a sessão, conjuntamente com a paciente foi elaborado um registo das atividades que considerava serem prazerosas para si (consultar anexo 7), e a aplicação de técnicas de relaxamento, nomeadamente o Relaxamento Progressivo Muscular de Jacobson (1938) (consultar anexo 8), e o Relaxamento Respiratório Diafragmático (Consultar Anexo 9). Vários estudos têm vindo a comprovar os benefícios das técnicas de relaxamento na diminuição do stress e no tratamento dos transtornos de ansiedade (Barlow & Cerny, 1999; Borkovec, Grayson & Cooper, 1978; Eler & Jaques, 2006; Poveda et al., 2001; Souza, Forgione, & Alves, 2000). Assim sendo, no final da sessão observou-se uma melhoria significativa nos sintomas ansiogénios da paciente, apresentando-se mais tranquila e relaxada.

No início da 8ª sessão foi dada a continuidade à aplicação das técnicas relaxamento, de modo a incutir a prática das mesmas no quotidiano da paciente. Contudo, no decorrer da sessão a paciente foi mencionando as dificuldades que tinha em se relacionar com as pessoas que eram significativas. As suas relações eram descritas como pouco duradouras e muito conflituosas " *as minhas relações duram sempre pouco tempo, existem sempre discussões*". V. como apresentava um medo excessivo relativamente ao afastamento das pessoas significativas, para o evitar, a mesma acabava por se afastar primeiro " *sempre que começo a me aproximar de alguém, tenho medo que se afastem de mim, e por isso acabo por me afastar*". Contudo, este medo surgia sem qualquer motivo aparente para a jovem " *eu acho*

que eles vão se afastar, não sei porquê, mas penso sempre nisso". Nesta perspetiva, durante a sessão, foi inicialmente utilizada uma abordagem mais psicoeducativa, de modo a elucidar a paciente para a compreensão dos padrões de pensamentos, para posteriormente auxiliar na identificação dos pensamentos automáticos. No final da sessão foi proposto para tarefa de casa o registo dos pensamentos automáticos, através da análise do modelo proposto por Ellis (1962) (consultar anexo 10).

Na 9ª e 10ª sessão foi utilizada uma abordagem baseada na reestruturação cognitiva, que parte do pressuposto que as perturbações emocionais são consequência dos pensamentos disfuncionais, ou mais genericamente, das crenças irracionais, passando a terapia por intervir nesses pensamentos, substituindo-os por outros mais adaptativos (Dobson & Block, 1988; Bahls & Navolar, 2004). Foi trabalhado o registo de pensamentos automáticos proposto para tarefa de casa, e de uma forma geral, foram descritas as situações de conflito com o companheiro. V. apresentava conflitos sucessivos, que eram maioritariamente desencadeados pela presença de pensamentos acerca da desconfiança e abandono "*ele já não me ama, ele tem outras mulheres, vai-me deixar*". Estes pensamentos recorrentes originavam emoções como o medo, raiva, frustração e nojo, que consequentemente levavam a paciente a adotar comportamentos agressivos "*só me apetece bater-lhe*". Assim, primeiramente pretendeu-se que a paciente identificasse os pensamentos automáticos e que reconhecesse a relação entre o pensamento, emoção e o comportamento, de modo a produzir um impacto cognitivo e enfraquecer os pensamentos disfuncionais. Para auxiliar na modificação dos pensamentos automáticos foi proposto à paciente que recorresse à técnica da análise de evidências. Esta consistia na elaboração de uma lista que apresentasse quais seriam as evidências que tinha a favor e contra os seus pensamentos. Por exemplo, evidências a favor do pensamento mencionadas pela paciente: "*ele já não me ama, porque já não me dá tanta atenção, deve ter outra*" ou "*ele agora está sempre no telemóvel*", e de evidências contra o pensamento "*ele ultimamente tem dado muitas horas no trabalho, anda mais cansado*", "*no outro dia preparou-me um jantar*". Esta técnica ajuda a paciente a compreender que muitos desses pensamentos não passam de suposições, sem nenhuma evidência em concreto. Para reforçar essa ideia, foi pedido a V. para apresentar explicações alternativas, que fossem mais adaptativas e realistas, e.g. "*se calhar ele não me dá tanta atenção porque anda mais cansado*"; ou "*só porque ele vai ao telemóvel não quer*

dizer que tenha outra pessoa". Por fim, na última etapa foi pretendido que a paciente, de forma autónoma, identificasse as vantagens e desvantagens da manutenção desses pensamentos, utilizando a técnica de análise de custo e benefício. No caso das desvantagens, mencionou, " *se eu continuar a pensar assim, sem motivos, vou andar em baixo, vou discutir com ele, e vou ter comportamentos que não quero*"; relativamente às vantagens, esta mencionou " *se eu continuar assim ele vai mudar, vai perceber que não estou a gostar*".

Na 11ª sessão V. apresentou-se à consulta bastante perturbada, mencionando uma discussão grave com R, que foi desencadeada pelos ciúmes excessivos do companheiro. Contudo, a paciente refere ter perdido o controlo da situação, agredido fisicamente o companheiro " *não me controlei e bati-lhe*". A ausência de controlo dos comportamentos impulsivos sempre foi uma questão que preocupava a paciente, pois quando esses episódios de violência terminam surgem sempre sentimentos de remorsos, culpabilização e incompreensão. Neste sentido, a presente sessão foi dedicada ao Treino de controlo dos comportamentos Impulsivos (consultar anexo 11). Foi utilizada uma abordagem baseada na reestruturação cognitiva, que visava a modificação dos comportamentos impulsivos por comportamentos mais adaptativos. Assim sendo, e indo muito de encontro aquilo que já tinha sido trabalhado nas sessões anteriores, foi pretendido que a paciente identificasse os pensamentos disfuncionais que estariam associados ao comportamento impulsivo. De seguida, para incutir a modificação dos comportamentos foi realizada uma análise das evidências contra e a favor desse comportamento. Após essa análise, foram fornecidas estratégias alternativas que poderiam substituir esse comportamento, diminuindo assim o reforço positivo relacionado aos comportamentos impulsivos e, em contrapartida, aumentando o reforço positivo da adoção de comportamentos não impulsivos, de modo a fomentar a implementação de um novo comportamento.

No final da sessão foi proposto para tarefa de casa a identificação dos comportamentos impulsivos mais utilizados pela paciente, possíveis estratégias alternativas para o controlo desses comportamentos e o novo comportamento que pretende adotar (consultar anexo 12).

Na 12ª sessão prosseguiu-se ao treino de controlo de impulsos e ao trabalho que foi proposto como tarefa para casa na sessão anterior. Assim sendo, a paciente conseguiu de forma autónoma identificar os comportamentos impulsos mais utilizados, sendo estes " *falar*

alto " *tratar mal*", " *dar chapadas e pontapés*", percebendo que estes tinham na base os pensamentos desadaptativos " *sei que os meus pensamentos são errados, e depois levam-me agir assim*". Esta compreensão sobre os seus pensamentos e comportamentos fez com que V. adotasse um novo comportamento, substituindo os comportamentos impulsivos por comportamentos mais adaptativos. Para isso, a paciente recorreu a estratégias alterativas, sendo estas ligadas a técnicas de reestruturação cognitiva, como a auto-monitorização e a diminuição do reforço positivo do comportamento impulsivo " *penso que se for agressiva vou acabar por me sentir culpada e triste comigo mesma*", e a técnicas distrativas e de relaxamento " *vou fazer coisas de que eu gosto, como dançar, passear e escrever. Ou então faço relaxamento.*"

Embora na base das dificuldades de estabelecimento de relações interpessoais esteja a presença de crenças disfuncionais, é observável que estas também ocorrem devido à ausência de comportamentos assertivos por parte da paciente. Na 13ª e 14ª sessão esta situação surge como algo prioritário para V. Após uma discussão com R., a paciente chega à consulta demonstrando bastante preocupação pelo facto de não conseguir comunicar e expressar aquilo que sente " *não sei como explicar as coisas, eu quero expressar-me, mas tenho muitas dificuldades*", referindo que muitas situações são prolongadas e agravadas por esse facto " *como eu não falo com ele, nem expresse aquilo que sinto as discussões que as vezes podiam ser resolvidas no dia, duram dias, e ficam cada vez mais graves*". Foi verificado que na generalidade das situações, esta adota uma resposta passiva ou agressiva. Neste sentido, o objetivo das sessões incluíram o Treino de competências básicas de comunicação e assertividade, abordando o treino de competências de assertividade proposto por Galassi e Galassi (1974). Durante a sessão foi realizado um breve *role-play*, descrevendo algumas situações conflituosas de V. e R, com a inversão de papéis. Isto é, a psicóloga tomaria a posição da paciente, e esta tomaria a posição de R. Foi pretendido que V. compreendesse a importância de estabelecer relações baseadas numa comunicação eficaz e assertiva, com abertura para a expressão emocional. Assim, a comunicação utilizada deveria ser simples, clara e muito objetiva, e a expressão emocional deveria incluir: a expressão de sentimentos positivos, tais como (dar e receber elogios, elaborar pedidos, expressar afeto, carinho, respeito, compreensão e valorização); a expressão de sentimentos negativos (expressar desagrado, revolta e frustração, sendo estes justificados); e a expressão de auto-afirmações

(defender os seus direitos e expressar opiniões pessoais). Esta técnica do *role-play*, que enfatizava as principais competências de comunicação e de assertividade num contexto de vida real, fez com que a paciente compreendesse que muitas interpretações erróneas estavam diretamente relacionadas com a ausência dessas competências.

Nessa sessão foi proposto para tarefa de casa, o registo de expressão de sentimentos positivos e negativos e de auto-afirmações, as situações em que estes ocorriam e qual o grau de dificuldade sentida (consultar anexo 13).

Dada a quantidade de problemáticas já trabalhadas com a paciente, a 15ª sessão foi dedicada à obtenção de feedback acerca dos conteúdos trabalhados ao longo das sessões, assim como a perceção das melhorias conseguidas, sendo reforçado novamente todos os aspetos trabalhados até então. Além disso, pretendeu-se trabalhar a tarefa de casa proposta na última sessão, sendo observado que na generalidade das situações V. adotou um estilo de resposta mais assertivo. No entanto, esta continua a apresentar bastantes dificuldades na expressão de sentimentos positivos “ *eu tento expressar, mas na hora não consigo, parece que bloqueio*”, tendo sido salientado a importância de um trabalho contínuo, com obtenção de ganhos graduais.

Como V. apresentava um conjunto de crenças que estariam na origem dos padrões de pensamentos disfuncionais, as restantes sessões assentaram na modificação das crenças nucleares e intermédias, utilizando uma abordagem baseada na reestruturação cognitiva.

A 16ª, 17ª e 18ª sessão tiveram como objetivo primordial a identificação das crenças nucleares. Estas crenças envolviam interpretações irracionais que a paciente tinha acerca de si, dos outros e do mundo. Foi pedido a V. a elaboração de um registo (consultar anexo 15), que visava a compreensão da sua perceção acerca do meio que a rodeava. A paciente deveria preencher um conjunto de frases, com base nos significados dos pensamentos automáticos anteriormente identificados por si (e.g. eu sou .../os outros são.../ o mundo é..). No final, foi observado que a paciente possuía uma perceção demasiado negativa de si “ *sou egoísta, teimosa e fraca*”, dos outros “ *são mentirosos, maldosos e falsos*”, e do mundo “ *injusto e cruel*”. Após o processo de identificação das crenças nucleares, o trabalho consistiu na compreensão da origem das mesmas. Este processo foi emocionalmente desestabilizador para a paciente, uma vez que requereu uma regressão no tempo, até à sua infância, tendo que relembrar vivências demasiado traumáticas para si. Foram trabalhadas todas as crenças

de forma minuciosa e cuidada, tendo sido explicado de forma clara e conceptual a relação existente entre as crenças que apresentava com o estabelecimento de uma vínculo inseguro na infância e o testemunho de violência entre os pais. Ao longo das sessões foram fornecidas estratégias cognitivas e comportamentais mais funcionais, mediante cada crença, de modo a possibilitar a mudança (consultar anexo 14).

O próximo passo da intervenção consistia na identificação das crenças intermédias. Com o objetivo de compreender se V. já conseguia substituir algumas crenças disfuncionais por abordagens mais adaptativas e realista, foi-lhe pedido que alterasse as frases das crenças centrais em premissas, que fizessem sentido para si e que expressassem o que realmente ela pensava em termos dessa relação condicional (e.g. "se..." então..." " mas..."). Em todas as frases V. demonstrou a modificação das crenças disfuncionais inicialmente adotadas, assinalando um momento importante no processo da paciente (e.g. " *se.... eu não pensar tanto que os outros vão ser como os meus pais, eu consigo confiar nas pessoas*").

A 19ª e 20ª sessão foram dedicadas à identificação das estratégias compensatórias e à elaboração do processo de reflexão. Assim sendo, pretendeu-se elucidar para a importância de esta reconhecer as diferentes reações que atuavam como estratégias compensatórias, e que impediam que o ciclo vicioso de ativação disfuncional de uma crença fosse suprimido. Foram utilizadas as técnicas de análise de evidências e a identificação da repetição do padrão comportamental como formas de auxiliar a paciente a identificar essas reações (e.g: evitamento e o domínio das situações). Por fim, e para encerrar esta etapa, foi pedido que V. refletisse sobre todos os aspetos trabalhados e avaliasse o quanto considera que tais aspetos são realmente representativos do seu funcionamento atual, ou seja, o quanto ela se reconhece naquela conceitualização. Foi incentivado que esta relembresse algumas situações nas quais identifique que tais mecanismos tenham atuado em sua vida, de forma a evidenciar a mudança. Este momento foi crucial para se instaurar um processo de *insight* genuíno.

Por último, na 21ª e 22ª sessão V, apresentou-se com um bom aspeto e um humor estabilizado. A melhoria do quadro psicopatológico era reconhecido pela própria " *nunca me senti assim, tudo está muito melhor*". Nestas sessões foi trabalhado o processo de prevenção de recaída (consultar anexo 16). Foi feito um balanço de todo o processo terapêutico, que no final demonstrou ser bastante benéfico para a paciente, proporcionando-lhe as ferramentas

necessárias para conseguir lidar com as adversidades da vida. Foi importante atribuir à paciente a responsabilidade da mudança, reforçado os seus progressos sempre que possível, promovendo assim a sua auto-eficácia.

De uma forma geral, foi pedido à paciente que identificasse uma possível situação de recaída e que seleccionasse as estratégias mais adequadas para solucionar de forma autónoma os seus problemas. No entanto, foi sendo salientado que esta deveria encarar os problemas futuros como desafios, que irão ajudar na consolidação dos ganhos. Apesar dos obstáculos que possam surgir, V. foi incentivada a uma visão realista e positiva do futuro.

No final da sessão, V. fez uma breve reflexão acerca dos comportamentos que pretende manter e dos objetivos que pretende cumprir a longo prazo " *quero continuar a ter um comportamento adequado, conseguir manter a relação com o meu namorado e com os meus amigos, e tentar melhorar algumas coisas que ainda não consegui*", " *Quero um dia conseguir conversar com o meu pai e com a minha mãe acerca das coisas, e tornar-me numa pessoa muito diferente deles*".

Reflexões finais

V. foi sem dúvida um grande desafio. Esta apresentou-se inicialmente à consulta de psicologia para a realização de avaliações psicológicas, a pedido da psiquiatria. Nas primeiras consultas, a jovem apresentou-se com uma postura muito introvertida e reservada, pouco contacto ocular, humor depressivo e labilidade emocional. As suas queixas remetiam sobretudo para a ausência de controlo dos comportamentos impulsivos e dos sintomas de ansiedade.

No entanto, durante o discurso da paciente, não sendo este muito objetivo e direto, compreendi que esta apresentava um conjunto de problemáticas complexas, havendo necessidade de esta beneficiar de um acompanhamento psicológico individual. Assim sendo, foi necessário reunir-me com a orientadora de estágio para expor o caso de V. e solicitar o acompanhamento psicológico. Após a aprovação do mesmo, este foi comunicado a V., que não hesitou em aceitar a ajuda.

Ao longo de todo o processo foi-se tornando cada vez mais evidente a complexidade do quadro psicopatológico da paciente. Na base da sua psicopatologia estaria a presença de um conjunto de crenças disfuncionais, que permitiam a manutenção de pensamentos bastante desadaptativos. V. mencionava sentir-se rodeada de incompreensão e insegurança por parte das pessoas que a rodeava. Neste sentido, tentou-se criar um espaço que proporcionasse à paciente conforto e segurança, ou seja, um espaço que fosse seu, em que poderia obter uma escuta atenta e compreensiva.

Embora todo o processo tenha decorrido como o pretendido, relembro que o momento da intervenção terapêutica suscitou-me muitas inseguranças e receios. A complexidade do caso clínico e as expectativas que V. apresentava relativamente aos resultados que iria obter, deixavam-me com medo de poder fracassar, não conseguindo alcançar aquilo a que me propôs, podendo trazer consequências devastadoras para a vida da paciente.

Foi realizado um trabalho árduo e contínuo ao longo de todo o processo terapêutico, sendo elaborado um plano de intervenção que fosse de encontro às necessidades da paciente. Embora este plano apresentasse objetivos bem definidos, pretendeu-se que este plano não fosse demasiado estruturado, havendo flexibilidade para alterações ao longo das

sessões, uma vez que há medida que surgiam os problemas da paciente, as sessões seriam guiadas nesse sentido.

A reestruturação cognitiva foi a ferramenta mais importante no processo de intervenção, na medida em que V. conseguiu compreender os seus padrões de pensamentos e como os pensamentos, sentimentos e comportamentos estavam associados. Além disso, permitiu à paciente compreender que tinha um papel ativo na sua própria mudança. A compreensão da origem das crenças constituiu o fator desencadeador para a modificação dos pensamentos disfuncionais para pensamentos mais adaptativos e realistas. A paciente passou também a compreender a importância de criar novas ligações afetivas, mesmo correndo o risco de ser rejeitada. Além disso, passou a desenvolver mecanismos de defesa mais adaptativos, tornando-a capaz de lidar com as adversidades da vida.

Presentemente, o processo terapêutico de V. encontra-se concluído, tendo havido evoluções muito significativas. Ao longo das sessões, a paciente foi apresentando melhorias graduais, desde o humor deprimido, labilidade emocional, controlo dos comportamentos impulsivos, controlo dos sintomas de ansiedade, presença de afetividade nas relações que estabelece com as pessoas significativas, adoção de pensamentos e comportamentos mais adaptativos e maior consciência relativamente à sua situação passada e atual.

Não obstante, estas melhorias poderão não ser permanentes, uma vez que esta poderá enfrentar desafios que podem ser desencadeadores de uma recaída, nomeadamente a relação com a família e com o companheiro, que demonstra ser ainda deficitária. Seria benéfico para o processo da paciente a escolha de um parceiro com maior estabilidade emocional. Todavia, foi dado a indicação à paciente que aquando necessitasse de apoio solicitasse uma nova consulta para os serviços de psiquiatria, uma vez que esta teve alta logo após o início do acompanhamento psicológico, de modo a possibilitar a retoma às consultas.

Ficaram algumas questões por clarificar, sobretudo no que diz respeito à postura do companheiro, que não puderam ser mais aprofundadas, nem solucionadas. Seria vantajoso uma intervenção num momento mais apropriado, junto do companheiro de V., de modo a resolver algumas problemáticas que teriam que ser abordadas com o próprio.

Conclusão

O estágio curricular foi a etapa mais aguardada de todo o meu percurso académico, e terminada esta nova etapa, chegou ao momento de fazer um balanço.

O caminho trilhado em todo este percurso proporcionou momentos únicos e incomparáveis, que me permitiram evoluir tanto a nível profissional como pessoal.

Embora o percurso académico permita a aquisição de conhecimentos e ferramentas necessárias à prática clínica, é no estágio que todos os conhecimentos adquiridos são devidamente consolidados. Além disso, é no estágio que nos deparamos com algumas limitações do contexto real de trabalho, exigindo alguma flexibilidade e alguma capacidade de improviso. Como por exemplo, tratando-se de um contexto hospitalar, as questões relacionadas com o *setting*, *timing* e os instrumentos de avaliação, nem sempre são cumpridas na íntegra, cabendo ao estagiário conseguir colmatar esses obstáculos.

Foram vários os objetivos delineados neste estágio que, de um modo geral, dizem respeito à aprendizagem de conhecimentos e aptidões na área da Psicologia clínica, mais concretamente na intervenção psicológica em contexto hospitalar. Relativamente aos conhecimentos e aptidões adquiridas, num primeiro momento, foi imprescindível a aprendizagem por meio da observação. Esta etapa permitiu-me observar a dinâmica institucional e as principais necessidades e problemáticas da população-alvo e da própria instituição. É importante salientar que só com base nos dados recolhidos através da observação eficaz foi possível conseguir proceder à elaboração de uma avaliação ou plano de intervenção que correspondesse às necessidades do paciente. Assim sendo, ao longo do estágio foi-me dada a possibilidade de observar a aplicação de instrumentos de avaliação psicológicos, intervenções psicológicas individuais e intervenções psicológicas em grupo. Num segundo momento, que correspondeu à fase mais autónoma, foi-me possibilitado a aplicação de instrumentos de avaliação, elaboração de relatórios e o acompanhamento psicológico de alguns casos clínicos.

Relativamente ao trabalho realizado em todo o percurso do estágio curricular, este nem sempre foi fácil de gerir. Com ansia de dar respostas efetivas e de aplicar todos os conhecimentos adquiridos, acabaram por surgir sentimentos de insegurança e de alguma frustração, pois os resultados obtidos, nem sempre são aquilo que pretendemos e nem tão rápidos como desejamos, fazendo-me muitas vezes refletir sobre as minhas competências

profissionais. Porém, todas essas dificuldades iniciais foram positivas, uma vez que promoveram o conflito pessoal que proporcionou a procura de soluções mais efetivas, nomeadamente uma nova análise dos casos e sua reinterpretação.

Não podendo deixar de salientar o contributo e o privilégio que para mim foi ter estagiado no centro hospitalar, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, não só pela recetividade e disponibilidade de todos os intervenientes, mas pela diversidade das características do serviço, que me proporcionou uma vasta experiência nos vários domínios da atuação do psicólogo em contexto hospitalar.

Com esta experiência compreendi que apesar de serem essenciais, os anos de teoria não são suficientes. É a prática que nos vai fortalecendo enquanto profissionais, pois há aspetos que não se aprendem nos manuais, aprendem-se na relação com o outro, numa relação baseada na confiança, empatia e apoio incondicional, escutando, percebendo e olhando para o outro como um ser único e diferente de qualquer outro. Deste modo, percebemos que a prática é mais complexa do que, muitas vezes, é demonstrada na teoria. Sei que o caminho a percorrer ainda é longo, mas a confiança nas minhas competências foi-se desenvolvendo ao longo do estágio, sentindo-me mais preparada para o estágio profissional e para o mundo do trabalho.

Em suma, o balanço final revelou-se bastante positivo, superando as expectativas iniciais, auxiliando no desenvolvimento profissional e pessoal, sentindo-me grata a todos os intervenientes que me acompanharam em todo este processo de aprendizagem.

O mais gratificante foi a possibilidade de poder intervir nas várias problemáticas dos pacientes e verificar que as ferramentas adquiridas obtiveram sucesso, mudando a vida de alguém, que agora encontra-se capacitado para lidar com as suas dificuldades de uma forma mais adaptativa.

Referências bibliográficas

- Abreu, I. D. D., Forlenza, O. V., & Barros, H. L. D. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. psiquiátrica. Clínica, (São Paulo)*, 32(3), 131-136.
- Agree, M. E., & Freedman, A. V. (2001). Implicações do envelhecimento da população para a saúde geriátrica. *Assistência ao idoso: aspetos clínicos do envelhecimento*, 495-501.
- Ainsworth, M. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Alves- Mazzoti, A. J., & Gewandsznajder, F. (2002). O método nas ciências naturais e sociais (2 Eds.). *São Paulo: Pioneira Thompson Learning*, 7, 147-178.
- Angerami-Camon, V. A., & Nicoletti, E. (1996). *O Doente, a Psicologia e o Hospital* (3ª Eds). São Paulo: Pioneira, (Coleção Novos Ubrais).
- Angst, J. (1992). Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106 (Suppl), 71-74.
- APA. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5ª Eds). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arranz, P., Remor, E., & Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., & Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179 (4), 308-316.
- Azambuja, L. S. (2007). Avaliação neuropsicológica do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4 (2), 44-45.

- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrônica de Psicologia*, 4.
- Bandura, A. (1973). *Agression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Baptista, A. (1993). A gênese da perturbação de pânico. *Unpublished doctoral thesis submitted to the Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto*.
- Barge-Schaapveld, D. Q., Nicolson, N. A., & Berkhof, J. (1999). Quality of life in depression: daily life determinants and variability. *Psychiatry research*, 88 (3), 173-189.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1999). *Tratamento psicológico do pânico*. Porto Alegre: Artmed.
- Baumgarten, M. (1989). The health of persons giving care to the demented elderly: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42 (12), 1137-1148.
- Beck, A. T. (1971). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General psychiatry*, 24 (6), 495-500.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46 (4), 368-375.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, presente, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 194-198.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62 (9), 953-959.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Arts Médicas. (Trabalho original publicado em 1995).
- Benton S. A. (1992). *Benton Visual Retention Test*. San Antonio, USA: The Psychological Corporation.

- Black, D. S., Sussman, S., & Unger, J. B. (2010). A further look at the intergenerational transmission of violence: Witnessing interparental violence in emerging adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (6), 1022-1042.
- Borkovec, T. D., Grayson, J. B., & Cooper, K. M. (1978). Treatment of general tension: subjective and physiological effects of progressive relaxation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46 (3), 518.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health* (Vol. 2). Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Apego*, Vol. 1 (2ª Eds.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969/1990).
- Brito, S. (2003). Psicologia Clínica – Procura de uma identidade. *Revista de Psicologia*, 1, 63-67.
- Brito, S. (2008). A Psicologia Clínica – Procura de uma identidade. *Psilogos - Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1, 63-68.
- Buckley, H., Holt, S. & Whelan, S. (2007). Listen to me! Children's experience of domestic violence. *Child Abuse Review*, 16 (5), 296-310.
- Burin, D. I., Drake, M. A., & Harris, P. (2007). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Burns, A., & Zaudig, M. (2002). *Mild cognitive impairment in older people*. *The Lancet*, 360, 1963-1965.
- Butcher, J., & Beutler, L. (2005). *Integrative Assessment of Adult Personality* (2ª Eds.). New York, DC: Guilford.

- Butler, A. C., Chapman, J. B., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26 (1), 17-31.
- Campos, F. (2003). *Matrizes Progressivas- Escala Geral*. Tradução e adaptação brasileira. Rio de Janeiro: CEPA.
- Campos, L. F. L.(2001). *Etapas do trabalho científico*. In: *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia* (2 Eds.).Campinas: 5, 103-120.
- Carlson, B. E. (2008). Children exposed to intimate partner violence. Research findings and implications for intervention. *Trauma, Violence and Abuse*, 1 (4), 321-329.
- Caron, A., Lafontaine, M. F., Bureau, J. F., Levesque, C., & Johnson, S. M. (2012). Comparisons of attachment in close relationships: An evaluation of attachment to parents, peers, and romantic partners in young adults. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 44, 245-256.
- Carroll, J. C. (1977). The intergenerational transmission of family violence: the long-term effects of aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, 3, 289-299.
- Charchat-Fichman, F. H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (21), 79-82.
- Chiatone, H. B. C., & Sebastiane, R. W. (1991). Introdução em Psicologia Hospitalar. In *Cadernos de Psicologia Hospitalar*. Nêmeton: Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*.

- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). *Cognitive representations of adult attachment: The structure and function of working models*. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.) *Advances in personal relationships, Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley, Inc.
- Danna, M. F., & Matos, M. A. (2006). *Aprendendo a observar*. São Paulo: Edicon.
- Davila, J. & Levy, K. (2006). Introduction to the Special Section on Attachment Theory and Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (6), 989-993.
- Delgado, A. O. (2011). Apego en la Adolescencia. *Acción Psicológica, 7*(2), 55-65.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL- 90- R: administration, scoring and procedures*. Clinical Psychometric Research.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol, 57* (3), 414-9.
- Dobson, K. S., & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of cognitive behavioural theories. *Handbook of Cognitive Behavioural Therapies*. Guilford Press, London.
- Eler, G. J., & Jaques, A. E. (2006). O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. *Arquivos Ciências da Saúde Unipar, Umuarama, 10* (3), 185-190.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., & Fiester, S. J. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry, 46* (11), 971-982.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Revised and updated edition: Secaucus. New York: Lyle Stuart.

- Esfandyari, B., Baharudin, R., & Nowzari, L. (2009). The relationship between inter-parental conflicts and externalizing behaviour problems among adolescents. *European Journal of Social Sciences*, 12 (1), 121-6.
- Falkenstein, M. & Sommer, S. (2006). *Os benefícios do tempo: Viver Mente & Cérebro*. São Paulo: Duetto, 160, 26-31.
- Firmino, H., Simões, M., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke - Versão portuguesa*. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1ª Eds.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fosha, D. (2002). *The activation of affective change processes in accelerated experiential-dynamic psychotherapy* (AEDP). *Comprehensive handbook of psychotherapy*, 1, 309-344.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (1998). *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas: Editorial Psy. (Trabalho original publicado em 1992).
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2002).
- Galassi, J. P., & Galassi, M. D. (1974). Validity of a measure of assertiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 248-250. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0036313>.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas em Pesquisa Social* (5ª Eds.). São Paulo: Atlas, 10, 110-116.
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*, 18, 1-18.
- Graham, J. (2000). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology*. New York, DC: Oxford University Press..

- Greenberg, M. (1999). *Attachment and Psychopathology in Childhood, in Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford Press, 467-485.
- Greene, R. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual* (2^a Eds.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Haj- Yahia, M.M., & Zoysa, P. (2008). Rates and psychological effects of exposure to family violence among Sri Lankan university students. *Child Abuse & Neglect*, 32,(10), 994-1002.
- Hathaway, S. R., & McKinley J. C. (1942). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos. Um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Hofland, B. F., Wills, S. L., & Baltes, B. (1981). Fluid intelligence performance in the elderly: Intraindividual variability and cognitions of assessment. *Journal of Educational Psychology*, 73 (4), 573-586.
- Hotaling, G. T., & Sugarman, D. B (1986). Na analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1(2), 101-124.
- Hughes, H. M., Humphrey, N. M., & Weaver, T. I .(2005). Advances in violence and trauma. Toward comprehensive ecological models. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (1), 31-38.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jaffe, P., Wolfe, G., & Wilson, S. K. (1990). Children of battered women. *Developmental clinical psychology and psychiatry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Kaplan, R. (1996). *Health Related Quality of Life in Mental Health Services Evaluation*. New York: Oxford Press,160-173.

- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. M. & Kenny, E. D.(2003). Child witnesses to domestic violence: A meta analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71 (2), 333-352.
- Kobak, R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models , affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135- 146.
- Kwong, M. J., Bartholomew, K., Henderson, A. J., & Trinke, S. J. (2003). The intergenerational transmission of relationship violence. *Journal of family psychology*, 17 (3), 288.
- Lazzaretti, C. T., Oliveira, W. D., & Guimarães, S. W. C. M. (2007). *Manual de psicologia hospitalar*. Curitiba: Unificado.
- Leal, I., & Ribeiro, J. (1996). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Análise Psicológica, 4 (14), 589-599.
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos na população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílio. *Cadernos Saúde Pública*, 19 (3), 735-43.
- Malone, K.M., Oquendo, M. A., Haas, G.L., Ellis, S.P., Li, S., & Mann, J. J. (2000) Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *American Journal of Psychiatry*, 157 (7), 1084-1088.
- Markowitz, F. E. (2001). Attitudes and family violence : linking intergenerational and cultural theories. *Journal of Family Violence*, 16, 205-218.
- McCall, W., Cohen, W., Reboussin, B., & Lawton, P. (1999). Effect of mood and age on quality of life in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 55 (2), 107-114.

- Merino, M. & Perez-Portilla, P. (2000). Predictive model of sexual dysfunction in depressed patients with antidepressant treatment. *Revista de Psiquiatria, Psicologia Médica e Psicosomática*, 21 (3), 138-150.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085.
- Nichols, D. (2001). *Essentials of MMPI-2 assessment*. New York : J. Wiley & Sons.
- O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Current perspectives on attachment disorders: Rejoinder and synthesis. *Attachment & human development*, 5 (3), 321-326.
- of Psychological Assessment*, 17 (3), 187-200. doi:org/10.1027//1015-5759.17.3.187.
- Padesky, C. A (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1 (5), 267-278.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183-194.
- Pinto Gouveia, J., Rijo, D., & Salvador, M. C. (2005). A versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young.
- Poole, A., Beran, T., & Thurston, W. E. (2008). Direct and indirect services for children in domestic violence shelters. *Journal of Family Violence*, 23 (8), 679-686.
- Poveda, J. M., Iciarte, E., Toro-Lira, E., Rodríguez, R., Poveda, J., & Ramírez, J. M. (2001). *Reduction of stress by relaxation techniques. In Prevention and Control of Aggression and the Impact on its Victims*. Springer US, 289-294.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). *Development of the WHOQOL-OLD module*. Quality of Life Research, 14, 2197-2214

- Pyne, J., Patterson, T., Kaplan, R., Ho, S., Gillin, J., Golshan, S., & Grant, I. (1997). Preliminary longitudinal assessment of Quality of Life in patients with Major Depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (1), 23-29.
- Rabelo, D. F. (2009). Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, 1 (1), 56-68.
- Rodrigues, M. (2006). Efeitos de uma intervenção psicoeducativa nas competências cognitivas e satisfação de vida em idosos. *Cadernos de Estudo da ESSE*, 3, 77-84.
- Sable, P. (2008). What is Adult Attachment? *Clinical Social Work Journal*, 36 (1) 21-30.
- Sani, A. I. (2011). *Crianças vítimas de violência: representações e impacto do fenómeno*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The gerontologist*, 35 (6), 771-791.
- Shaffer, A., Levitt, A., & Russel, T. (2000). Suicidal ideation in major depression: sex differences and impact of comorbid anxiety. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (9), 822-826.
- Shen, A. (2009). Long-term effects of interparental violence and physical maltreatment experiences on PTSD and behavior problems: a national survey Taiwanese college students. *Child Abuse and Neglect*, 33 (3), 148-160.
- Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Adolescentes): Versão experimental portuguesa do MMPI-A. Lisboa:
- Singh-Manoux, A., & Kivimaki. (2010). The importance of cognitive ageing for understanding dementia. *American Aging Association*, 32 (4), 509-512.

- Soares, I. (2007). *Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições, 13-45.
- Souza L.P, Forgione, M.C. & Alves, V.L. (2000). Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crónica e fibromialgia – uma proposta. *Acta Fisiátrica*, 7 (2), 56-60.
- Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47 (12), 1228-1245.
- Veríssimo, M. T. (1988). Avaliação diagnóstica das síndromes demenciais: Escala de Depressão Geriátrica. *Porto: Universidade do Porto*.
- Vilar, M., & Simões (2009). *WHOQOL-OLD: Manual de Administração e Cotação*. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Young, H., & Vitalino, P. (2007). *Methods in Health Psychology: Relevance to Aging. Handbook of Health Psychology and Anging*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade. Uma abordagem focada em esquemas* (3ª Eds.). Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire- S3*. Cognitive Therapy Center of New York.

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E. (2005). *Attachment in institutionalized and community children in Romania*. *Child development*, 76 (5), 1015-1028.

Zimerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto alegre: Artmed.

ANEXO I

Quadro síntese das sessões- Grupo de Apoio aos doentes Depressivos

Sessões componentes da terapia de grupo

<i>Sessões</i>	<i>Conteúdos temáticos</i>
<i>Sessão 0</i>	1. Informação sobre a terapia 2. Administração de instrumentos de avaliação
<i>Sessão 1</i>	1. Apresentação dos pacientes, identificação de problemas e estabelecimento de metas 2. Introdução de alguns conceitos no âmbito da problemática depressiva
<i>Sessão 2</i>	1. Reforço de factores terapêuticos de suporte 2. Informação sobre a Perturbação Depressiva
<i>Sessão 3</i>	1. Estratégias de mudança cognitiva: racional teórico e partilha de experiências pessoais
<i>Sessão 4</i>	1. Estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional I
<i>Sessão 5</i>	1. Estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional II
<i>Sessão 6</i>	1. Estratégias de mudança cognitiva: técnicas de disputa racional emotiva
<i>Sessão 7</i>	1. Estratégias emocionais 2. Auto-conceito e Auto-estima
<i>Sessão 8</i>	1. Estratégias de mudança comportamental I
<i>Sessão 9</i>	1. Estratégias de mudança comportamental II 2. Estratégias de resolução de problemas I
<i>Sessão 10</i>	1. Estratégias de resolução de problemas II 2. Estratégias de facilitação da comunicação interpessoal I
<i>Sessão 11</i>	1. Estratégias de facilitação da comunicação interpessoal II 2. Outros sintomas da Depressão a considerar
<i>Sessão 12</i>	1. Finalização e prevenção de recaída 2. Avaliação do processo terapêutico

ANEXO II

Quadro Síntese das Sessões -Grupo de Estimulação Cognitiva

Sessões Componentes da terapia de Grupo

Sessão	Objetivos	Atividades
Sessão 1	Sessão de boas-vindas Receção ao grupo Apresentações Introdução ao funcionamento do grupo	Dinâmica de apresentação Definição de objetivos e regras de funcionamento Introdução às problemáticas Aplicação dos instrumentos de avaliação
Sessão 2	Psicoeducação “Envelhecimento Cognitivo” Estimulação das relações interpessoais Sensibilização para as problemáticas individuais	Atividade de orientação espacial e temporal Dinâmica de Interação Interpessoal Tarefa para casa (orientação espacial e temporal).
Sessão 3	Psicoeducação “ Depressão” Introdução às Atividades de Vida Diária Compreensão das dificuldades individuais	Atividades de orientação espacial e temporal (Mapa das tarefas diárias) Estimulação para ocupações e atividades de lazer. Tarefa de casa (Lista de tarefas diárias, tarefas de orientação espacial e temporal)
Sessão 4	Compreensão das áreas cognitivas mais afetadas pelos défices cognitivos; Instrução de estratégias compensatórias.	Jogos dinâmicos (Memória, orientação espacial e temporal, e atenção). Aplicação prática de estratégias compensatórias. Tarefa de casa (tarefas de memória e atenção).
Sessão 5	Identificação dos vários tipos de Memória Recordação de Memórias Estratégias Recordatórias	Exercícios práticos; Tarefa de casa (Memória)
Sessão 6	Treino Cognitivo das Capacidades Mentais Superiores (Flexibilidade Cognitiva, Funcionamento Executivo, Controlo Inibitório e Planeamento)	Atividades dinâmicas (Flexibilidade Cognitiva, Funcionamento Executivo, Controlo Inibitório e Planeamento). Exercícios práticos. Tarefa de casa.

Sessão 7	Psicoeducação “ Órgãos dos sentidos”; Instrução de estratégias compensatórias.	Destreza manual e criatividade; Atividades dinâmicas; Aplicação de estratégias compensatórias;
Sessão 8	Psicoeducação “ Depressão vs Ansiedade”	Atividades Dinâmicas (Memória, atenção, orientação espacial e temporal). Exercícios práticos.
Sessão 9	Partilha de Emoções	Atividades dinâmicas
Sessão 10	Sessão de Encerramento Feedback do Grupo	Resumo das atividades desenvolvidas Apreciação do desempenho e evolução de cada elemento do grupo

ANEXO III

Relatório do caso clínico

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DOENTE: VRRD

PROCESSO CLÍNICO N.º: xxxxxxxxxxxxxx

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA SOLICITADA:

EXAME PSICOPATOLÓGICO

EXAME DE PERSONALIDADE

EXAME PARA DETERIORAÇÃO MENTAL

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

- *Teste de Retenção Visual de Benton;*
- *Symptoms Checklist (SCL-90), para avaliação da Psicopatologia;*
- *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.) para avaliação da personalidade;*
- *Questionário de esquemas de Young (YSQ-S3)*

COLABORAÇÃO

A paciente manteve sempre uma atitude colaborante na situação de avaliação.

Mantém pouco contacto ocular e uma postura desadequada.

Apresenta-se vígil, orientada no tempo e no espaço, com um discurso fluente, compreensível e lógico.

Apresenta-se à consulta com humor depressivo e com bastante labilidade emocional.

Não foram evidenciadas aparentes alterações ao nível do funcionamento cognitivo, nem ao nível da perceção, contudo esta demonstra severas alterações ao nível do

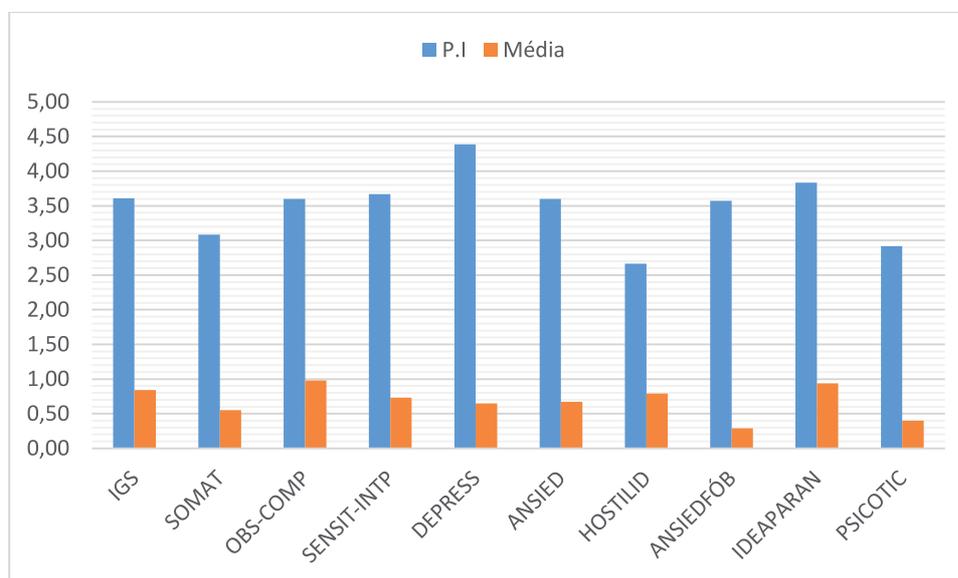
comportamento, nomeadamente: **maior irritabilidade e agressividade.**

Presença de juízo crítico relativamente à situação atual.

Verificou-se que a paciente apresenta um registo de funcionamento extremamente ansioso.

AValiação Psicopatológica.

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



	IGS	SOMAT	OBS-COMP	SENSIT-INTP	DEPRESS	ANSIED	HOSTILID	ANSIEDFÓB	IDEAPARAN	PSICOTIC
P.I	3,61	3,08	3,60	3,67	4,38	3,60	2,67	3,57	3,83	2,92
Média	0,84	0,55	0,98	0,73	0,65	0,67	0,79	0,29	0,94	0,4

✚ **Perturbação Muito grave** Depressão (4,38); Paranoia (3,83); Sensibilidade Interpessoal (3,67); Ansiedade (3,60); Obsessão (3,60); Fobia (3,57); Somatização (3,08);

✚ **Perturbação Grave:** Psicose (2,92); Hostilidade (2,67);

Através dos resultados apurados observa-se uma homogeneidade no quadro psicopatológico. Contudo, os valores com expressão psicopatológica que mais realçam dizem respeito à: **Depressão** (esta escala inclui itens que procuram identificar sintomas de afeto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse, falta de motivação e diminuição de energia, sendo, igualmente, contempladas a perda de objetivos e ideação auto-destrutiva. Esta dimensão espelha sentimentos de falta de esperança e de vazio, bem como outros equivalentes cognitivos ou somáticos da depressão); **Ideação Paranoide** (inclui características próprias do pensamento projetivo, como desconfiança, ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia e necessidade de controlo de carácter); **Sensibilidade Interpessoal** (desconforto e inibição nas relações interpessoais); **Ansiedade** (reflete os sintomas e comportamentos associados com a ansiedade manifesta através de indicadores gerais como agitação, nervosismo, tensão e sinais cognitivos de ansiedade. Encontram-se, igualmente, incluídos sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico); **Obsessão-compulsão** (esta dimensão engloba os pensamentos, impulsos e ações experimentadas como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, sendo no entanto, de natureza indesejada); **Fobia** (inclui experiência fóbica simples, agorafobia e fobia social); e a **Somatização** (reflete o mal-estar baseado em queixas como dores de cabeça, dores nas costas e desconforto e outros equivalentes somáticos da ansiedade);

AVALIACÃO DA DETERIORACÃO MENTAL

- Foi administrado o *Teste de Retenção Visual de Benton* cujos resultados apontam para *percentis* situados num **NÍVEL MÉDIO**, não se verificando alterações ao nível da **perceção visual, memória visual, memória imediata, e atenção.**

<i>Pontuação obtida</i>	<i>Pontuação esperada</i>	<i>Q.I estimado</i>
<u>8</u>	<u>10</u>	<u>90-109</u>

AVALIACÃO DA PERSONALIDADE

Foi administrado o *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (M.M.P.I.). As escalas de validade revelaram uma tentativa de dar uma imagem extremamente patológica de si mesma, apresentando um tipo de pensamento pouco convencional, inconformista, negativista, e pessimista. Além disso, demonstra um sistema de defesa precário, com pouco controle das emoções e do comportamento.

O teste foi considerado **válido**, indicando que a avaliada apresentou uma atitude honesta na realização da prova.

Escalas clínicas:

- **Hs (Hipocondria):** T= 73: nível elevado; descritos como imaturos, queixosos, exigentes, pessimistas, teimosos e manipuladores.
- **D (Depressão):** T= 76: nível elevado; a avaliada deve satisfazer os critérios diagnósticos para um quadro depressivo; os sujeitos são descritos como pessimistas, autopunitivos, preocupados e retraídos.
- **Hy (Histeria):** T= 74: nível elevado; tendência para evitar a consciência de conflitos internos; podem ser descritos como imaturos, egocêntricos, egoístas, sugestionáveis e amigáveis. As relações com os outros são superficiais; tem grande dificuldade em lidar com a agressão e o stress;
- **Pd (Psicopatia):** T= 78: nível elevado; pode ser descrita como impulsiva e agressiva, com probabilidade de passagem ao acto.
- **Mf (Masculinidade/Feminilidade):** T= 57: nível moderado; descrita como ativa e competitiva.
- **Pa (Paranóia):** T= 81: nível elevado; podem ser descrita como sendo sensível e emocional, bondosas, mas dependente, submissa e com pouca confiança nela própria.
- **Pt (Psicastenia):** T= 78: nível elevado; pode apresentar-se como individualista, ansiosa, autopunitiva, conscienciosa, tensa, medrosa, insatisfeita, distraída, emotiva e rígida. Probabilidade de grande tensão, preocupação, obsessão, medos irracionais, autódúvida mórbida, culpa e introspeção apreensiva.

- **Sc (Esquizofrenia):** T= 102: **nível elevado; associação com um significativo transtorno do pensamento, que se completa com confusão e com ideias, crenças e ações estranhas.**
- **Ma (Hipomania):** T= 65: **nível moderado; sem significado clínico.**
- **Si (Introversão/Extroversão):** T= 55: **nível moderado; indica desconforto nas relações interpessoais.**

Perfil apurado

Tendo em atenção os resultados apresentados nas escalas clínicas, a avaliada situa-se num **PERFIL DO TIPO NEURÓTICO- (neurose ansiosa).**

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

- Tende a estabelecer relações superficiais.
- Apresenta uma má adaptação ao trabalho, não aceitando bem as regras e normas estabelecidas.
- Tendência à adição ao álcool e drogas.
- Apresenta dificuldades em expressar emoções, depressão, tensão, ansiedade, inibição, dúvida, inferioridade, desconfiança, carência de energia e inadequação social. Normalmente apresentam muitas vezes sintomas somáticos.
- Demonstra bastante instabilidade emocional. A sua dificuldade de controlo de impulsos leva à atuação, com subsequente depressão e culpa (num sentido situacional face às consequências). Apresentando problemas na sua vida familiar e profissional.
- Sente-se facilmente ressentida, funcionando principalmente com base num mecanismo de projeção. Fundamentam-se em dados insuficientes ou imaginários, pressupões críticas e rejeições das quais se procura preservar, muitas vezes rejeitando e projetando a culpa nos outros.
- Socialmente dependente, por isso tem muitas vezes conflitos em relação à necessidade de dependência, pretendendo atração e afeto, mas temendo ser rejeitada.

- Para evitar a rejeição imaginada, procuram manipular os outros, dando-lhe mais segurança.
- Tendem a ter um padrão de comportamentos contraditórios, sendo sujeitos caracterizados por insensíveis em relação aos outros pelos quais se sentem rejeitados, com manifestação de hostilidade, culpa, remorsos em relação à própria conduta (conflitos de dependência-independência).
- Evitam relações íntimas.
- Intolerância à frustração.

Por fim, foi também administrado o questionário de esquemas de Young (YQS-S3), cujos resultados foram os seguintes:

Esquemas mal-adaptativos	Resultados obtidos	Média e Desvio padrão obtido pela população geral	Média e Desvio padrão obtida pela paciente
Abandono	26	<i>M=2.78 e DP=1.20</i>	<i>M=5.2 e DP=3</i>
Desconfiança/Abuso	28	<i>M=2.16 e D.P=.89</i>	<i>M=5.6 e D.P=3.8</i>
Isolamento social	26	<i>M=1.89 e DP=.88</i>	<i>M=5.2 e DP=4.3</i>
Defeito	27	<i>M=1.50 e DP=.76</i>	<i>M=5.4 e DP=4.5</i>
Inibição emocional	26	<i>M=2.19 e DP=.98</i>	<i>M=5.2 e DP=3.7</i>
Padrões excessivos/rígidos de realização	26	<i>M=2.70 e DP=1.03</i>	<i>M=5.2 e DP=2.4</i>

IMPRESSÕES CLÍNICAS, INFERÊNCIAS E CONCLUSÕES

- Os resultados da avaliação psicopatológica indicaram que a avaliada apresenta expressões psicopatológicas nas seguintes dimensões: Depressão; paranoia;

sensibilidade interpessoal, ansiedade, obsessão, fobia e somatização, situada a um nível **muito grave**. Assim sendo, foram encontrados elementos que corroboram com um quadro psicopatológico, a merecer atenção clínica.

- Os resultados da avaliação neuropsicologia indicam *percentis* situados num **NÍVEL MÉDIO**, não apresentando **deterioração cognitiva**.
- Os resultados da avaliação da personalidade indicam que avaliada situa-se num **PERFIL DO TIPO NEURÓTICO- (neurose ansiosa)**.
- Relativamente aos esquemas, verificou-se que a esta utiliza seis esquemas mal adaptativos, sendo eles: **Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento social, Defeito, Inibição emocional e Padrões excessivos/rígidos de realização**, obtendo valores muito superiores à média.

Nota: É importante salientar que a paciente demonstrou uma atitude bastante apelativa ao longo das sessões, podendo este constituir-se um fator relevante para o enviesamento dos resultados obtidos nas avaliações.

02 DE MARÇO DE 2017

ANEXO IV

Protocolo- Symptom Checklist-90 (SLC-90)

SCL - 90 - R

ESTE QUESTIONÁRIO FAZ PARTE DA SUA HISTÓRIA CLÍNICA E ESTÁ SUJEITO AO SEGREDO
PROFISSIONAL

Data	___ / ___ / ___	Psicóloga	
------	-----------------	-----------	--

Nome do Doente			
Idade		Nº do Processo	
Agregado Familiar			
Estado Civil			
Profissão			
Nível de Escolaridade			
Pedido de Referência			

Instruções:

Leia cuidadosamente cada questão que se segue. Estas descrevem uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam sentir. Pense nas últimas semanas, incluindo o dia de hoje, e responda:

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
0	1	2	3	4

Traduzido da versão Espanhola SCL-90-R by Leonard R. Derogatis PH.D.

Uso restrito no **CHTS** na Unidade de Psicologia Clínica

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

ANEXO V

Protocolo- Inventário multifásico da personalidade de Minnesota (M.M.P.I)

Inventário Multifacetado de Personalidade de Minesota (MMPI-II)

Data: ___ / ___ / ___

Nome: _____ Idade: _____

Opções de Respostas: Verdadeiro (V)/Falso (F)

A.1	No decurso destes últimos anos a minha saúde foi geralmente boa.	(E)
A.2	Sinto-me de tão boa saúde como a maior parte dos meus amigos.	(E)
A.3	Nunca me senti tão bem como agora.	(D)
A.4	Conservo sempre o mesmo peso, não engordo nem emagreço.	(E)
A.5	Não me canso facilmente.	(E)
A.6	É raro preocupar-me com a minha saúde.	(E)
A.7	Não fico apreensivo se vejo o médico quando estou doente ou tive algum desastre.	(E)
A.8	Creio que sou mais nervoso que a média das pessoas.	(E)
A.9	Penso que sou mais sensível e creio que sinto as coisas mais profundamente do que as outras pessoas.	(D)
A.10	Tenho muitas poucas vezes dores de cabeça.	(E)
A.11	Muitas vezes, toda a minha cabeça parece doer-me.	(D)
A.12	Muitas vezes tenho a impressão de que a minha cabeça está metida num forno.	(D)
A.13	Parece-me frequentemente ter um peso na cabeça ou no nariz.	(D)
A.14	O alto da minha cabeça parece-me algumas vezes, muito sensível.	(D)
A.15	Sofro de náuseas e de vômitos (sinto-me agoniado muitas vezes).	(D)
A.16	Não me sinto nunca, ou quase nunca, atordoado.	(E)
A.17	Nunca desmaiei.	(E)
A.18	Nunca tive ataques ou convulsões.	(E)
A.19	Já tive períodos durante os quais não era capaz agi sem que mais tarde soubesse exactamente o que tinha feito.	(D)
A.20	Já tive crises durante as quais não era capaz de controlar os meus movimentos e as minhas palavras estando, no entanto, consciente do que se passa à minha volta.	(D)
A.21	Já tive ataques no decurso dos quais perdia ao mesmo tempo a possibilidade de agir e a noção do que se passava à minha volta.	(D)
A.22	Tenho por vezes acessos de riso ou lágrimas que me é impossível controlar.	(D)
A.23	Parece-me que sou praticamente tão capaz como a maior parte das pessoas que me rodeiam.	(E)
A.24	A minha capacidade de ajuizar e apreciar é melhor do que nunca.	(E)
A.25	Há alguma coisa que não regula bem no meu espírito.	(D)
A.26	Não posso fixar a minha atenção.	(D)
A.27	A minha memória parece boa.	(E)
A.28	Estou muito aborrecido porque me esqueço sempre onde ponho as coisas.	(D)
A.29	Creio que não tenho tão bom olfacto como os outros.	(E)
A.30	Em certos momentos sinto cheiros esquisitos.	(D)
A.31	A minha vista não está pior.	(E)
A.32	Posso ler durante muito tempo sem fatigar os olhos.	(E)
A.33	Nunca tive visão dupla (um objecto não me parece nunca em duplicado sem que eu consiga ver que há apenas um).	(E)
A.34	Nunca tive paralisia facial.	(E)
A.35	Oiço aparentemente tão bem como a maior parte das pessoas.	(E)
A.36	É raro sentir zumbidos ou campainhas nos ouvidos.	(E)
A.37	A minha maneira de falar é sempre a mesma, nem mais rápida, nem mais lenta, nem mais rouca, nem mais hesitante.	(E)
A.38	Por vezes a voz falta-me, ou altera-se, mesmo se não estou constipado.	(D)
A.39	Engulo sem nenhuma dificuldade.	(E)
A.40	Sinto muitas vezes um estado de fraqueza geral.	(D)
A.41	Nunca fiquei paralisado nem nunca senti nenhuma fraqueza fora do habitual em nenhum dos meus músculos.	(E)
A.42	Não tenho nenhuma dificuldade em manter o equilíbrio quando caminho.	(E)

A.43	As minhas mãos não se tornaram desajeitadas ou inábeis.	(E)
A.44	Nunca notei que os meus músculos estremeassem ou tremessem de uma maneira incômoda e anormal.	(E)
A.45	Muitas vezes noto que as minhas mãos tremem quando procuro fazer alguma coisa.	(D)
A.46	Quase que não sinto as dores.	(E)
A.47	Em certas partes do meu corpo sinto por vezes sensações de queimaduras, picadas, formigueiro ou adormecimento.	(D)
A.48	Tenho “adormecimentos” numa ou várias regiões da pele.	(D)
A.49	A minha pele é anormalmente sensível ao contacto.	(D)
A.50	É raro eu ter dores na nuca.	(E)
A.51	Não coro mais vezes que os outros.	(E)
A.52	Não coro nunca por assim dizer.	(E)
A.53	Muitas vezes é desagradável sentir que vou corar.	(D)
A.54	O meu pescoço cobre-me muitas vezes de manchas vermelhas.	(D)
A.55	Tenho habitualmente as mãos e os pés relativamente quentes.	(E)
B.1	Pelo menos uma vez por semana tenho bruscamente muito calor sem razão aparente.	(D)
B.2	Não compreendo o que lei tão bem como outrora.	(D)
B.3	Transpiro facilmente, mesmo quando está fresco.	(D)
B.4	Algumas vezes, quando estou atrapalhado começo a transpirar, o que me aborrece.	(D)
B.5	Tenho frequentemente a boca seca.	(D)
B.6	Não tenho tendência para a constipação alérgica nem para a asma.	(E)
B.7	Tusso a maior parte do tempo.	(D)
B.8	Nunca deitei sangue, quer por expectoração quer tossindo.	(E)
B.9	É raro sentir dores no coração ou peito.	(E)
B.10	Quase nunca tive palpitações e fico raramente com falta de ar.	(E)
B.11	Muitas vezes sinto como que um nó na garganta.	(D)
B.12	Tenho bom apetite.	(E)
B.13	Estou quase sempre com fome.	(D)
B.14	Não tenho necessidade frequente de arrotar muito.	(E)
B.15	Tenho muito frequentemente perturbações de estômago e de intestino.	(D)
B.16	Várias vezes por semana tenho uma sensação como que de queimaduras (ardor, azia) no estômago.	(D)
B.17	Tenho indisposições de estômago que se repetem com poucos dias de intervalo (ou ainda com mais frequência).	(D)
B.18	É raro ter prisão de ventre.	(E)
B.19	Tenho diarreia uma vez por mês ou com mais frequência ainda.	(D)
B.20	Os meus intestinos regulam normalmente.	(E)
B.21	Nunca tive fezes negras ou parecendo alcatrão.	(E)
B.22	Não tenho nenhuma dificuldade em começar a urinar ou em reter a urina.	(D)
B.23	Não tenho necessidade de urinar com mais frequência do que os outros.	(E)
B.24	Nunca notei sangue nas minhas urinas.	(E)
B.25	Nunca tive erupção da pele que me tivesse aborrecido.	(E)
B.26	Há alguma coisa que não funciona bem quanto aos meus órgãos genitais.	(D)
B.27	Acordo quase sempre bem disposto.	(E)
B.28	O meu sono é agitado e perturbado.	(D)
B.29	As minhas preocupações têm-me, por vezes, impedido de dormir.	(E)
B.30	Na maioria das vezes adormeço sem ser perturbado por pensamentos ou ideias.	(E)
B.31	O barulho acorda-me facilmente.	(D)
B.32	Posso dormir de dia, mas não de noite.	(D)
B.33	É raro sonhar.	(D)
B.34	Sonho muitas vezes.	(E)
B.35	Tenho pesadelos quase todas as noites.	(D)
B.36	Sonho muitas vezes com coisas que prefiro guardar para mim.	(D)
B.37	Cada um devia procurar compreender os seus sonhos e tomá-los em consideração, quer como guia, quer como advertência.	(D)
B.38	Disseram-me que me levantava, que andava enquanto dormia.	(D)
B.39	Não tomo coisas para dormir sem receita médica.	(E)
B.40	Bebo uma quantia anormal de água por dia.	(D)

B.41	Tomo bebidas alcoólicas em quantidade moderada (ou não bebo de todo).	(D)
B.42	Abusei de bebidas alcoólicas.	(E)
B.43	Tenho a convicção de que não se deveria tomar bebidas alcoólicas.	(D)
B.44	Contraí um ou vários vícios tão tenazes que é inútil lutar.	(D)
B.45	Tenho um ou vários defeitos que são tão grandes que me parece preferível aceitá-los, tentando o seu controle, em vez de tentar desembaraçar-me deles.	(D)
B.46	Na nossa casa tivemos sempre o necessário (alimentação, vestuário, etc).	(E)
B.47	A minha família não gosta da profissão que escolhi (ou que tenciono escolher).	(D)
B.48	Estou persuadido de que tenho em minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que conheço.	(E)
B.49	Fazendo a comparação com outros lares, apercebi-me que havia pouco afecto e intimidades na minha família.	(D)
B.50	Os meus pais tratam-me mais como uma criança do que como adulto.	(D)
B.51	Fui completamente livre e independente de toda a disciplina familiar.	(E)
B.52	Os meus pais têm muitas vezes criticado as minhas companhias.	(D)
B.53	Os meus pais e a minha família encontram-me mais defeitos do que aqueles que tenho.	(D)
B.54	O meu pai ou mãe deram-me muitas vezes ordens às quais obedecia mesmo quando não as julgava razoáveis.	(E)
B.55	Discuto pouco com os membros da minha família.	(E)
C.1	Os membros da minha família e os meus parentes mais próximos entendem-se bem.	(E)
C.2	Certas pessoas da minha família têm um carácter arrebatado.	(E)
C.3	Alguns membros da minha família têm hábitos que me aborrecem e irritam muito.	(D)
C.4	Já me tenho embaraçado com o género de trabalho que um ou vários membros da minha família fizeram.	(D)
C.5	Já tenho ficado horrorizado com acções de algumas pessoas da minha família.	(D)
C.6	Já houve momentos em que tive um grande desejo de abandonar a minha casa.	(D)
C.7	Quase todos os meus parentes simpatizam comigo.	(E)
C.8	Um ou mais membros da minha família são muito nervosos.	(D)
C.9	Tenho razões para me sentir ciumento dum ou mais membros da minha família.	(D)
C.10	De tempos a tempos sinto ódio por membros da minha família que amo habitualmente.	(D)
C.11	Nunca estive apaixonado por ninguém.	(D)
C.12	Já tive decepções amorosas.	(D)
C.13	Amava a minha mãe.	(E)
C.14	A minha mãe era boa.	(E)
C.15	Amava o meu pai.	(E)
C.16	O meu pai era um homem honesto.	(E)
C.17	Tenho agora a mesma capacidade que no passado.	(E)
C.18	Preocupo-me muito com questões de dinheiro e de negócios.	(D)
C.19	Sou muito capaz de largar alguma coisa que queria fazer, porque os outros acham que eu não sou muito competente para a realizar.	(D)
C.20	Sou muito capaz de deixar alguma coisa que queria fazer porque os outros acham que isso não vale a pena.	(D)
C.21	Tenho horror a apressar-me quando trabalho.	(E)
C.22	Tenho mudado de opinião várias vezes, sobre a minha vida profissional.	(D)
C.23	Aborreço-me quando alguém me vê trabalhar, mesmo quando sei que faço bem o meu trabalho.	(D)
C.24	Já tive muitas vezes que receber ordens de alguém que sabia disso menos do que eu.	(D)
C.25	Aconteceu-me muitas vezes fracassar por não poder decidir-me com suficiente rapidez.	(D)
C.26	Como regra prefiro procurar as coisas por mim próprio a pedir a alguém que me mostre a maneira de proceder.	(E)
C.27	Impacienta-me que as pessoas me peçam a opinião ou me interrompam quando trabalho numa coisa importante.	(D)
C.28	Não gosto de parar mesmo por um instante, numa tarefa que tenha começado.	(E)
C.29	Como regra conto realizar o que começo a fazer.	(E)
C.30	Prefiro um trabalho que pede uma grande atenção a outro que me permita ser negligente.	(E)
C.31	Já me tinha acontecido contrariar pessoas que procuravam fazer alguma coisa, não porque isso importasse muito, mas por princípio.	(D)
C.32	Jogo em regra com as "cartas na mesa" com as pessoas que procuro corrigir ou melhorar.	(E)
C.33	É preciso discutir muito para convencer a maior parte das pessoas da verdade.	(E)
C.34	Quando me sinto feliz e activo, vem alguém que está desmoralizado ou triste estragar tudo.	(D)

C.35	Gostava da escola.	(E)
C.36	Tinha dificuldade em aprender na escola.	(D)
C.37	Gosto de ler livros científicos.	(E)
C.38	Gosto de ler os artigos do fundo dos jornais.	(E)
C.39	Gosto de ler livros de História.	(E)
C.40	Gosto de assistir a conferências de assuntos sérios.	(E)
C.41	Gosto de ler e de estudar artigos que dizem respeito ao meu trabalho.	(E)
C.42	Gosto de ler as páginas de crime dos jornais.	(D)
C.43	Aprecio as histórias de detectives ou de mistério.	(E)
C.44	Gosto dos romances e aventuras.	(E)
C.45	Gosto de ler romances e aventuras.	(E)
C.46	A única parte que me interessa dos jornais é a página recreativa.	(D)
C.47	A minha vida sexual é satisfatória.	(E)
C.48	Gosto de "flirtar" ou de namoriscar.	(D)
C.49	Sinto-me atraído por pessoas do sexo oposto.	(E)
C.50	Sou violentamente atraído por pessoas do meu sexo.	(D)
C.51	Sou atormentado por questões sexuais.	(D)
C.52	A maior parte dos meus sonhos trata de coisas sexuais.	(D)
C.53	Gostaria de não ser atormentado por pensamentos de ordem sexual.	(D)
C.54	As coisas sexuais repugnam-me.	(D)
C.55	Sinto-me sempre chocado por histórias porcas.	(D)
D.1	Evito, se posso, espectáculos de ordem sexual.	(E)
D.2	Gosto de falar de coisas sexuais.	(D)
D.3	Um grande número de pessoas é culpado por ter uma má conduta sexual.	(E)
D.4	Quando um homem está com uma mulher, geralmente pensa em coisas que se relacionem com o seu sexo.	(D)
D.5	Nunca tive práticas sexuais que não fossem as habituais.	(E)
D.6	Dever-se-ia ensinar às crianças todos os principais factos das questões sexuais.	(E)
D.7	Creio que as mulheres deveriam ter tanta liberdade sexual como os homens.	(D)
D.8	Sou muito religioso (mais do que a maior parte das pessoas).	(D)
D.9	A religião não me causa preocupações.	(E)
D.10	Vou à Igreja quase todas as semanas.	(E)
D.11	Rezo várias vezes por dia.	(E)
D.12	Leio livros religiosos várias vezes por semana.	(D)
D.13	Creio que há uma só religião verdadeira.	(D)
D.14	Não suporto as pessoas que crêem que não há senão uma religião verdadeira.	(E)
D.15	Creio que Deus existe.	(E)
D.16	Acredito que o diabo existe e que há um inferno depois da morte.	(D)
D.17	Creio numa outra vida.	(E)
D.18	Acredito numa segunda vinda de Cristo.	(E)
D.19	Cristo faz milagres, como por exemplo transformar a água em vinho.	(E)
D.20	Os únicos milagres que conheço são simples passes de prestidigitação ou truques grosseiros.	(E)
D.21	Um padre pode curar impondo as mãos sobre a nossa cabeça.	(D)
D.22	Tudo está em vias de acontecer como os profetas da Bíblia o predisseram.	(D)
D.23	A minha alma abandona por vezes o meu corpo.	(D)
D.24	Sou um enviado especial de Deus.	(D)
D.25	Já tenho tido experiências religiosas pouco vulgares.	(D)
D.26	Inspirei-me num programa de vida baseado no dever, e desde então tenho-o seguido rigorosamente.	(D)
D.27	Quando criança fazia muitas vezes gazeta à escola.	(D)
D.28	As minhas notas de comportamento nas aulas eram geralmente más.	(D)
D.29	Na minha juventude fui uma, ou várias vezes, expulso da escola por indisciplina.	(D)
D.30	Fui chamado algumas vezes ao director da escola por indisciplina.	(D)
D.31	Adorava agitação na minha infância.	(E)
D.32	Num certo período na minha infância aconteceu-me cometer pequenos roubos.	(E)
D.33	Penso que fui muitas vezes castigado sem razão.	(D)
D.34	Quando era criança pertencia a um bando que procurava manter-se contra tudo e todos.	(D)
D.35	Nunca fiz nada de perigoso pelo simples prazer do perigo.	(E)

D.36	Aprecio muito mais um jogo ou uma corrida quando faço apostas.	(D)
D.37	Gosto de arriscar pequenas importâncias ao jogo.	(D)
D.38	O meu comportamento depende, numa grande medida, dos hábitos do meu meio.	(E)
D.39	Acho muitas vezes necessário intervir para defender o meu ponto de vista.	(E)
D.40	Sinto-me muitas vezes inclinado a fazer o impossível para ganhar vantagem sobre alguém que se tenha oposto aos meus desejos.	(D)
D.41	Tenho ideias políticas muito assentes.	(D)
D.42	Acredito na eficácia da lei.	(E)
D.43	Seria muito melhor se quase todas as leis fossem suprimidas.	(D)
D.44	Fico sempre desgostoso com a justiça quando um criminoso é libertado graças aos argumentos de um advogado inteligente.	(E)
D.45	As pessoas exigem geralmente mais respeito pelos seus direitos pessoais do que elas têm a intenção de conceder aos dos outros.	(E)
D.46	No seu foro íntimo, a maior parte das pessoas não gosta de se maçar para ajudar os outros.	(D)
D.47	A maior parte das pessoas cria amizades porque estas podem ser-lhes úteis mais tarde.	(D)
D.48	Creio que muitas pessoas exageram as suas desgraças, só para obter a simpatia e a ajuda dos outros.	(D)
D.49	Não censuro uma pessoa que se aproveita de alguém que se deixa levar.	(D)
D.50	É sobretudo o «medo da polícia» que torna honesta a maior parte das pessoas.	(D)
D.51	Sou contra ao princípio de dar esmola aos mendigos.	(D)
D.52	Creio que a maior parte das pessoas seria capaz de mentir para obter uma vantagem.	(D)
D.53	Creio que quase toda a gente diria uma mentira para se livrar de uma situação difícil.	(D)
D.54	Quase toda a gente preferiria empregar meios pouco elegantes para obter uma vantagem em vez de a perder.	(D)
D.55	O homem que faz nascer a tentação, deixando sem protecção objectos valiosos, é tão culpado como aquele que os roubou.	(D)
E.1	Se várias pessoas se encontram metidas num sarilho, o melhor que têm a fazer é porem-se de acordo sobre uma história e manterem-na.	(D)
E.2	Certas pessoas são-me de tal maneira antipáticas que sinto um prazer secreto em vê-las apanhadas em falso.	(D)
E.3	Penso que o melhor para mim é calar-me quando estou numa situação má.	(E)
E.4	Quando estou num «beco sem saída» não digo senão a parte da verdade que não me prejudica.	(D)
E.5	Se me encontrasse numa má situação com vários amigos que seriam tão culpados quanto eu, preferiria que toda a acusação caísse sobre mim e denunciá-los.	(D)
E.6	Acho bem contornar a lei se a não violarmos completamente.	(D)
E.7	Não censuro aquele que quer aproveitar tudo o que pode neste mundo vil.	(D)
E.8	Uma pessoa não devia ser punida por ter violado uma lei que julga irrazoável.	(D)
E.9	Quando alguém me faz mal, sinto que lhe devo pagar na mesma moeda, se puder, por uma questão de princípio.	(D)
E.10	Adoraria vencer um desafio no meu próprio terreno.	(D)
E.11	Já me aconteceu ter tido tal prazer em observar a habilidade de um batoteiro que tive esperança, que ele não fosse apanhado.	(D)
E.12	Nunca tive aborrecimentos com os tribunais.	(E)
E.13	Os polícias são, geralmente, pessoas honestas.	(E)
E.14	Nunca fiquei particularmente inquieto com aborrecimentos ou doenças que pudessem ter os membros da minha família.	(E)
E.15	Não ficaria inquieto se alguém da minha família tivesse aborrecimentos com a justiça.	(D)
E.16	Quando tomo conta de um novo emprego gosto de ser informado sobre a pessoa que trabalha ao meu lado.	(D)
E.17	Nunca tive aborrecimentos por causa do meu comportamento sexual.	(E)
E.18	É-me indiferente encontrar desconhecidos.	(E)
E.19	Na minha infância não gostava de ser membro de um bando ou de um grupo.	(D)
E.20	Gosto de crianças.	(E)
E.21	Nunca sou tão feliz como quando estou só.	(D)
E.22	Detesto ter pessoas à minha volta.	(D)
E.23	Não dirijo a palavra a desconhecidos antes que eles me tenham falado.	(D)
E.24	Prefiro ignorar os amigos de escola ou as pessoas que eu conheço, mas que não vejo há muito tempo, a não ser que eles me dirijam a palavra primeiro.	(D)
E.25	Seria muito feliz se vivesse sozinho numa cabana na floresta ou na montanha.	(D)

E.26	Acontece-me muitas vezes não participar na conversa ou no cavaquear do grupo em que me encontro.	(D)
E.27	Nas reuniões prefiro instalar-me só simplesmente com uma outra pessoa em vez de me misturar com a multidão.	(D)
E.28	Adoro ir a bailes.	(E)
E.29	Adoro as recepções simplesmente porque gosto de me encontrar em sociedade.	(E)
E.30	Gosto da excitação de uma multidão.	(E)
E.31	Quando começo a aborrecer-me gosto de inventar um divertimento.	(D)
E.32	Os meus aborrecimentos parecem desaparecer quando estou em companhia de um grupo alegre de amigos.	(E)
E.33	Gosto de fazer parte de um grupo em que se «gozem» uns aos outros.	(E)
E.34	Gosto de ir a recepções ou a reuniões em que haja muitos divertimentos ruidosos.	(E)
E.35	Gosto de fazer parte de vários clubes ou agrupamentos.	(E)
E.36	Sou muito sociável.	(E)
E.37	Ninguém parece compreender-me.	(D)
E.38	Parece-me que faço amigos tão depressa como qualquer outra pessoa.	(E)
E.39	Sou estimado pela maior parte das pessoas que me conhecem.	(E)
E.40	Tenho toda a simpatia que desejo.	(E)
E.41	Aprecio muito os vários jogos e distrações.	(E)
E.42	Recuso participar em certos jogos porque não sou forte neles.	(D)
E.43	Quando me encontro num grupo tenho dificuldade em encontrar as coisas que convém dizer.	(D)
E.44	É-me difícil entabular uma conversação quando encontro novas pessoas.	(D)
E.45	Gosto de «gozar» as pessoas.	(D)
E.46	É-me indiferente ser gozado.	(E)
E.47	Esforço-me por fixar histórias divertidas para as contar.	(E)
E.48	Não me preocupo nunca com o meu aspecto exterior.	(D)
E.49	É-me indiferente não ter uma melhor aparência.	(E)
E.50	Faço muitas coisas que lamento (lamento mais coisas e mais frequentemente que os outros, parece-me).	(D)
E.51	Não gosto de ver as mulheres a fumar.	(E)
E.52	As pessoas decepcionam-me muitas vezes.	(D)
E.53	É mais seguro não ter confiança em ninguém.	(D)
E.54	Posso ser amigo de pessoas que agem de uma maneira que reprovoo.	(E)
E.55	No comboio, no autocarro, etc... falo muitas vezes com desconhecidos.	(E)
F.1	A maior parte do tempo gostaria mais de ficar sentado a sonhar do que a fazer o que quer que fosse.	(D)
F.2	Não ficaria embaraçado por ser chamado a iniciar uma discussão ou a dar uma opinião num grupo sobre qualquer coisa que conhecesse bem.	(E)
F.3	Nas aulas era-me muito difícil falar diante dos outros.	(D)
F.4	Fico facilmente embaraçado.	(D)
F.5	Gostaria de não ser tímido.	(D)
F.6	Não me preocupo particularmente com efeito que produzo.	(E)
F.7	Não fico incomodado com o que os outros pensam de mim.	(E)
F.8	Sinto-me embaraçado a representar alguma coisa diante de um grupo de amigos mesmo quando todos participam na representação.	(D)
F.9	Muitas vezes tenho que lutar contra a minha timidez para evitar que ela se mostre.	(D)
F.10	Sou mais sensível do que a maior parte das pessoas.	(D)
F.11	Em geral defendo afincamente a opinião pessoal.	(E)
F.12	É-me por vezes difícil defender os meus direitos porque sou muito reservado.	(D)
F.13	Já me tem acontecido ficar afastado de alguém porque tive receio de fazer ou dizer alguma coisa que pudesse lamentar de seguida.	(D)
F.14	Não tenho dificuldade em pedir um favor a pessoas amigas mesmo se não posso retribuir-lho.	(D)
F.15	É raro sonhar acordado.	(E)
F.16	Tenho uma vida imaginária de que não falo.	(D)
F.17	É-me impossível falar de mim, mesmo seja a quem for.	(D)
F.18	Certos assuntos tocam-me tão profundamente que não posso falar deles.	(D)
F.19	É sempre bom ser sincero.	(E)
F.20	Gosto de fazer compreender às pessoas aquilo que penso.	(E)
F.21	Não me dou ao trabalho de esconder de certas pessoas a fraca opinião que tenho a seu respeito.	(D)

F.22	Simpatizo com todos aqueles que têm tendência para colocar de lado os seus aborrecimentos e as suas queixas.	(D)
F.23	É raro que exprima violentamente a minha aprovação ou desaprovação das acções dos outros.	(D)
F.24	Fico por vezes de tal forma furioso por ver alguém passar à minha frente numa fila que lhe faço por isso uma observação.	(D)
F.25	Sinto-me muito afectado pelo facto de ter sido dominado por alguém a um ponto tal, que tenha de admitir que ele era superior.	(D)
F.26	Tive por vezes que ser grosseiro com pessoas que eram grosseiras ou impertinentes.	(D)
F.27	Sou capaz de esconder os meus sentimentos a respeito de certas questões, a tal ponto que as pessoas podem ferir-me moralmente sem que dêem por isso.	(E)
F.28	As pessoas enganaram-se muitas vezes sobre as minhas intenções quando tentava fazer-lhes um favor ou ajudá-las.	(D)
F.29	Não procuro contradizer as pessoas que se enganam.	(E)
F.30	Tenho muitas vezes encontrado pessoas invejosas das minhas boas ideias. Simplesmente porque elas não as tinham tido primeiro.	(D)
F.31	Impaciento-me facilmente com as pessoas.	(D)
F.32	Aborreço-me muitas vezes por ser tão susceptível e teimoso.	(E)
F.33	Muitas vezes não compreendo porque fui teimoso e resmungão.	(D)
F.34	A crítica e a troça ferem-me cruelmente.	(D)
F.35	Mesmo quando estou com muita gente sinto-me só a maior parte do tempo.	(D)
F.36	Queria ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.	(D)
F.37	Sou habitualmente calmo e não me encolerizo facilmente.	(E)
F.38	Tenho habitualmente a impressão de que a vida vale a pena ser vivida.	(E)
F.39	A minha vida habitual está cheia de coisas que me interessam.	(E)
F.40	Não consigo fazer nada bem.	(D)
F.41	Tenho tendência a abandonar rapidamente as coisas quando elas correm mal.	(D)
F.42	Tenho dificuldade em começar a fazer qualquer coisa.	(D)
F.43	Por momentos, o meu espírito parece trabalhar mais lentamente do que o costume.	(D)
F.44	Já tive períodos (dias, semanas ou meses) durante os quais não podia fazer nada como devia ser, porque não me conseguia interessar.	(D)
F.45	Estou muitas vezes «neura».	(D)
F.46	Surpreendo-me muitas vezes a criar preocupações.	(D)
F.47	Muitas vezes, mesmo quando tudo corre maravilhosamente admiro-me de não sentir inquietação.	(D)
F.48	É raro estar «neura».	(E)
F.49	Estou muitas vezes melancólico.	(D)
F.50	A maior parte do tempo tenho a sensação de ter fugido a alguma coisa errada ou má.	(D)
F.51	Choro facilmente.	(D)
F.52	Os meus sentimentos não são feridos com facilidade.	(E)
F.53	Tenho tido muitas vezes a impressão desagradável de ter sido mal compreendido quando procurava impedir alguém de fazer uma asneira.	(D)
F.54	Sinto a tal ponto as decepções que não consigo libertar delas o meu espírito.	(D)
F.55	O futuro apresenta-se-me sem esperança.	(D)
G.1	Sinto quase sempre ansiedade, quer por alguém, quer por alguma coisa.	(D)
G.2	Várias vezes por semana, tenho o pressentimento de que alguma coisa de terrível está para acontecer.	(D)
G.3	Tenho a convicção de que os meus pecados são imperdoáveis.	(D)
G.4	Não tenho vivido uma vida perfeitamente recta.	(D)
G.5	Tenho-me sentido muitas vezes culpado porque pretendi que estava muito mais desgostoso, por alguma coisa, do que realmente estava.	(D)
G.6	Tenho certamente tido mais do que a minha parte de aborrecimentos.	(D)
G.7	Não pareço preocupar-me com o que me acontece.	(D)
G.8	Mereço um castigo severo pelos meus pecados.	(D)
G.9	Tenho a convicção de que sou um indivíduo condenado.	(D)
G.10	Desejo muitas vezes estar morto.	(D)
G.11	Tudo me é indiferente.	(D)
G.12	Sinto-me feliz quase sempre.	(E)
G.13	Enerva-me ser obrigado a esperar.	(D)
G.14	Tenho tendência a interessar-me por várias ocupações simultaneamente em vez de me	(E)

H.10	Eu pergunto-me frequentemente qual pode ser a razão escondida porque uma pessoa é amável comigo.	(D)
H.11	Creio que se conspira alguma coisa contra mim.	(D)
H.12	Já tenho tido experiências muito particulares e estranhas.	(D)
H.13	Tenho pensamentos estranhos e especiais.	(D)
H.14	Alguém tentou envenenar-me.	(D)
H.15	Alguém procurou roubar-me.	(D)
H.16	As pessoas fazem observações grosseiras e que ferem, a meu respeito.	(D)
H.17	Há pessoas que procuram aproveitar os meus pensamentos e ideias.	(D)
H.18	Se me dessem uma oportunidade poderia realizar coisas que seriam muito úteis ao mundo.	(D)
H.19	Sou uma personagem importante.	(D)
H.20	Oiço coisas estranhas quando estou só.	(D)
H.21	Oiço frequentemente vozes sem distinguir de onde elas vêm.	(D)
H.22	Quando estou em sociedade fico contrariado porque oiço coisas estranhas.	(D)
H.23	Nunca tive visões.	(E)
H.24	Vejo objectos, animais, pessoas em volta de mim que os outros não vêem.	(D)
H.25	Há momentos em que sou possuído por espíritos.	(D)
H.26	Sei quem é o responsável pela maioria dos meus aborrecimentos.	(D)
H.27	Gosto de visitar sítios que não conhecia antes.	(E)
H.28	Fico ansioso e transtornado quando tenho que me afastar algum tempo da minha casa.	(D)
H.29	Devo reconhecer que já me tem acontecido preocupar-me em demasia por uma razão, que na realidade não valia a pena.	(D)
H.30	Acontece-me quase todos os dias alguma coisa que me apavora.	(D)
H.31	Tenho poucos terrores em comparação com os meus amigos.	(E)
H.32	Já tenho ficado apavorado por coisas ou por pessoas que eu sabia, no entanto, que não podiam fazer-me mal.	(D)
H.33	Não tenho medo de mexer em grandes somas de dinheiro.	(E)
H.34	Tenho medo de relâmpagos.	(D)
H.35	Uma tempestade aterroriza-me.	(D)
H.36	Não tenho medo do fogo.	(E)
H.37	Alguns animais põe-me nervoso.	(D)
H.38	Não tenho muito medo de serpentes.	(E)
H.39	Não tenho medo de ratos.	(E)
H.40	Não tenho medo de aranhas.	(E)
H.41	A água não me faz medo.	(E)
H.42	A sujidade apavora-me ou mete-me nojo.	(D)
H.43	Não me preocupo a respeito de doenças que possa possuir.	(E)
H.44	Não tenho medo que as maçanetas das portas me transmitam doenças ou micróbios.	(E)
H.45	Estremeço à ideia de um tremor de terra.	(D)
H.46	Tenho medo de estar só no escuro.	(D)
H.47	Tenho medo quando dum lugar elevado, olho para baixo.	(D)
H.48	Tenho medo de me encontrar só num grande espaço deserto.	(D)
H.49	Sinto-me pouco à vontade no interior das casas.	(D)
H.50	Tenho medo de me encontrar fechado num pequeno compartimento.	(D)
H.51	Evito tanto quanto possível encontrar-me no meio de uma multidão.	(D)
H.52	Não tenho receio de entrar numa sala onde estejam outras pessoas a conversar.	(E)
H.53	Fico apreensivo se tenho de me servir de uma faca ou de outro objecto cortante e pontiagudo.	(D)
H.54	Ver sangue não me apavora nem me deixa doente.	(E)
H.55	Tenho medo de enlouquecer.	(D)
I.1	Posso facilmente meter medo a outra pessoa, por vezes faço-o para me divertir.	(D)
I.2	Divirto-me por vezes a fazer mal às pessoas de quem gosto.	(D)
I.3	Já tenho encontrado, por vezes, prazer em ser chocado e magoado por alguém que eu amava.	(D)
I.4	Arrelio por vezes os animais.	(E)
I.5	Devia-se bater ou dar pontapés nos cavalos que não andam.	(E)
I.6	Não me aborrece particularmente ver sofrer os animais.	(D)
I.7	Acontece-me ser muitas vezes atraído irresistivelmente por objectos pessoais, como sapatos, luvas, etc... a tal ponto de querer procurá-los ou comprá-los, mesmo quando não me podem servir para nada.	(D)

	consagrar a uma única tarefa durante muito tempo.	
G.15	Sou facilmente conquistado por uma ideia nova.	(D)
G.16	Uma coisa interessante faz-me sair quase sempre da «neura».	(E)
G.17	Gosto que as pessoas não possam adivinhar o que vou fazer.	(D)
G.18	Sinto-me por vezes cheio de vitalidade, sem razão especial.	(E)
G.19	Já me aconteceu encontrar problemas com soluções tão diversas que fui incapaz de reflectir neles seriamente.	(D)
G.20	Uma vez por semana, pelo menos, sinto-me exaltado.	(D)
G.21	Tenho períodos de tal agitação que sou incapaz de ficar muito tempo sentado numa cadeira.	(D)
G.22	Por vezes, estou de tal modo excitado, que tenho dificuldade em adormecer.	(D)
G.23	Sinto-me por momentos cheio de energia.	(E)
G.24	Acontece-me por vezes estar tão excitado que durante estes períodos o sono não me parece necessário.	(D)
G.25	Sem razão especial, e mesmo quando as coisas correm mal, sinto-me por vezes extraordinariamente feliz.	(D)
G.26	Tenho a impressão por momentos, de que o meu espírito funciona melhor que o habitual.	(E)
G.27	Dizem muitas vezes que sou arrebatado (precipitado, violento).	(D)
G.28	Não fico facilmente encolerizado.	(E)
G.29	Assim como me encolerizo depressa também esqueço.	(D)
G.30	Os meus pensamentos correm por vezes mais depressa do que consigo exprimi-los.	(E)
G.31	Tenho por vezes a impressão de que vou destruir tudo.	(D)
G.32	Sinto por vezes desejos de brigar com alguém.	(D)
G.33	Tenho «bicho-carpinteiro» e não sou feliz senão quando passeio ou viajo.	(D)
G.34	Por vezes oiço tão nitidamente que isso me irrita.	(D)
G.35	Esqueço-me do que as pessoas me dizem.	(D)
G.36	Preciso em regra de parar e reflectir antes de passar à acção, mesmo para coisas insignificantes.	(D)
G.37	Insisto, por vezes, de tal maneira numa coisa que os outros perdem a paciência.	(D)
G.38	Quando saio de casa nunca me preocupo com o ter fechado as portas e as janelas.	(E)
G.39	Lembro-me muitas vezes de números que não têm importância nenhuma (números de placas de automóveis, etc.).	(D)
G.40	Quando caminho tomo o cuidado de não colocar o pé nas frinchas da calçada.	(D)
G.41	- Habituei-me a contar coisas que não têm importância nenhuma, como por exemplo: lâmpadas, sinais, etc.	(D)
G.42	Acontece-me que um pensamento sem importância se fixa no meu espírito durante vários dias.	(D)
G.43	Acodem-me muitas vezes ao espírito palavrões e palavras obscenas e não consigo desembaraçar-me delas.	(D)
G.44	Tem-me sido por vezes impossível impedir-me de roubar ou «surripiar» qualquer coisa.	(D)
G.45	Acontece-me muitas vezes atravessar a rua para evitar encontrar alguém.	(D)
G.46	O meu olhar é atraído pelo fogo.	(D)
G.47	Sinto por vezes uma necessidade muito forte de fazer alguma coisa de nocivo ou de chocante.	(D)
G.48	Sou por vezes impellido a fazer mal a alguém ou a mim próprio.	(D)
G.49	Quando alguém se engana, ou diz tolices, tento corrigi-lo.	(D)
G.50	Há pessoas que se mostram de tal maneira autoritárias que sinto necessidade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que esteja seguro de que elas têm razão.	(D)
G.51	Tenho muitas vezes a impressão de que as coisas não são reais.	(D)
G.52	Não tenho inimigos que queiram realmente prejudicar-me.	(E)
G.53	Se as pessoas não me quisessem mal, teria tido certamente mais sucesso.	(D)
G.54	Alguém me quer mal.	(D)
G.55	Estou convencido de que nunca terei sorte.	(D)
H.1	Fico contrariado quando as pessoas na rua, no autocarro ou nas lojas olham para mim.	(D)
H.2	Já tenho dito muitas vezes a impressão que desconhecidos me olham como para me criticarem.	(D)
H.3	Estou certo de que se fala de mim.	(D)
H.4	Tenho a impressão de ser seguido.	(D)
H.5	Tenho por vezes a convicção de que o que penso se lê na minha cara.	(D)
H.6	Já têm tentado influenciar-me.	(D)
H.7	Alguém controla o meu espírito.	(D)
H.8	Em uma ou várias épocas da minha vida senti que alguém procurava hipnotizar-me.	(D)
H.9	Tenho tendências a pôr-me em guarda com as pessoas que têm uma atitude mais amigável do que aquela que esperava delas.	(E)

I.8	Ninguém se preocupa com o que possa acontecer-nos.	(D)
I.9	Um homem que é capaz de trabalhar seriamente tem uma boa oportunidade de triunfar.	(E)
I.10	O futuro é demasiado incerto para que se possam fazer projectos a sério.	(D)
I.11	É magnífico viver na nossa época quando tantas coisas importantes acontecem.	(D)
I.12	Acho difícil neste momento não perder a esperança de chegar a qualquer coisa.	(D)
I.13	Os meus conflitos mais duros são contra mim mesmo.	(E)
I.14	Peço com frequência conselhos às outras pessoas.	(E)
I.15	Os meus projectos parecem por vezes tão cheios de dificuldades que tenho de abandoná-los.	(D)
I.16	Tenho tido muitas vezes superiores que pareciam arranjar as coisas para receber o benefício do que se tinha feito de bom no seu serviço, mas que seriam muitíssimo capazes de lançar as culpas nos seus aborrecimentos.	(D)
I.17	Gostaria de deixar de me atormentar com as coisas que disse e que podem ferir os sentimentos dos outros.	(D)
I.18	Tenho com frequência de dormir uma noite antes de me decidir sobre um assunto. (Aconselhar-me com o travesseiro).	(D)
I.19	Já tem acontecido esgotar-me por querer fazer demasiadas coisas ao mesmo tempo.	(E)
I.20	Podem fazer-me mudar facilmente de opinião mesmo quando já fiz o meu próprio juízo.	(D)
I.21	Lembro-me de ter fingido doente para evitar qualquer coisa.	(D)
I.22	Tem-me acontecido muitas vezes encontrar pessoas que eram tidas por especialistas e não sabiam disso mais do que eu.	(E)
I.23	Tenho mais dificuldades em me concentrar que a maioria das pessoas.	(D)
I.24	Já me aconteceu várias vezes ser o último a renunciar a uma coisa difícil de fazer.	(E)
I.25	Aconteceu-me várias vezes renunciar a alguma coisa por falta de confiança em mim mesmo.	(D)
I.26	Sou facilmente vencido numa discussão.	(D)
I.27	É-me difícil fixar o espírito num trabalho ou numa ocupação.	(D)
I.28	Se me dessem oportunidade, eu saberia levar as multidões (ser um bom guia de multidões).	(E)
I.29	É para mim como que um fracasso saber do sucesso de alguém que conheço bem.	(D)
I.30	A minha maneira de agir é muitas vezes mal interpretada pelos outros.	(D)
I.31	Tem-me acontecido algumas vezes ter a impressão de que não conseguiria nunca vencer as dificuldades que se iam acumulando.	(D)
I.32	Acontece-me tomar as coisas pelo lado mau.	(D)
I.33	Sou uma pessoa extremamente nervosa.	(D)
I.34	Trabalho num estado de grande tensão.	(D)
I.35	A vida representa para mim um esforço contínuo.	(D)
I.36	Acontece-me pensar que não sirvo para nada.	(D)
I.37	Sinto-me por vezes inútil.	(D)
I.38	Penso muitas vezes: "Gostaria de ser ainda uma criança".	(D)
I.39	Não tenho, certamente, confiança em mim.	(D)
I.40	Tenho uma confiança total em mim.	(E)
I.41	Recuo diante das dificuldades ou das crises.	(D)
I.42	Creio que gostaria muito do trabalho de costureiro.	(D)
I.43	Prefiro as histórias de aventuras às histórias sentimentais.	(E)
I.44	Se fosse artista, gostaria de desenhar flores.	(D)
I.45	Gostava de brincar ao "jogo do lenço".	(D)
I.46	Gosto de arranjar uma fechadura de porta.	(E)
I.47	Gosto ou já gostei de pesca.	(E)
I.48	Faz-me zangar estar com pessoas que forçam a apressar-me.	(D)
I.49	Creio que gostaria muito do trabalho de guarda-florestal.	(D)
I.50	Gosto da ciência.	(E)
I.51	Gosto muito da caça.	(D)
I.52	Gostaria de caçar um leão em África.	(D)
I.53	Gostaria de ser florista.	(D)
I.54	Assusto-me só de pensar em possíveis acidentes.	(D)
I.55	Quando estou num sítio elevado, tenho vontade de saltar lá para baixo.	(D)
J.1	Gostaria de ser enfermeiro.	(D)
J.2	Gostaria de ser corredor de automóveis.	(D)
J.3	Preferiria trabalhar habitualmente com mulheres.	(E)
J.4	Tenho a impressão de que por vezes me vou aniquilar.	(D)

J.5	Gosto de revistas técnicas.	(E)
J.6	Tem-me acontecido, muitas vezes ter terrores no meio da noite.	(D)
J.7	Penso que gostaria do trabalho de construtor civil.	(D)
J.8	Gostaria de ser secretário particular.	(D)
J.9	Não gosto de tomar banho.	(D)
J.10	Gostaria de ser militar.	(D)
J.11	Gosto de cozinhar.	(D)
J.12	Gosto de coleccionar flores ou plantas trepadeiras.	(D)
J.13	Sinto-me com frequência muito fatigado.	(D)
J.14	Dou muita atenção à maneira como me visto.	(D)
J.15	Por vezes, um dos meus sonhos, repete-se.	(D)
J.16	Suporto tão bem as dores como os outros.	(E)
J.17	Penso que a Rainha Santa Isabel era maior do que Afonso Henriques.	(E)
J.18	Gosto da poesia.	(D)
J.19	Se fosse repórter, era para a rubrica teatral que iriam as minhas preferências.	(D)
J.20	Se fosse artista, gostaria de desenhar crianças.	(D)
J.21	Já me aconteceu ter companheiros imaginários.	(D)
J.22	Gosto de mulheres altas.	(D)
J.23	Gostaria de ser jornalista.	(D)
J.24	Gosto de teatro.	(D)
J.25	Tive um diário.	(D)
J.26	Gostei da história da «Branca de Neve».	(D)
J.27	Gosto muito das cenas de amor no cinema.	(E)
J.28	Gosto imenso de montar a cavalo.	(E)
J.29	Se fosse repórter gostaria de escrever artigos desportivos.	(D)
J.30	A pessoa a quem estava mais ligada e que mais estimava na minha infância era uma mulher (mãe, irmã, tia ou outra mulher).	(E)
J.31	Em nenhum momento da minha vida gostei de brincar com bonecas.	(E)
J.32	Gostaria de ser cantor.	(D)
J.33	Gosto das reuniões e da sociedade.	(D)
J.34	Creio que gostaria muito do trabalho de bibliotecário.	(D)
J.35	Gosto de homens de aspecto feminino.	(E)
J.36	Tenho muitas vezes medo do escuro.	(D)
J.37	Gostava de jogar ao eixo.	(D)
J.38	Gosto de mulheres de aspecto masculino.	(E)
J.39	O homem com quem, tive maior contacto na minha infância era muito severo comigo (o meu pai, o meu padrasto, etc.).	(D)
J.40	Já tenho desejado muitas vezes ser uma rapariga (ou se você é uma mulher: nunca lamentei ser uma rapariga).	(D)
J.41	Acontece-me, por vezes, pensar em coisas demasiado más para poder falar nelas.	(E)
J.42	Nem sempre digo a verdade.	(E)
J.43	Encolerizo-me algumas vezes.	(E)
J.44	Por vezes, quando não me sinto bem, fico de mau humor.	(E)
J.45	Se pudesse entrar num cinema sem pagar e estar certo de que ninguém me via fá-lo-ia de certeza.	(E)
J.46	Gosto de conhecer pessoas importantes, porque isto me dá a impressão de ser também uma pessoa importante.	(E)
J.47	Não gosto de todas as pessoas que conheço.	(E)
J.48	Acontece-me ser um pouco maldizente.	(E)
J.49	Acontece-me votar nas eleições por homens que conheço mal.	(E)
J.50	Sucedo-me por vezes rir de uma piada grosseira.	(E)
J.51	Tenho por vezes desejo de praguejar.	(E)
J.52	Não leio todos os dias o artigo de fundo do jornal.	(E)
J.53	Acontece-me guardar para amanhã o que deveria ser feito hoje.	(E)
J.54	As minhas maneiras à mesa não são sempre tão boas em casa como quando como fora e estou acompanhado.	(E)
J.55	Gosto mais de ganhar que perder ao jogo.	(E)

ANEXO VI

Protocolo e folha de cotação- Questionário de Esquemas de Young

(YQS-S3)

QUESTIONÁRIO DE ESQUEMAS DE YOUNG — 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 agrada 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

YSQ-S3
Scoring Key
 Jeffrey Young, Ph.D.

Nome: _____ Data: _____

Privação Emocional

1 _____ 19 _____ 37 _____ 55 _____ 73 _____ Total _____ Mean _____

Abandono

2 _____ 20 _____ 38 _____ 56 _____ 74 _____ Total _____ Mean _____

Desconfiança/Abuso

3 _____ 21 _____ 39 _____ 57 _____ 75 _____ Total _____ Mean _____

Isolamento Social

4 _____ 22 _____ 40 _____ 58 _____ 76 _____ Total _____ Mean _____

Defeito

5 _____ 23 _____ 41 _____ 59 _____ 77 _____ Total _____ Mean _____

Fracasso

6 _____ 24 _____ 42 _____ 60 _____ 78 _____ Total _____ Mean _____

Dependência/Incompetência Funcional

7 _____ 25 _____ 43 _____ 61 _____ 79 _____ Total _____ Mean _____

Vulnerabilidade ao dano ou doença

8 _____ 26 _____ 44 _____ 62 _____ 80 _____ Total _____ Mean _____

Emaranhamento

9 _____ 27 _____ 45 _____ 63 _____ 81 _____ Total _____ Mean _____

Subjugação

10 _____ 28 _____ 46 _____ 64 _____ 82 _____ Total _____ Mean _____

Auto-sacrifício

11 _____ 29 _____ 47 _____ 65 _____ 83 _____ Total _____ Mean _____

Inibição emocional

12 _____ 30 _____ 48 _____ 66 _____ 84 _____ Total _____ Mean _____

Padrões excessivos/rígidos de realização

13 _____ 31 _____ 49 _____ 67 _____ 85 _____ Total _____ Mean _____

Grandiosidade

14 _____ 32 _____ 50 _____ 68 _____ 86 _____ Total _____ Mean _____

Auto Disciplina/auto-controlo insuficientes

15 _____ 33 _____ 51 _____ 69 _____ 87 _____ Total _____ Mean _____

Procura de aprovação/reconhecimento

16 _____ 34 _____ 52 _____ 70 _____ 88 _____ Total _____ Mean _____

Pessimismo/preocupação

17 _____ 35 _____ 53 _____ 71 _____ 89 _____ Total _____ Mean _____

Auto-punição

18 _____ 36 _____ 54 _____ 72 _____ 90 _____ Total _____ Mean _____

Cotação total para YSQ: _____

ANEXO VII

Registo de Atividades Distrativas e Prazerosas- Caso clinico

ANEXO VIII

Protocolo-Relaxamento Muscular e Pogressivo de Jacobson

TREINO DE RELAXAMENTO PARA 16 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. Mão e braço dominante:

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos da mão e braço dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, fechando o punho.

AGORA.....

Sinta a tensão na mão, sobre as articulações e, mais acima, até ao braço.”

(manter a contracção durante 15 segundos)

RELAXE....

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento.

Focalize as sensações no músculo à medida que ele vai ficando mais e mais relaxado....”

(manter a descontração durante 30-40 segundos)

2. Bíceps dominante:

“Gostava que passasse para o bíceps dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o cotovelo para baixo, contra o braço da cadeira.

AGORA....

Sinta os músculos a puxar...

Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados. (manter a contração durante 15 segundos)

RELAXE....

Foque toda a sua atenção nas sensações que estão associadas ao relaxamento.

(manter durante 30-40 segundos)

3. Mão e braço não dominante

(O mesmo que para o lado dominante)

4. Bíceps não dominante

(O mesmo que para o lado dominante)

5. Testa

“Vamos passar agora para os músculos da parte superior do seu rosto: a testa. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos levantando as sobrancelhas tanto quanto puder.

AGORA....

Sinta a tensão a subir através da testa até ao crânio. (manter durante 15 segundos).

RELAXE....

Deixe toda a tensão sair...

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

(manter durante 30-40 segundos)

6. Parte média da cara e do nariz

“Foque agora a sua atenção nos músculos da parte superior das maçãs do rosto, e do nariz. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, trocando os olhos e franzindo o nariz.

AGORA....

Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos, quando focaliza a sua atenção nas sensações associadas a essa tensão. (manter durante 15 segundos).

RELAXE.....

Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento. Não procure fazer mais nada do que centrar a sua atenção nas sensações profundamente agradáveis que flúem para essa área. (manter durante 30-40 segundos).

7. Parte inferior da cara e queixo

Agora vamos descer para os músculos da parte inferior do seu rosto: parte inferior das maçãs do rosto e queixo. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para cerrar os seus dentes e puxar os cantos da boca para trás.

AGORA....

Sinta a tensão através de toda a parte inferior do seu rosto, reparando no que sente à medida que esses músculos vão ficando tensos.

RELAXE.....

Aprecie as sensações nos músculos à medida que eles se vão soltando suavemente, tornando-se descontraídos e relaxados cada vez mais profundamente... (manter durante 30-40 segundos).

8. Pescoço e garganta

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

AGORA.....

Aprecie a tensão nesses músculos. (manter durante 15 segundos)

RELAXE....

Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados.

Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos....

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.”

9. Peito, ombros e parte superior das costas

“Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros e parte superior das costas. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração e, ao mesmo tempo, puxando as omoplatas como se as quisesse juntar; isto é, puxe os ombros para trás e tente que as omoplatas se toquem.

AGORA....

Sinta a tensão no peito, nos ombros e na parte das costas. (manter durante 15 segundos)

RELAXE...

Descontraia-se...

Repare como eles se sentem agora, comparando com anteriormente. (manter durante 30-40 segundos).

10. Abdómen

“Foque agora a sua atenção nos músculos do estômago. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para fazer o estômago duro, contraindo-o como se fosse dar uma pancada a si mesmo no estômago.

AGORA....

Sinta a tensão e o aperto no estômago e aprecie as sensações associadas com isso. (manter durante 15 segundos)

RELAXE....

Deixe a tensão sair.....

Repare como esses músculos ficam completamente relaxados. (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 o 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.”

11. Coxa dominante

“Agora vamos passar para os músculos da parte superior da perna dominante: a coxa dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos da parte superior da perna dominante, contrapondo o grande músculo da parte superior da perna, com os dois músculos pequenos da parte inferior.

AGORA....

Sinta a tensão e aprecie a parte de cima do músculo grande ficar dura.... (manter durante 7 segundos)

RELAXE....

Deixe toda a tensão sair....

Repare naquilo que se passa à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados...

(manter durante 30-40 segundos)

12. Barriga da perna dominante

“Focalize a sua atenção nos músculos da parte inferior da perna dominante: a barriga da perna dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando os dedos dos pés para cima, em direção à sua cabeça.

AGORA....

Aprecie toda a tensão na área da barriga da perna. (manter durante 7 segundos)

RELAXE....

Repare naquilo que se passa à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados.....

Aprecie as sensações nestes músculos à medida que eles se vão libertando. (manter durante 30-40 segundos)

13. Pé dominante

“Vamos passar para os músculos do pé dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe para contrair esses músculos, esticando o pé e virando-o para dentro, ao mesmo tempo que encara os dedos.

AGORA.....

Aprecie a sensação de tensão, a pressão no arco e no peito do pé...

(manter durante 7 segundos)

RELAXE....

Descontraia-se....

Repare como eles estão agora, comparando como anteriormente.

Aprecie a diferença de sensações à medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a.”

(manter durante 30-40 segundos).

14. Coxa não dominante

(O mesmo que para a coxa dominante)

15. Barriga da perna não dominante

(O mesmo que para a barriga da perna dominante)

16. Pé não dominante

(O mesmo que para o pé 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 directamente 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. Imagine-se num dia bem frio de Inverno... lá fora está frio, está vento, está a chover. Neste momento encontra-se junto de uma lareira acesa, com lenha a arder. Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala onde se encontra. Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta.

ANEXO IX

Protocolo-Relaxamento Respiratório Diafragmático

TREINO DE RELAXAMENTO RESPIRATÓRIO DIAFRAGMÁTICO O diafragma é um músculo largo, em forma de leque, que separa a cavidade torácica (acima do diafragma) da cavidade abdominal (abaixo do diafragma). A maior parte das pessoas não respira de forma suficientemente profunda porque utiliza na respiração apenas a cavidade torácica. Uma forma de respirar utilizando toda a capacidade dos pulmões e permitindo receber cerca de 7 vezes mais oxigénio é a respiração diafragmática, também conhecida por respiração abdominal, que se caracteriza por fazer uma maior utilização do diafragma e da cavidade abdominal.

Este treino deve ser feito pelo menos 2 vezes por dia, 5 ou 6 minutos de cada vez, em alturas em que não existam distrações e interrupções.

1) Sente-se numa posição confortável. Mantenha as pernas afastadas com os pés relaxados e virados para fora. Respire pelo nariz e preste atenção à tua respiração.

2) Dobre os braços e coloca os polegares sob o sítio onde acaba a tua caixa torácica, com o resto das mãos perpendicular ao teu corpo e viradas uma para a outra.

3) Sente o movimento da tua barriga:

- Quando inspiras, a barriga vai para fora
- Quando expiras, a barriga vai para dentro

4) Simula o movimento do diafragma com as mãos:

- Quando inspiras, põe os dedos para baixo, direitos;
- Quando expiras, põe os dedos para cima, em forma de cone.

5) Sincroniza os movimentos e faz a respiração diafragmática durante uns minutos

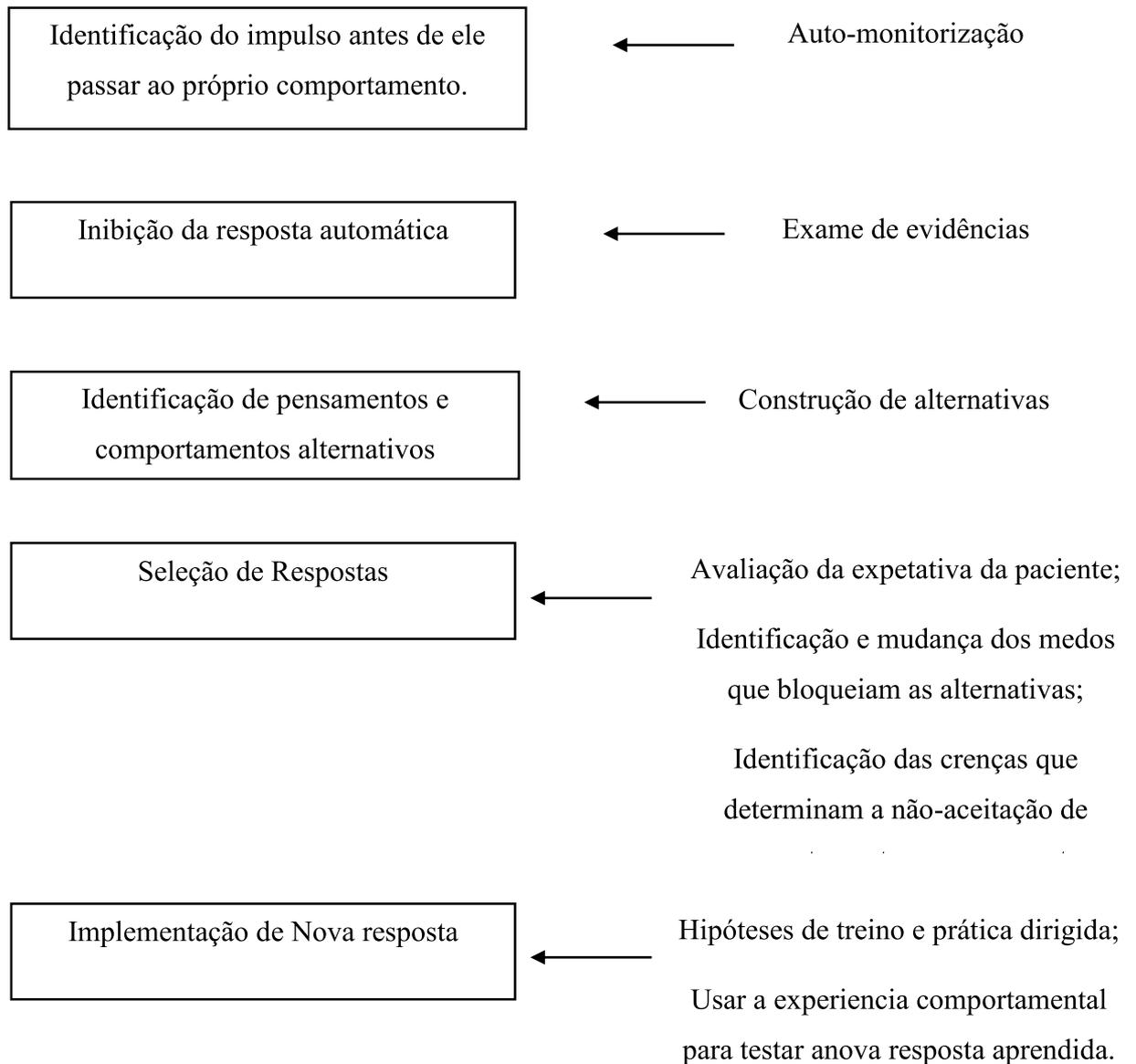
ANEXO X

Folha de Registo de Auto-Monitorização- Caso clinico

ANEXO XI

Protocolo- Treino do Controlo dos Comportamentos Impulsivos- Caso clínico

TREINO DO CONTROLO DOS COMPORTAMENTOS IMPULSIVOS



ANEXO XII

Registro para tarefa de casa - Treino dos comportamentos Impulsivos- Caso clínico

REGISTO DOS COMPORTAMENTOS IMPULSIVOS

Identifique quais são os comportamentos impulsivos mais frequentes, e quais as estratégias que pode utilizar para o controlo desses comportamentos.

Comportamentos mais frequentes:

Estratégias alternativas:

Novo comportamento que pretende adotar:

ANEXO XIII

Registro para tarefa de casa - Treino de Assertividade- Caso clínico

ANEXO XIV

Protocolo Terapêutico – Guia de Estratégias para trabalhar os esquemas

Consulta de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental dos HUC

NEICC- Núcleo de Estudos e Investigação Cognitivo-Comportamental

Guião de Estratégias para trabalhar com os esquemas
(J. Young, 1992)

Abandono / Instabilidade Emocional

Cognitivo:

1. Alterar a visão exagerada que o doente possui de que os outros o irão abandonar, afastar-se, ou comportar-se duma forma imprevisível.
2. Alterar expectativas irrealistas de que os outros significativos devem mostrar-se sempre consistentes e disponíveis.
3. Reduzir o focus exclusivo ou exagerado do doente em procurar certificar-se de que o seu parceiro nunca o abandonará.

Experiencial:

1. Utilizar técnicas imagéticas para que doente re-experencie as memórias de um pai/mãe imprevisível, instável - ou de um pai/mãe que morreu ou o abandonou.
2. Expressar raiva em relação ao pai/mãe instável
3. Trabalhar a sua "criança interna" do doente, no sentido de ajudar o paciente a "tomar conta" da sua "criança" abandonada.

Comportamental:

1. Escolher parceiros que sejam estáveis e que sejam capazes de assumir um compromisso.
2. Não arrastar os parceiros para uma relação pautada por ciúmes, raiva, apego excessivo, etc.
3. Aprender a tolerar permanecer sozinho gradualmente. Aprender a tolerar ambientes seguros e estáveis.

Relação terapêutica:

1. O terapeuta toma-se uma fonte transaccional de segurança e estabilidade.
2. O terapeuta corrige distorções do paciente acerca da probabilidade de o abandonar.
3. Ajudar o paciente a aceitar os períodos de afastamentos, férias e de indisponibilidade do terapeuta, sem que este necessite de reagir negativamente(de forma exagerada).

Desconfiança/Abuso

Cognitivo:

1. Reduzir a sobrevigilância do doente em relação ao abuso, desconfiança ou maus tratos.
2. Alterar a visão exagerada que o doente possui dos outros como pessoas mal intencionadas, abusivas, manipulativas ou desonestas.
3. Alterar a visão que o doente possui do self como culpado e, por conseguinte, digno de ser abusado.
4. Não formular desculpas para o abusador.
5. Alterar a visão do self como indefeso contra o abuso.
6. Ensinar ao doente que existe um contínuo de maus tratos/abuso - Explicar-lhe que este contínuo possui vários níveis e procurar que este compreenda que esta não é uma questão de “ tudo ou nada” .

Experiencial:

1. Recordar memórias de abuso/humilhação.
2. Exprimir raiva verbal e fisicamente, e enfrentar o agente abusador em imaginação.
3. Encontrar um local seguro afastado do abusador.

Comportamental:

1. Começar a confiar gradualmente nas pessoas - aumentar o nível de intimidade - partilhar “segredos” e memórias de abuso com parceiro (não abusivo).
2. Alistar-se num grupo de apoio a outras vítimas.
3. Escolher parceiros não abusivos.
4. Não abusar dos outros.
5. Estabelecer limites com pessoas abusivas.
6. Ser menos punitivo quando os outros cometem erros.

Relação terapêutica:

1. Ser completamente honesto e genuíno com o doente.
2. Questionar regularmente o doente acerca da confiança e intimidade - discutir possíveis sentimentos negativos relativos ao terapeuta.
3. Nas sessões, questionar o paciente acerca da sua vigilância.
4. Caso seja necessário, não realizar trabalho experiencial com o doente enquanto se constrói uma relação de confiança.

Privação Emocional

Cognitivo:

1. Alterar o sentimento exagerado do doente de que todos os indivíduos agirão ou agem de forma egoísta para com este, ou o sentimento de que os outros estão a privá-lo. Mostrar ao doente que existe um contínuo que comporta vários níveis de privação.
2. Aprender quando as necessidades emocionais não estão a ser satisfeitas.

Experiencial:

1. Expressar raiva e dor a pais privadores, em imaginação.
2. Pedir, em imaginação, que os pais satisfaçam as necessidades emocionais do doente.

Comportamental:

1. Escolher parceiros que satisfaçam as necessidades emocionais.
2. Pedir apropriadamente que o seu parceiro satisfaça as suas necessidades emocionais.
3. Não reagir de forma extrema, com raiva, aos níveis de privação.
4. Não se afastar ou isolar quando for magoado pelos outros.

Relação terapêutica:

1. Fomentar uma atmosfera protectora - empatia, atenção e orientação.
2. Ajudar o paciente a expressar os seus sentimentos de privação, sem reagir de modo extremo ou sem recorrer ao silêncio.
3. Ajudar o paciente a aceitar as limitações do terapeuta e a tolerar algum grau de privação, enquanto aprecia o suporte que está patente na relação.
4. Estabelecer ligações entre os relacionamentos e as memórias precoces.

Dependência Funcional/Incompetência

Cognitivo:

1. Alterar a visão que o doente possui de que é incapaz de funcionar no mundo sem acompanhamento constante por parte de outras pessoas.
2. Alterar a visão do doente de que não pode confiar nas suas decisões ou julgamentos nas situações quotidianas.

Experiencial:

1. Utilizando a imaginação, expressar a raiva perante os pais por estes terem superprotegido o doente e lhe terem minado as decisões.

Comportamental:

1. Estabelecer tarefas graduadas que o doente deverá executar diariamente, sozinho (por ex. conduzir, tomar decisões), sem auxílio de outrem.

Relação terapêutica:

1. Resistir às tentativas do doente para assumir um papel de dependência na relação com o terapeuta.
2. Encorajar o paciente a tomar as suas próprias decisões e escolhas. Elogiar as suas decisões, assim como os seus progressos.

Vulnerabilidade

Cognitivo:

1. Desafiar as percepções exageradas do doente relativamente ao dano, perigo e doença, nas seguintes áreas:
 - perigo criminal
 - desastres naturais(ex. acidente aéreo).
 - ruína financeira
 - doença médica (ex. hipocondria, morte eminente)
 - doença mental (enlouquecer, perder o controlo).

Experiencial:

1. Diálogo, em imaginação, com pais superprotectores e fóbicos.
2. Conseguir perspectivar resultados seguros nos obstáculos do dia-a-dia.

Comportamental:

1. Construir uma hierarquia de situações temidas.
2. Exposição gradual a essas situações com o intuito de ultrapassar o seu comportamento evitante.

Relação terapêutica:

1. Confrontar o evitamento; acalmar, assegurar racionalmente ao doente que nada de mal vai acontecer.

Emaranhamento/ Eu Sub-desenvolvido

Cognitivo:

1. Alterar a visão de que o doente ou o pai/mãe não consegue sobreviver na ausência dum contacto constante entre eles.

Experiencial:

1. Imaginar que se está a separar dos pais.
2. Estabelecer um diálogo entre as duas partes de modo a superar os obstáculos ao estabelecimento duma identidade separada.

Comportamental:

1. Identificar as preferências pessoais e as inclinações naturais nas situações quotidianas. Libertar-se das expectativas de outrém; agir com base nas suas próprias preferências.
2. Seleccionar parceiros apropriados que não encorajem a fusão ou o emaranhamento.

Relação terapêutica:

1. Ajudar o doente, estabelecendo limites apropriados - nem demasiado próximo, nem demasiado distante.

Defeito/Vergonha

Cognitivo:

1. Alterar a visão do self como mau, indesejável, fracassado - focalizar as qualidades úteis do doente, minimizar as suas falhas.

Experiencial:

1. Ventilar a raiva perante pais críticos.
2. Dialogar com o esquema crítico.

Comportamental:

1. Escolher parceiros que o aceitem tal como é.
2. Não reagir exageradamente ao criticismo.
3. Tentar revelar-se mais para ultrapassar a vergonha.
4. Tentar não sobrecompensar (por ex. através duma ênfase excessiva no status/posição).

Relação terapêutica:

1. Fomentar um ambiente de aceitação, não julgar nem criticar o doente.
2. Partilhar pequenas fraquezas do terapeuta.
3. Elogiar apropriadamente o paciente.

Indesejabilidade social/Alienação

Cognitivo:

1. Alterar a percepção do self como sendo socialmente indesejável; modificar a visão negativa exagerada relativamente à aparência e competências sociais. Dar importância às qualidades úteis dos doentes.
2. Minimizar as diferenças e sublinhar as semelhanças com as pessoas.

Experiencial:

Trabalhar em imaginação memórias de rejeição ou de alienação; expressar os seus sentimentos perante o grupo. Imaginar um grupo adulto acolhedor e aceitador.

Comportamental:

1. Ultrapassar o evitamento.
2. Terapia de grupo.
3. Desenvolver gradualmente ciclos de amigos e estabelecer laços com a comunidade.
4. Melhorar as competências sociais.

Relação terapêutica:

1. Confrontar evitamentos de situações sociais.
2. Elogiar atributos sociais positivos.

Fracasso

Cognitivo:

1. Desafiar a visão de que o doente é intrinsecamente estúpido, incapaz. Reatribuir o fracasso à manutenção do esquema.
2. Enfatizar os sucessos e competências.
3. Estabelecer expectativas realistas.

Experiencial:

1. Aceder a memórias de pais, professores, etc...críticos, que não constituíram fontes de apoio; comparações com parentes ou expectativas irrealistas.
2. Utilizar técnicas imagéticas para ultrapassar o evitamento de situações de desempenho.

Comportamental:

1. Tarefas graduadas para o paciente empreender novos desafios.
2. Estabelecer limites, desenvolver estruturas para ultrapassar a procrastinação e ensinar auto - disciplina.

Relação terapêutica:

1. Apoiar o sucesso
2. Estabelecer expectativas realistas
3. Fornecer estrutura e limites.

Subjugação

Cognitivo:

1. Desafiar expectativas do doente de consequências negativas exageradas por exprimir as suas necessidades emocionais (punição, abandono, retaliação).

Experiencial:

1. Expressar raiva e afirmar os seus direitos, através da imaginação, perante pais controladores.

Comportamental:

1. Seleccionar parceiros não controladores.
2. Afirmar gradualmente as suas necessidades perante os outros.
3. Aprender inclinações naturais e agir de acordo com estas.

Relação terapêutica:

1. Não controlar excessivamente.
2. Encorajar o paciente a tomar as suas próprias decisões.
3. Apontar comportamentos de reverência - identificar a raiva.

Inibição Emocional

Cognitivo:

1. Enfatizar as vantagens de demonstrar as emoções.
2. Minimizar as consequências temidas por actuar com base no impulso ou na emoção.

Experiencial:

1. Aceder e expressar, em imaginação, emoções não reconhecidas; raiva, agressão, sexo, alegria, etc.
2. Dialogar com pai/mãe inibitivo(a).

Comportamental:

1. Discutir mais frequentemente os sentimentos do doente.
2. Expressar mais frequentemente os sentimentos do doente.
3. Ser mais espontâneo: dançar, sexo, agressão, etc.
4. Tarefas graduadas - desistir de se controlar.

Relação terapêutica:

1. Modelar e encorajar maior expressão de afecto e espontaneidade.

Auto sacrifício/Super - responsabilidade

Cognitivo:

1. Mudar a percepção exagerada da intensidade das necessidades dos outros.
2. Aumentar a consciência das suas próprias necessidades.
3. Realçar o desequilíbrio existente na razão: dar/receber.

Experiencial:

1. Avaliar o ressentimento a propósito da privação emocional, assim como o desequilíbrio em relação aos pais, em imaginação.

Comportamental:

1. O doente pedir para satisfazerem as suas necessidades.
2. Não escolher parceiros carentes.
3. Estabelecer limites acerca daquilo que se dá aos outros.

Relação terapêutica:

1. Como terapeuta, modelar limites apropriados. O terapeuta tem o direito de possuir as suas próprias necessidades e carências.
2. Desencorajar a tendência do doente de querer tomar conta do terapeuta - esclarecer esse padrão de comportamento.
3. Encorajar o paciente a confiar no terapeuta e validar as suas necessidades de dependência.

Padrões Excessivos/Rígidos

Cognitivo:

1. Reduzir padrões irrealistas - enfatizar a existência dum contínuo e recorrer à análise de custos e benefícios.
2. Apontar as vantagens e desvantagens do doente possuir estes padrões inflexíveis; na saúde, na felicidade, etc.
3. Reduzir os riscos percebidos de imperfeição.

Experiencial:

1. Diálogo com pais com expectativas elevadas.

Comportamental:

1. Reduzir gradualmente os padrões inflexíveis.
2. Aumentar o tempo dedicado ao lazer e à descontração/ relaxamento.

Relação terapêutica:

1. O terapeuta deve modelar, na sua abordagem, padrões equilibrados de exigência quer a terapia à sua própria vida.

Negativismo/Pessimismo

Cognitivo:

1. Encorajar o doente a focalizar-se nos aspectos positivos da sua vida ao invés de exagerar continuamente os aspectos negativos desta.
2. Satisfação ilusória vs. realismo depressivo.

Experiencial:

1. Diálogo com um pai negativista.
2. Estabelecer um diálogo entre as partes negativas e positivas de si próprio.
3. Avaliar possíveis perdas, raiva ou privações.

Comportamental:

1. Solicitar a satisfação das suas necessidades emocionais/carências nas relações com os outros.
2. Realizar actividades apenas com o objectivo de se divertir, de obter prazer.

Relação terapêutica:

1. Encorajar o paciente a desempenhar um papel positivo (e não encorajá-lo a queixar-se cada vez mais e a ser mais pessimista).

Grandiosidade

Cognitivo:

1. Alterar a visão que o doente possui de si como um ser especial que detém direitos especiais.
2. Encorajar a empatia em relação aos outros - princípio da reciprocidade.
3. Realçar as consequências negativas do engrandecimento.

Experiencial:

1. Avaliar o lado vulnerável do doente: esquemas subjacentes.

Comportamental:

1. Interromper o padrão de comportamento auto-centrado : equilibrar as necessidades do próprio com as necessidades dos outros: "Seguir as regras".

Relação terapêutica:

1. Confrontar a tendência para o engrandecimento - estabelecer limites.
2. Apoiar as vulnerabilidades.
3. Não apoiar/reforçar o estatuto/posição/categoria, etc.

Auto - controlo e Auto - disciplina insuficientes

Cognitivo:

1. Ensinar o doente acerca do valor da gratificação a curto prazo vs. gratificação a longo prazo.

Experiencial:

1. Explorar, através da imaginação, afectos e esquemas nucleares subjacentes.

Comportamental:

1. Ensinar auto - disciplina através de tarefas estruturadas.
2. Ensinar técnicas de auto-controlo das emoções.

Relação terapêutica:

1. Ser firme; estabelecer limites.

ANEXO XV

Registo das crenças nucleares- Caso clínico

- **REGISTO DA PERCEÇÃO ACERCA DE SI, DOS OUTROS E DO MUNDO.**

1) EU SOU....

2) OS OUTROS SÃO.....

3) O MUNDO É

ANEXO XVI

Protocolo- Programa de prevenção de recaída

“O Programa de Prevenção de Recaída é constituído por um conjunto de estratégias cognitivo-comportamentais, destinadas a ajudar as pessoas a manter e generalizar os seus ganhos terapêuticos, quer em termos de comportamentos, quer em termos de pensamentos, após a terapia ter terminado.

Ou seja, tem o objectivo de fornecer um conjunto de estratégias de auto-gestão. Em suma, a C. vai tornar-se na sua própria terapeuta.

Com estas Estratégias de Prevenção de Recaída, temos a possibilidade de antecipar as situações difíceis, ou seja, terá a possibilidade de prever e identificar as situações de alto risco, ou perigo eminente, que poderão vir a sabotar todo o curso normal de vida, ou a possibilidade de novas experiências e aprendizagens.

Outro ponto importante, prende-se com o regular os pensamentos e sentimentos, uma vez que, não raras vezes, vemos as nossas emoções, escaparem ao nosso controlo, pelo que nos sentimos “desmotivados, incompetentes” e, ainda que temporariamente, perdidos e irracionais.

Como a C. já deve ter percebido, as recaídas são menos prováveis de acontecer, quando, antecipadamente, as esperamos, sendo, assim, mais fácil retomar uma perspectiva racional.

Uma fonte importante de segurança para si, está ligada ao diagnóstico das Aptidões de Suporte, pelo Treino Auto-Afirmativo, Organização do seu Tempo, ou às Aptidões Cognitivas. Tudo isto pode ser necessário para que se evite a ocorrência de uma eventual recaída.

Os meios e as aptidões necessários para enfrentar as dificuldades já provou que os possui, por isso, queremos reassegurá-la de que, no caso de haver recorrência de dificuldades, está perfeitamente ao seu alcance superar e confrontar-se com todo e qualquer tipo de dificuldades.”

Deu-se, então, início ao preenchimento do Registo de Prevenção de Recaída (ver anexo***).

Assim, como aspectos a tentar ultrapassar a C. apontou: ansiedade quanto a estar só; o receio associado ao “factor viagem”, ou quando lhe surgem pensamentos como “é tão longe!” ou “na vastidão da paisagem”; medo de estar no meio de multidões, hipermercados, cinema, concertos.

Como ultrapassar estes obstáculos?

Em resposta a este ponto, aponta com solução o reagir naturalmente, prevendo que os sintomas desapareçam por si, uma vez que a ansiedade é um fenómeno natural.

Contribuindo, para isto, um controle das sensações corporais, sobretudo, através da respiração: respirando fundo, descontraindo os músculos e pensando em recordações agradáveis, tais como reencontros com o namorado.

Relativamente à solidão, a C. propõe-se a ocupar-se sempre com tarefas que preencham estes momentos, caso da escrita, da leitura, de ver T.V...

Na 8ª Sessão, apresentou alguns dos seus poemas, como há já algum tempo lhe havíamos sugerido. A nosso pedido, mas reticente *ab initio*, a C. leu-os em voz alta. Posteriormente, referiu ter-se sentido à-vontade ao fazê-lo, reflexo, segundo esta, do que, actualmente a caracteriza: "*um conseguir manter uma atitude positiva perante as coisas*".

A paciente interpelou-nos, no sentido de opinarmos acerca dos poemas que havia lido. A nossa opinião foi discretamente avançada, incentivando-se, sobretudo, a autora a levar a cabo o seu sonho de publicar o seu trabalho, que já tem um hipotético título "*Miscelânea de Mim*".

O Treino do Relaxamento, tem vindo a ser desenvolvido, assim como a introdução do Slide de Paz, tendo-se pedido, numa das Sessões, para a paciente regredir no tempo, e transportar-se para a época em que perdeu o seu namorado, descrevendo, então, todos os sentimentos e emoções vividas.

Como reforço positivo pelos ganhos revelados, e incentivo a mais progressos, foi-lhe entregue uma pequena taça, com a seguinte mensagem: "*Como o Fénix, é possível renascer!*".

Ao recebê-la, não soube disfarçar a comoção, referindo ter sido uma "*inesperada e agradável surpresa*".

(*Conselho a alguém que tenha tido uma perda recente?)

Registo de Prevenção de Recaída

(IVEY, IVEY & SIMEK-DOWNING, 1987)

I. SELECIONE AQUELE COMPORTAMENTO QUE PRETENDE MANTER:

1. Descreva, detalhadamente, esse comportamento (por exemplo, se estiver relacionado com aquela(s) técnica(s) que aprendeu, em Terapia, refira as suas principais etapas e comportamento que é esperado da sua parte):

2. Com que frequência (por exemplo, quantas vezes ao dia) usará esse comportamento?

3. Como saberá que ocorreu uma recaída?

II. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA RECAÍDA

A. Estratégias para o(a) ajudar a antecipar as potenciais dificuldades reguladoras do estímulo:

ESTRATÉGIA E AVALIAÇÃO DA SUA SITUAÇÃO:

1. Compreende o processo de recaída? O que é?

2. Qual a diferença entre aprender um comportamento ou pensamento e usá-lo numa situação difícil?

3. Qual é a sua rede social de apoio? Quem o(a) poderá ajudar a manter o comportamento?

4. Quais as situações de elevado risco?

Quais são as pessoas, coisas ou situações que poderão tornar a retenção especialmente difícil?

B. ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR OS PENSAMENTOS E SENTIMENTOS RACIONAIS

v.s.f.f.

5.O que será uma resposta emocional irrazoável para uma recaída temporária?

6.Quais poderão ser alguns dos seus pensamentos mais eficazes, numa situação difícil ou de recaída?

**C. ESTRATÉGIAS PARA O FORNECIMENTO DE RESULTADOS APROPRIADOS ÀS
CONSEQUÊNCIAS REGULADORAS DO COMPORTAMENTO**

7. Consegue antecipar potenciais resultados da realização do novo comportamento?

8. Como é que se poderá auto-reforçar por uma boa realização? Descreva reforços possíveis.

v.s.f.f.

ANEXO XVII

Exemplos de Atividades realizadas - Grupo estimulação Cognitiva

ATIVIDADE 1

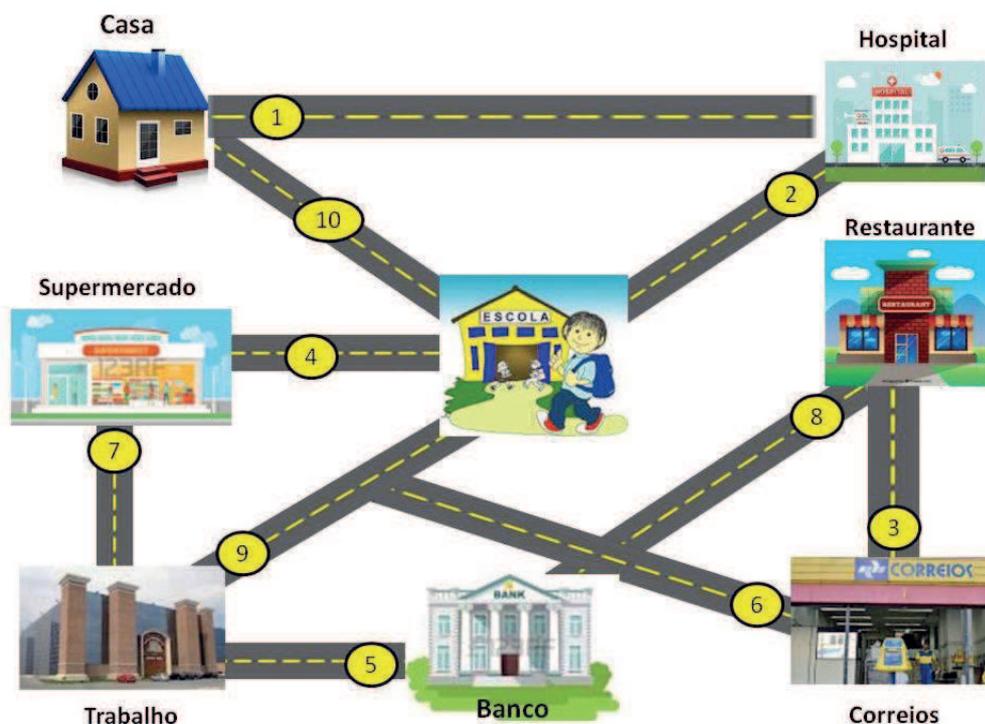
- ORIENTAÇÃO ESPACIAL E TEMPORAL

Material utilizado:

- Retroprojektor;
- Papel;
- Caneta

Objetivos: Inicialmente os elementos do grupo terão que visualizar com atenção o mapa das tarefas diárias que será projetado, em seguida irá ser lido em voz alta uma história de vida sobre uma senhora que planeou todos os percursos que teria que realizar naquele dia de modo a conseguir visitar todos os locais descritos. No final será fornecida uma ficha de atividades, que será corrigida em grupo, que é correspondente à história de vida da senhora e ao mapa apresentando.

- MAPA TAREFAS DIÁRIAS



História

(Mapa das tarefas diárias)

A senhora Maria tem 46 anos, é casada e tem 3 filhos (um menino com 7 anos de idade e duas meninas, uma com 10 anos e outra com 13 anos). Ela queixava-se constantemente que tinha sempre muito o que fazer durante o dia, e que muitas vezes esquecia-se de realizar todas as tarefas. Por este motivo decidiu planejar o seu dia, através de um mapa, de forma a não se esquecer de ir a todos os locais que precisava.

A Sr^ª Maria planeou então:

- Sair de **casa** às 8:00h da manhã, para poder levar os seus três filhos à **escola**. Depois de deixar os filhos na escola, deslocar-se para o seu **trabalho**, que fica relativamente perto da escola. Por volta das 13h (hora da pausa da sr^ª Maria), planeou ir até aos **correios** enviar uma encomenda para a sua irmã que vivia na Suíça, e de seguida ir almoçar ao seu **restaurante** preferido.

Quando terminasse a refeição, teria que ir até ao **banco** fazer um depósito bancário, e logo de seguida voltaria de novo para o **trabalho**.

Por volta das 17:30h (hora que termina o horário de trabalho), planeou ir ao **supermercado** fazer algumas compras para o jantar, e de seguida deslocar-se à **escola** para ir buscar os seus filhos e os levar ao **hospital**, para uma consulta de rotina. Após terminar a consulta, voltaria para **casa** para preparar o jantar.

Ficha de exercícios

(Mapa das tarefas diárias)

NOME: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

1- Coloque por ordem numérica (de 1 a 10) os trajetos percorridos pela Sr^a Maria.

Casa- Escola ()

Restaurante- Banco ()

Trabalho- Supermercado ()

Escola – Trabalho ()

Trabalho- Correios ()

Supermercado- Escola ()

Banco- Trabalho ()

Correios- Restaurante ()

Escola- Hospital ()

Hospital- casa ()

2- Assinale qual é o trajeto correto para a Senhora Maria deslocar-se para os seguintes locais:

Casa- Escola

- a) 10
- b) 6
- c) 3

Escola- Trabalho

- a) 2
- b) 9
- c) 7

Trabalho- Correios

- a) 9-6
- b) 9
- c) 9-8

Correios- Restaurante

- a) 1
- b) 8
- c) 3

Restaurante- Banco

- a) 8
- b) 10
- c) 3

Banco- Trabalho

- a) 9
- b) 5
- c) 7

Trabalho- Supermercado

- a) 7

b) 9

c) 1

Supermercado- escola

a) 8

b) 4

c) 5

Escola- Hospital

a) 1

b) 10

c) 2

Hospital- casa

a) 1

b) 4

c) 2

ATIVIDADE 2

- JOGO DO ABECEDÁRIO

Material:

- Placar de cortiça;
- Folhas com categorias;
- Folhas com imagens;
- Pioneses.

Objetivos: Será afixado um placar de cortiça, que será preenchido por diversas categorias, nomeadamente: Nomes, objetos, animais, frutos, cores, profissões, marcas, e países. Serão feitos grupos de 2 a 3 elementos, e fornecido a cada elemento 3 imagens, de forma aleatória, em que o conteúdo temático estará relacionado com alguma categoria acima descrita. Pretende-se que estes consigam com ajuda dos elementos do grupo identificar a que categoria cada imagem pertence, e afixá-la.

Exemplo de imagens:



Atividade 3:

- **JOGO DOS DÍGITOS**

Material:

- **Retropojeter;**
- **Folha;**
- **Caneta.**

Objetivo: Será apresentado uma tabela com uma série de números, em que cada dígito corresponde a uma letra alfabética. Os elementos do grupo terão que visualizar essa tabela por 30 segundos e memorizar os dígitos e respectivas letras para posteriormente conseguirem formar a palavra correspondente.

Tabela dos dígitos:

1 = A	4 = O
2 = M	5 = D
3 = R	6 = C

FICHA DE EXERCÍCIO

CÓDIGO (com 3 números)	PALAVRA CORRESPONDENTE
2 1 3	_____
6 4 3	_____
5 4 2	_____
5 1 3	_____
5 4 3	_____

CÓDIGO (com 4 números)	PALAVRA CORRESPONDENTE
5 1 5 4	_____
1 2 4 3	_____
6 1 2 1	_____
5 4 1 3	_____
3 1 3 4	_____
5 1 2 1	_____

CÓDIGO (com 5 números)	PALAVRA CORRESPONDENTE
6 4 3 5 1	_____
2 1 3 1 4	_____
5 1 3 5 4	_____
1 2 1 5 4	_____
6 1 3 2 4	_____
6 1 3 3 4	_____
2 1 3 6 1	_____

CÓDIGO (com 6 números)	PALAVRA CORRESPONDENTE
5 4 1 5 4 3	_____
6 4 3 5 1 4	_____
3 1 2 1 5 1	_____

ANEXO XVIII

Apresentação Power Point- Grupo estimulação (sessão 3)



O que é a depressão?

A depressão caracteriza-se por um estado prolongado de tristeza e desinteresse pela vida.

Quando estamos deprimidos, parece que temos uma nuvem densa de tristeza que cobre a nossa vida sem razão aparente.

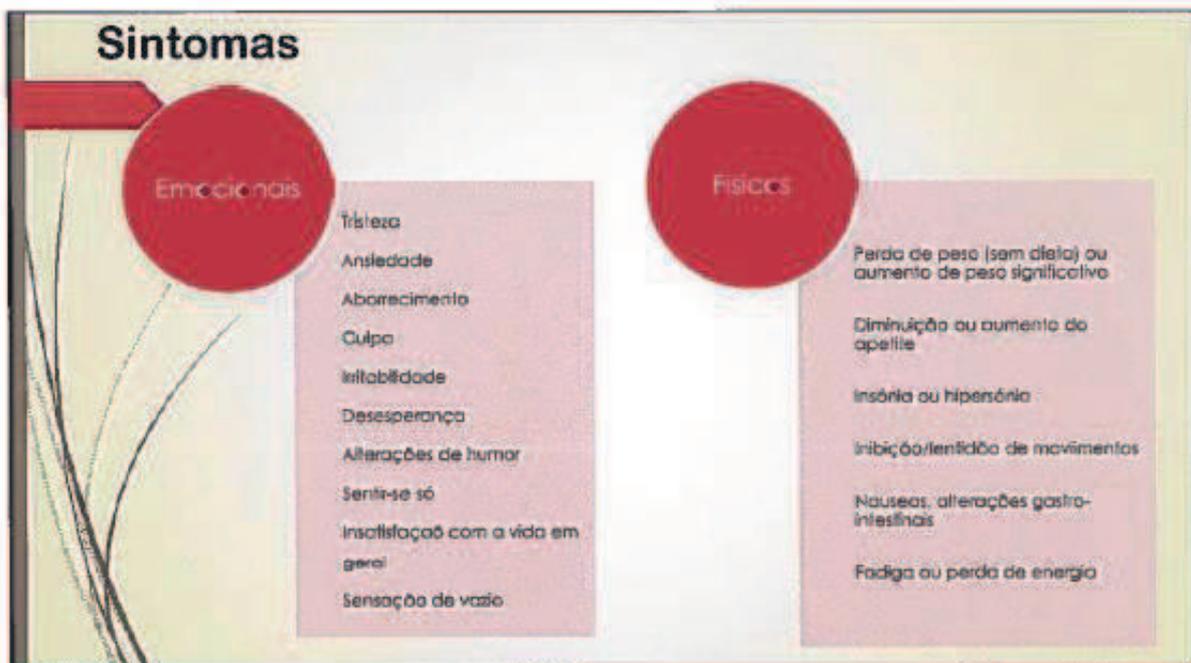
A coisa mais pequena torna-se difícil de fazer e actividades que anteriormente nos eram queridas e agradáveis são abandonadas, ao mesmo tempo que nos deixamos invadir por um enorme cansaço persistente e falta de energia.

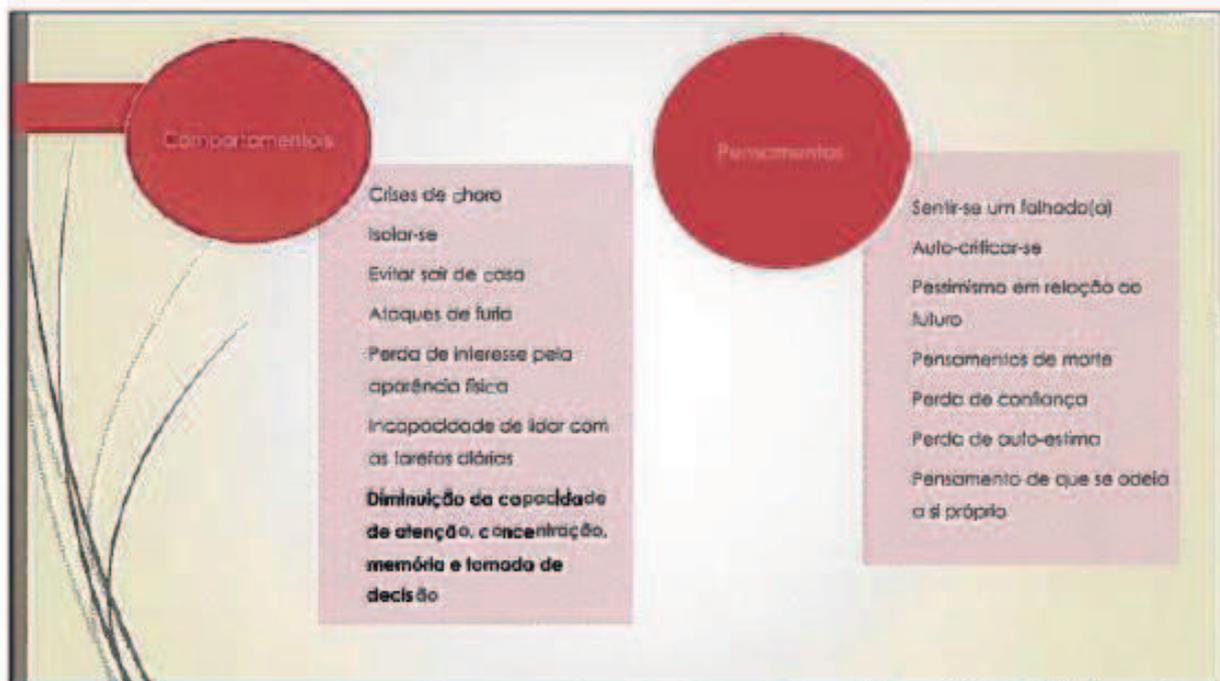
- "Tenho vontade de chorar constantemente, estou tão cansado(a) e parece que nada me interessa. Nada vale a pena. Nem sequer consigo fazer aquelas coisas que parecem básicas para toda a gente, como cuidar da casa, ou de mim próprio(a)."
- "Sinto-me tão sozinho(a), sem amigos por perto. Acho que eles me abandonaram. Também, porque é que não haviam de abandonar?"
- "Não vale a pena esforçar-me... Não tenho valor. Odeio-me simplesmente!"

Quais as causas da depressão?

- Não existe uma causa única para a depressão, nem tem que existir uma causa que seja óbvia, na maioria das vezes a pessoa não sabe exactamente o que se passou para se sentir assim. O que acontece geralmente é a conjugação de vários factores, tais como:







Depressão afecta a memória?

- ▶ Em geral, se associa a depressão com tristeza, desânimo, redução do interesse em atividades prazerosas, isolamento social, desesperança e outros. Ou seja, sintomas ligados às emoções e à vitalidade.
- ▶ No entanto, os sintomas cognitivos como o prejuízo da memória também são tão comuns que chegam a afetar cerca de 94% das pessoas que estão deprimidas.
- ▶ Isso ocorre porque a depressão altera estruturas do cérebro que estão envolvidas tanto na regulação emocional quanto nas funções cognitivas como memória e atenção.

- Uma destas regiões do cérebro é o HIPOCAMPO (estrutura ligada às emoções) que chega a ter dimensões reduzidas em casos de depressão crónica.

Dificuldades no diagnóstico diferencial entre D. Alzheimer e Depressão.

- Depressão:** ↓ Diminui a eficácia dos processos que envolvem a atenção e concentração- **(Processos essenciais para o processo de memorização)**

Atenção sustentada

✘

Atenção Dispersada

✔

↓
Queixas mnésicas

- Este prejuízo cognitivo dificulta muito o quotidiano das pessoas, ao nível laboral, escolar e interação social, gerando grande descontentamento.

- Falta vídeo
- <https://www.youtube.com/watch?v=N0oCM1QkEFI>

ANEXO XIX

Apresentação Power Point- Grupo estimulação (sessão 7)

A importância dos órgãos dos sentidos para o funcionamento cerebral



Para falar sobre **Memória** (processo cognitivo que permite integrar, reter e recuperar informação e recordar o que aprendemos)...



3 Etapas no processo de Memorização

- **Aquisição** – Fase que corresponde à entrada dos conteúdos na memória (**através dos nossos órgãos sensoriais**)
- **Retenção**– Fase de armazenamento ou conservação dos conteúdos que podem ser mantidos por diferentes períodos de tempo (**que depende da atenção que prestamos ao estímulo que recebemos**)
- **Recordação**– Fase de recuperação, de evocação dos conteúdos que adquirimos e retivemos. (**que depende do bom funcionamento dos processos anteriores**)

3 tipos de Memória



Memória Sensorial (a informação obtida pelos órgãos dos sentidos são retidas por um curto espaço de tempo)

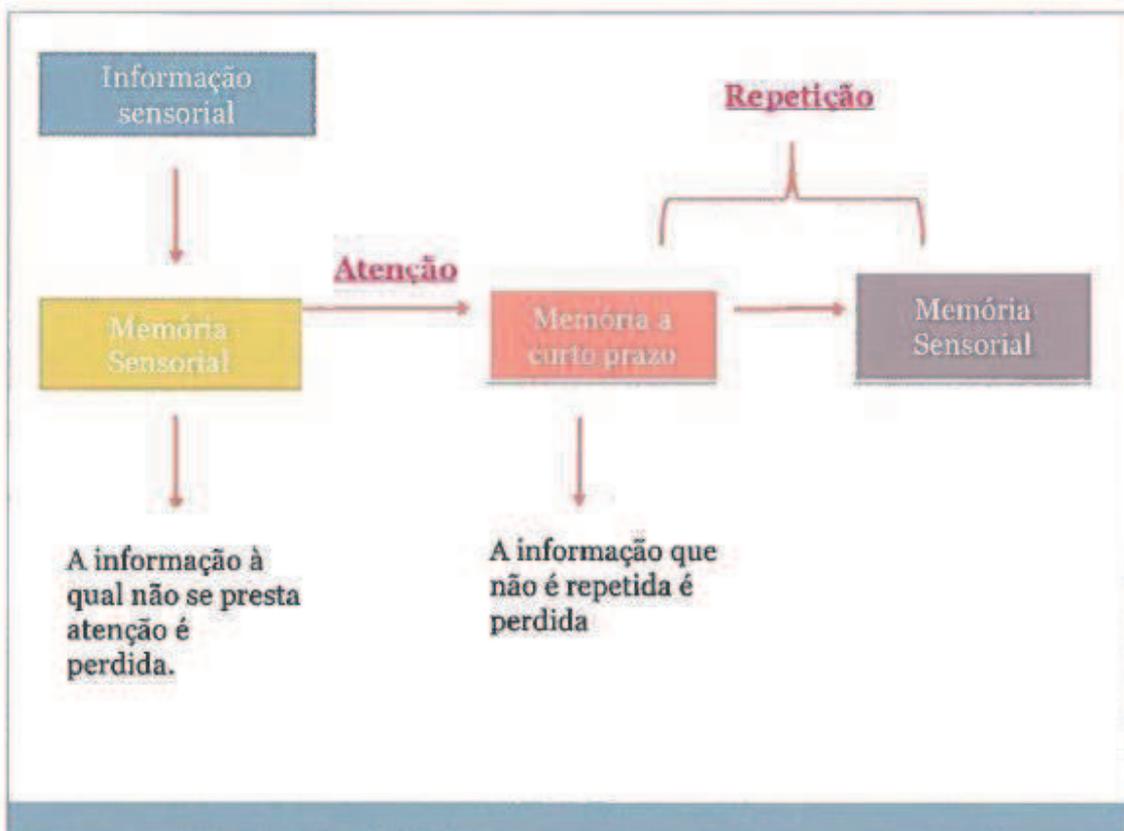
Memória de Curto Prazo (*Retém a informação por um período curto de tempo*)

Memória de Longo Prazo (*Retém a informação por um período longo de tempo ou mesmo para sempre*)

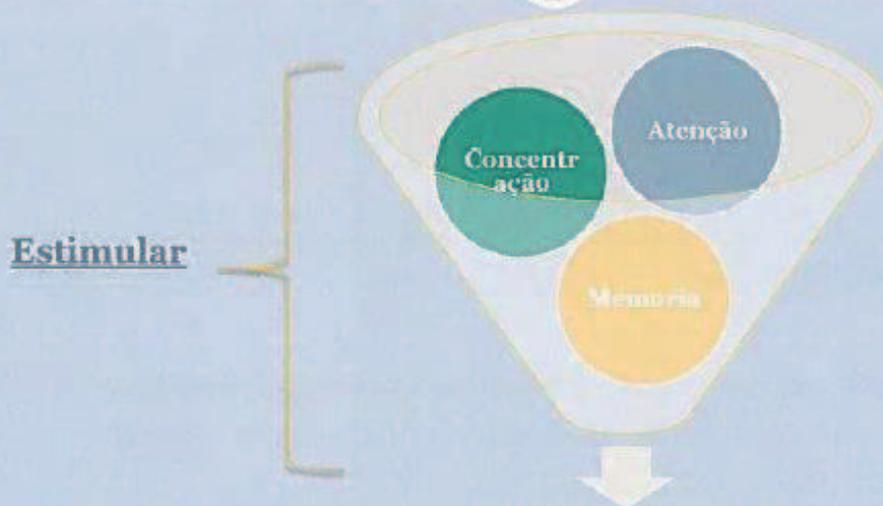
Memória Sensorial

IMPORTANTE SABER ...

- Se a informação não for alvo de atenção, esta desaparece quase imediatamente
- Quando é alvo de atenção, a informação é codificada e conduzida para o armazenamento na Memória a curto prazo e na memória a Longo Prazo.



Qual é a importância das dinâmicas que envolvem os órgãos dos sentidos?



E que desta forma consigam reter, recuperar e evocar as informações.

ANEXO XX

Apresentação Power Point- Grupo estimulação (sessão 8)

Depressão vs. Ansiedade

Sintomatologia

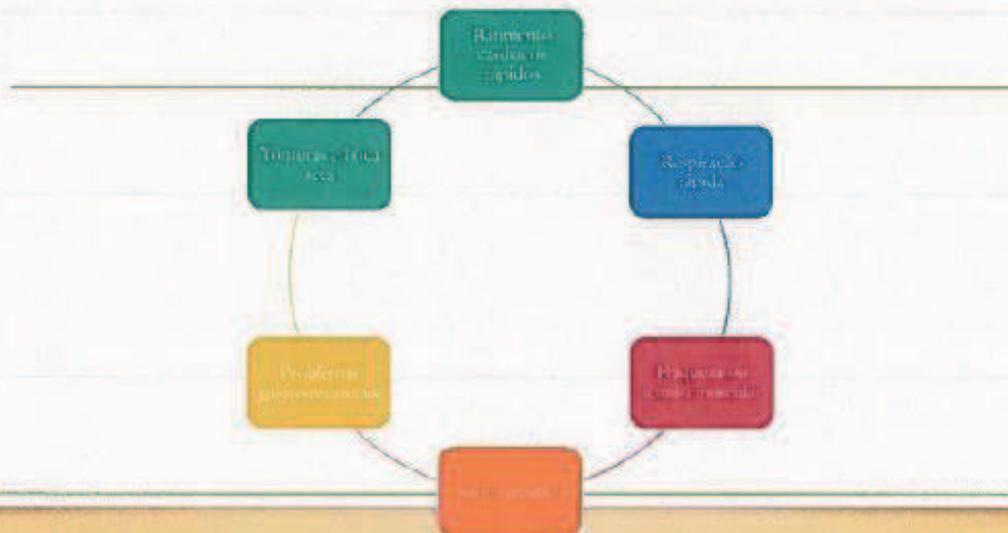
Ansiedade e depressão: quais são as diferenças?

- Ansiedade e depressão são frequentemente confundidos, isso deve-se ao facto de ambos terem sintomas em comum.
- Mas apesar de serem dois distúrbios emocionais aparentemente parecidos, são diferentes um do outro.

Ansiedade

- * A ansiedade é um tipo de ansiaça sentida pelo organismo que algo pode dar errado no futuro ou no agora. É um sentimento provocado por preocupação, muitas vezes sem uma causa específica.
 - * Todo o mundo tem sentimentos de ansiedade em algum momento das nossas vidas. É normal sentir ansiedade em situações quotidianas.
- A ansiedade em pequenas quantidades, é uma resposta adaptativa e essencial para a nossa sobrevivência. Contudo a ansiedade persistente e excessiva torna-se patológica e causa problemas graves de saúde mental, e interfere com as nossas vivências e convicções diárias.

Sintomas físicos que podem acontecer:



A ansiedade também tem um impacto psicológico:



Depressão?

- A depressão caracteriza-se por uma doença silenciosa que pode afectar pessoas de todas as faixas etárias. Trata-se de um conjunto de sintomas que provocam no indivíduo um profundo sofrimento psíquico que pode levar a alterações comportamentais.

Depressão endógena

Não é possível identificar um fator precipitante, ou seja um motivo compreensível que justifique o episódio depressivo.

Depressão exógena

Deve-se a um acontecimento de vida traumático ou emocionalmente significativo em que a pessoa não é capaz de o gerir de modo adaptativo.

Diferenças mais comuns

Ansiedade	Depressão
A pessoa tem medo da morte	Na depressão, em muitos casos, a pessoa deseja morrer.
Enquanto a pessoa com ansiedade vive como se estivesse em um prédio tomado pelo fogo – o corpo gera adrenalina e pensa que está em perigo.	O depressivo está com os níveis de energia baixos, falta de vitalidade. Ou seja, falta vontade para fazer alguma atividade.
Temos uma preocupação excessiva com o futuro.	Desesperança pelo futuro.
Na ansiedade, tirando os momentos após as crises, o impacto na aparência física mais difícil de observar.	Impacto na aparência física é muito comum em alguém com depressão. Ex: Rosto abatido, olhar vazio.
Mudanças de hábitos são comuns em depressivos: perda de peso e vontade de dormir o tempo inteiro.	Menos comum nos ansiosos.

É possível ter ansiedade e depressão ao mesmo tempo?

Sim. Aliás, isso é muito comum.

Muitas vezes as pessoas têm mais do que uma condição – **depressão e ansiedade.**

- Um grande número de pessoas que sofrem de depressão também sofrem de distúrbio de ansiedade. Um estudo revelou que 85% das pessoas com depressão também podem ser diagnosticadas com transtorno de ansiedade em algum grau.

ANEXO XXI

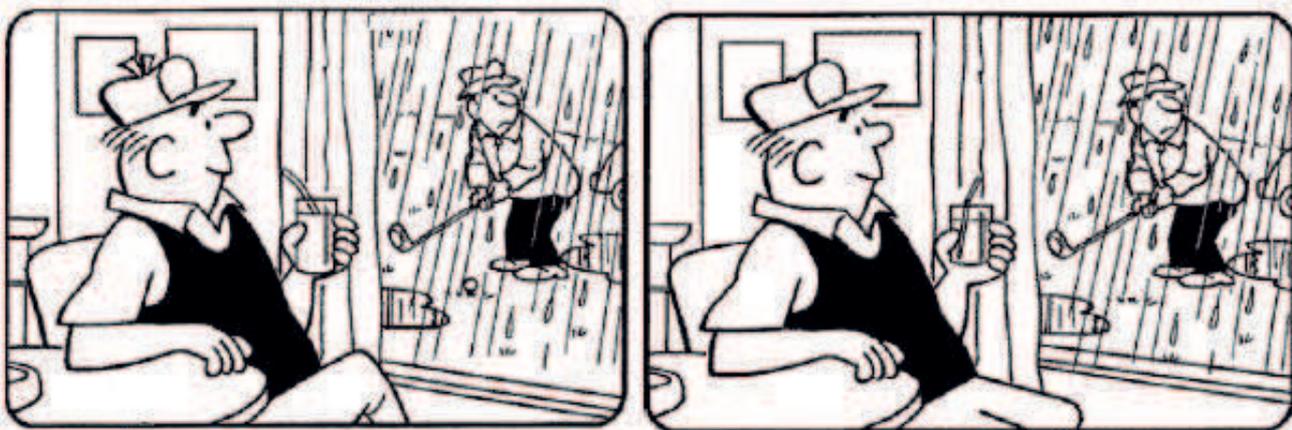
Exemplos de trabalhos de casa - Grupo estimulação Cognitiva

EXEMPLO 1

Descobrir as Diferenças

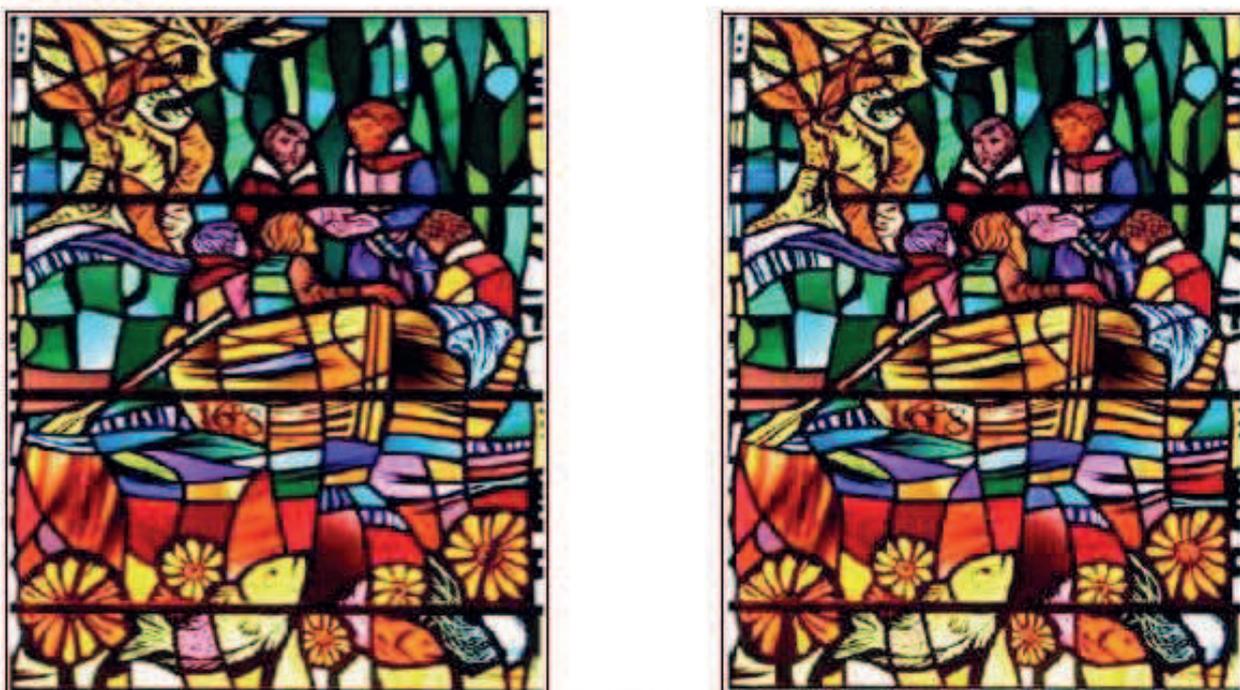
Instrução: Diga quais são as diferenças que pode encontrar em cada desenho abaixo. Faça uma cruz (x) nas diferenças que encontrar.

Desenho 1



Nota: São 12 as diferenças que vai encontrar nestes desenhos.

Desenho 2



Nota: São 13 as diferenças que vai encontrar nestes desenhos.

EXEMPLO 2

Adivinhas e Provérbios

Instrução: Preencha os espaços em branco e complete as adivinhas seguintes.

- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que faz andar o barco à vela? É o _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que é vermelha, avermelhada, caminha bem no mato e não caminha na estrada? É o _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que faz mais falta numa casa? É o _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que cai no chão e fica amarela? É a _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que quanto mais cresce, menos se vê? É a _____.
- ⇒ Qual é coisa, qual é ela, que quanto mais quente está, mais fresco é? É o _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que quanto mais se olha, menos se vê? É o _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que se faz para andar e não anda? É a _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que quanto mais rota está, menos buracos tem? É a _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que tem um palmo de pescoço, tem barriga e não tem osso? É a _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que é uma caixinha redonda bem feita, rebola, todos a podem abrir e ninguém a pode fechar? É o _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que quando sobe é porque há festa? São os _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que se parece com a pessoa, mas não é? É a _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que se põe no meio da mesa, parte-se e reparte-se e nunca se come? São as _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que fazem todos ao mesmo tempo: velhos, novos e crianças? É _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que sendo inteiro, tem sempre o nome de metade? É a _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que cai no chão, não se quebra, vai à água e logo quebra? É o _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que está no meio do Mar, está no fim da Terra e no princípio do Ar? É o _____.
- ⇒ Qual é a coisa, qual é ela, que é pequeno em Lisboa e grande no Brasil? É o _____.

EXEMPLO 3**Sopa de Letras e Números****Jogos Olímpicos**

Instrução: Descubra os 25 nomes de modalidades olímpicas. Podem estar na vertical e na horizontal.

Andebol	Vela
Basebol	Hóquei
Judo	Halterofilismo
Ginástica	Taekwondo
Basquetebol	Esgrima
Canoagem	Atletismo
Triatlo	Futebol
Tiro	Badmington
Boxe	Ciclismo
Voleibol	Natação
Pentatlo	Equitação
Tenis	softbol
Remo	

F	A	N	D	E	B	O	L	I	A	J	N	V	J	K	U	D	E	N	F	A
Q	T	X	H	B	A	S	E	B	O	L	M	F	P	O	I	N	Q	M	J	S
W	L	C	J	U	D	H	C	A	N	O	A	G	E	M	O	A	U	Q	U	B
R	E	M	O	I	M	J	M	S	S	K	Q	R	N	L	C	T	I	W	D	A
E	T	V	K	O	I	K	Q	Q	D	L	A	T	T	R	I	A	T	L	O	S
T	I	R	O	P	N	L	W	U	F	Z	Z	G	A	P	C	C	A	E	G	Q
R	S	B	L	A	G	Z	V	E	L	A	X	B	T	Q	L	A	C	R	H	U
T	M	N	Q	S	T	X	R	T	G	X	S	N	L	W	I	O	A	T	J	E
Y	O	M	W	H	O	Q	U	E	I	C	W	H	O	E	S	F	O	Y	T	T
U	F	A	E	F	N	C	T	B	O	X	E	Y	U	R	M	G	Z	U	E	E
I	G	S	R	U	D	V	V	O	L	E	I	B	O	L	O	H	X	I	N	B
O	H	A	L	T	E	R	O	F	I	L	I	S	M	O	P	J	C	O	I	O
P	J	T	A	E	K	W	O	N	D	O	E	U	I	T	A	K	V	P	S	L
A	K	D	T	B	F	B	Y	O	H	V	D	E	S	G	R	I	M	A	K	E
S	L	F	S	O	F	T	B	O	L	B	C	J	M	Y	S	L	B	S	L	R
D	Z	G	Y	L	G	N	U	P	G	I	N	A	S	T	I	C	A	D	Z	T