

30/87

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIENCIAS DA EDUCAÇÃO

T 83-*

ESTUDO DE UM CASO DE DEPRESSÃO

Relatório apresentado por Maria
Emília Teixeira Costa para efeitos
do disposto no artigo 58º do De-
creto-Lei nº 448/79 de 13 de Novem-
bro.

T/83

JUNHO 1986

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| I - Introdução | 1 |
| II - Âmbito, objectivos e estratégias das aulas práticas. | 1 |
| III - Relatório de uma aula prática sobre depressão. | 3 |
| 1- Apresentação do caso | 4 |
| 2- Preparação da consulta | 6 |
| 3- Consulta | 7 |
| 4- Avaliação da consulta | 7 |
| 5- Avaliação do quadro clínico | 7 |
| 5.1- Diagnóstico diferencial | 7 |
| 5.2- Diagnóstico funcional | 7 |
| 6- Elaboração de um plano de intervenção | 8 |
| 7- Discussão das diferentes técnicas de intervenção | 10 |
| 7.1- Hospitalização | 10 |
| 7.2- Farmacoterapia e/ou psicoterapia | 10 |
| 7.3- Que psicoterapia? | 11 |
| 7.4- Breve apresentação das diferentes técnicas segundo os modelos comportamentais e cognitivos. | 12 |
| IV - Conclusão | 14 |
| Bibliografia | |
| Anexo | |

I - INTRODUÇÃO

A cadeira de Saúde Mental está integrada no plano de estudos do 5º ano da Licenciatura em Psicologia da Universidade do Porto e são-lhe destinadas duas horas semanais de aulas teóricas e três horas de aulas práticas.

Esta cadeira vem no seguimento da cadeira de Psicopatologia Geral e Especial (3º ano) e tem como objectivo global a iniciação à intervenção psicológica e a sua inserção na intervenção médica relativamente aos principais quadros clínicos da idade adulta, bem como à respectiva prevenção. (Programa em Anexo).

As aulas teóricas são leccionadas na Faculdade de Psicologia e as aulas práticas no Hospital Conde Ferreira, numa sala com espelho unidireccional. As aulas teóricas são asseguradas pelo Dr. António Santos Pereira, responsável pela cadeira.

II - AMBITO, OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS DAS AULAS PRÁTICAS

O âmbito, objectivos e estratégias das aulas práticas são delimitados de acordo com os seguintes aspectos:

1. A melhor forma de aprendizagem para uma ajuda efectiva é a confrontação com as diferentes situações. Assim, os alunos têm oportunidade de um contacto directo com adultos que recorrem à consulta externa ou estão em internamento no Hospital Conde Ferreira. Este contacto pretende sensibilizar os alunos para realidades a que dificilmente têm acesso sem passar pela experiência viva da situação.

2. Na medida em que o programa da cadeira de Saúde Mental não se refere apenas aos quadros psicopatológicos que recorrem a este hospital, e que nem todas as situações clínicas são passíveis de serem apresentadas ao vivo numa sala de aula, recorre-se ainda à discussão

de casos e a situações de role-playing.

3. Nesta situação é importante valorizar o papel e o impacto do psicólogo como indivíduo; o psicólogo deve reconhecer e aceitar os seus sentimentos e experiências e usá-las apropriadamente sem as impor aos outros. Assim os alunos são encorajados a analisar a sua experiência em situação de consulta e as suas motivações para quererem realizar este tipo de trabalho.

4. Considera-se que a maior qualidade de um terapeuta é reconhecer as suas limitações e saber quando deve pedir ajuda a outro terapeuta com mais experiência. Neste contexto os alunos são encorajados à auto-avaliação e a usá-la como base de formulação de objectivos face à sua formação. Não é esperado que sejam perfeitos mas que melhorem as suas competências.

5. O conjunto das aulas práticas tem um objectivo mais de formação que de informação ainda que esta não seja descurada. A apresentação de casos clínicos ao vivo, em estudo de casos e em "role-playing" tem como objectivo não a formação de terapeutas mas:

- a) O controlo, verificação e reforço da aquisição de conhecimentos;
- b) A iniciação à utilização prática desses conhecimentos;
- c) Uma função motivadora do ponto de vista da aquisição de novos conhecimentos;
- d) Aquisição de uma estrutura de conjunto de todos os elementos do processo de intervenção.

Tenha-se presente que as aulas práticas de Saúde Mental são o primeiro momento de formação prática para a intervenção psicológica neste domínio a que se seguirão outros, designadamente o estágio e o internato de especialidade. Para os que prosseguirem a sua formação noutros domínios estas aulas destinam-se a alertá-los para a necessidade de uma formação especializada por parte do psicólogo que in-

tervenha neste domínio e a capacitá-los para uma triagem eficaz em situação de primeira consulta.

6. A avaliação dos alunos é feita por dois elementos: um relatório escrito e a sua participação nas aulas práticas. Os alunos elaboram ao longo do ano um relatório da sua experiência vivida nas aulas práticas. Neste relatório é valorizada a capacidade de reflexão e organização de dados que permitem o aprofundamento dos diferentes quadros clínicos estudados, assim como a integração e sistematização de conhecimentos teóricos e práticos para a elaboração de um plano de intervenção.

7. Para a melhoria da organização das aulas práticas é fundamental ter o feed-back dos alunos sobre as mesmas. Assim, no final de cada trimestre, é dedicado um tempo lectivo à discussão do modo como decorreram as aulas até àquele momento; no final do ano os alunos respondem anonimamente a uma pequena ficha na qual são convidados a pronunciarem-se sobre os aspectos negativos e positivos das mesmas e a fornecerem sugestões de mudança.

III - RELATÓRIO DE UMA AULA PRÁTICA SOBRE DEPRESSÃO

Como paradigma da metodologia e conteúdo das aulas práticas desta cadeira apresenta-se neste relatório a aula relativa à depressão.

Inicialmente faz-se uma apresentação oral do caso (em seguimento terapêutico pelo docente) em que é fornecida só a informação necessária à realização da consulta. São salientadas noções já abordadas quer nas aulas teóricas quer noutras cadeiras e sistematizados os conhecimentos relacionados com a situação em estudo que se afiguram necessários à sua compreensão.

A metodologia usada é pois inicialmente a de um estudo de casos que engloba uma consulta ao vivo. Os alunos são estimulados à reflexão sobre o caso em estudo e à planificação da consulta que vão realizar.

Esquemáticamente os diferentes momentos da aula são os seguintes:

- 1- Apresentação do caso
- 2- Preparação da consulta
- 3- Realização da consulta
- 4- Avaliação da consulta
- 5- Avaliação do quadro clínico
- 6- Elaboração de um plano de intervenção
- 7- Discussão das diferentes técnicas de intervenção

1- Apresentação do caso

O caso vai ser apresentado na sua totalidade apenas para facilitar a sua leitura.

Situação actual:

- Estudante universitário, solteiro com 23 anos de idade. Queixas apresentadas pelo cliente na consulta: ansiedade, irritabilidade, insegurança, fadiga, dificuldades de concentração, e, consequentemente, diminuição do rendimento escolar e de actividades de recreio, desmotivação geral, tristeza, insónia inicial. O cliente refere ainda como sendo o seu problema mais importante um medo incontrolável de doenças do tipo cancerígeno, o que o faz pôr em causa o dar continuidade ao seu curso, não encontrando contudo alternativas. "Eu não sou capaz de fazer nada". Sempre que é confrontado com qualquer situação que se relaciona com esta problemática fica com taquicardia, suores e foge da situação. Este mal-estar prolonga-se por vários dias com uma sensação de angústia.

Antecedentes próximos:

- Há três anos não conseguindo entrar no curso que desejava (Medicina) frequentou o curso de engenharia; neste período eclodiram os sintomas. Posteriormente conseguiu entrar no curso de Medicina o que não alterou o quadro. Desde então tem procurado ajuda junto de vários psiquiatras.

Antecedentes na infância e adolescência:

- Filho de mãe solteira, não conhece o pai biológico.

Viveu com os avós enquanto a mãe estudava. Boas recordações da infância apesar de uma angústia marcada pela ausência da mãe. Aos 4 anos de idade a mãe estabeleceu uma relação com um indivíduo com quem o cliente estabelecia uma ótima relação e a quem considerou como seu verdadeiro pai.

Este indivíduo morreu passado dois anos aproximadamente com um tumor cerebral. (Ao relatar estes factos o paciente chora compulsivamente). Mais tarde a mãe casou com o pai adoptivo do paciente.

Foi sempre um rapaz com um comportamento exemplar quer na família quer no exterior. Bom aluno e com facilidade de relacionamento interpessoal.

Na sua adolescência desejou muito ter um irmão, os pais satisfizeram o seu pedido. Mantinha boas relações com ele embora marcadas pelo ciúme que não manifesta. Estes ciúmes devem-se fundamentalmente ao facto de o paciente considerar que o pai nunca o considerou como filho. "Nunca me ralhou".

Família:

Pai - ausente, investindo fundamentalmente na sua profissão.

Mãe - dominante, activa, hiperprotectora.

Irmão - adolescente, alegre, reactivo com grande admiração pelo paciente.

Dados complementares:

Desejo verbalizado de conhecer o pai biológico, contudo com uma grande agressividade em relação a este. Viveu sempre com a preocupação de agradar aos outros, principalmente no meio familiar. Achava-se na obrigação de proteger a relação do casal, evitando qualquer comportamento que pudesse originar críticas e portanto discórdia conjugal.

Estabelecendo uma relação muito formal com o pai, tem para com este sentimentos muito ambivalentes - admiração, e não aceitação como pai

2- Preparação da consulta

Apresentados os elementos do caso considerados pelo docente como indispensáveis para a realização da consulta, os alunos são convidados a refletir em conjunto sobre o mesmo e a elaborarem as principais directrizes que guiarão a consulta. As principais directrizes para a intervenção que o docente valoriza e em função das quais orienta a discussão são as seguintes:

a) Desenvolver uma relação facilitadora com o cliente e usá-la com o objectivo de obter níveis de exploração e de "self-disclosure" que permitam uma discussão aberta e completa da situação de consulta.

b) Identificar o problema incluindo componentes cognitivos e afectivos. Procurar informação sobre o desenvolvimento e organização da situação actual - factores históricos, familiares, sociais e da personalidade do paciente.

c) Avaliar a capacidade do cliente para lidar com o problema e a sua capacidade de introspecção. Desenvolver objectivos para o seu comportamento e para o do cliente.

d) Reestruturar cognições, traduzir queixas vagas em problemas mais concretos, examinar critérios de avaliação negativa, perceber o significado de acontecimentos particulares.

e) Avaliar a motivação para a terapia e atitudes face a ela (que tipo de ajuda é esperado e preferido). Avaliação das expectativas.

f) Estimular a expressão emocional, adaptar-se ao estilo de comunicação do paciente e estar atento à sua hipersensibilidade.

g) Especificar as mudanças desejadas no sentido de melhor escolher estratégias.

h) Preparar-se para o transfere e para a manutenção dos novos comportamentos do cliente.

3- Consulta

A consulta é realizada pelo aluno e/ou pelo docente enquanto o grupo observa. O docente intervem sempre que a consulta não está a ser conseguida devido à insegurança por parte do aluno ou ainda quando não está a ser benéfica para o cliente.

4- Avaliação da consulta

Uma vez terminada a consulta o aluno expõe a sua perspectiva, direcção, sentimentos, interpretações e objectivos. Recebe o feed-back dos colegas e do docente e o grupo partilha as novas observações, interpretações e apresenta alternativas.

A avaliação da consulta é feita quer em termos dos objectivos atingidos quer das estratégias utilizadas. É avaliada também a forma como o cliente se sentiu ao longo da consulta.

5- Avaliação do quadro clínico

É importante realizar em seguida o diagnóstico diferencial e o diagnóstico funcional.

5.1- Diagnóstico diferencial - Tem como objectivo determinar o problema, avaliar a severidade e duração dos sintomas actuais. Diferenças entre os diferentes quadros clínicos possíveis: Depressão endógena, reactiva ou neurótica; Fobia; Hipocondria.

A depressão cobre um conjunto de sintomas, somáticos, comportamentais, cognitivos e variações de humor o que tem levado à organização de vários sistemas de classificação. Por outro lado o problema torna-se ainda mais complexo na medida em que a depressão surge quer como síndrome quer como sintoma.

A grande complexidade e heterogeneidade que caracterizam o quadro apresentado exige que seja visto como um padrão complexo de respostas com um conjunto de causas possíveis.

5.2- Diagnóstico funcional - Identificação de áreas de intervenção. A avaliação pode iniciar-se por acontecimentos, comportamentos, sentimentos e cónições. O objectivo desta avaliação é definir áreas.

de interacção indivíduo/meio que contribuem para a situação actual e avaliar da urgência de problemas a trabalhar de imediato.

Esta informação facilita a formulação de um plano específico de intervenção no sentido de mudar esses comportamentos, sentimentos e cognições que lhe estão associados.

A turma discute e interpreta a informação que possui em relação ao caso em estudo servindo-se dos seus conhecimentos teóricos. O docente coordena a discussão e completa a informação valorizando mais o diagnóstico funcional do que o diagnóstico diferencial, ainda que este não seja descurado. É ainda discutido o problema da utilização de meios de observação e diagnóstico.

O quadro apresentado foi escolhido pela heterogeneidade dos seus sintomas e pela sua complexidade o que dificulta o diagnóstico diferencial e a escolha de um modelo de intervenção específico.

6- Elaboração de um plano de intervenção

Seguidamente elabora-se e sistematiza-se o plano de intervenção.

Uma prescrição é definida como uma escolha de uma forma de intervenção adequada a um problema específico. Como tal, é um passo importante no processo de atendimento cujo objectivo é ajudar o cliente num determinado problema.

Prescrição e prognóstico intimamente ligados, não podendo ser feita uma prescrição sem o mínimo de convicção de que essa intervenção será em benefício do cliente.

A grande dificuldade em escolher uma forma de intervenção, coloca-se imediatamente na definição do próprio problema.

A restrição a modelos únicos não permite compreender a sua dinâmica e fazer prescrições adequadas. É da combinação de diferentes técnicas e estratégias que é viável elaborar um plano de intervenção.

6.1 Após avaliação e análise da dinâmica do caso em estudo o docente coloca à turma um conjunto de pontos:

- Necessidade de hospitalização? Porquê?
- A psicoterapia é a melhor forma de ajuda ao cliente?
- Há ou não necessidade de apoio psicofarmacológico?
- A farmacoterapia é a melhor forma de ajuda?

As vantagens e desvantagens de cada estratégia e da sua combinação são discutidas e avaliadas.

- Se a psicoterapia é o mais conveniente, que técnicas utilizar?

A turma levanta hipóteses e o docente coordena a discussão e fornece informação complementar quer no sentido da melhor compreensão da dinâmica do caso, quer a nível teórico apoiado nas investigações realizadas neste âmbito e ainda no sentido de sistematizar a informação já adquirida pelos alunos sobre os vários modelos de intervenção.

6.2 Plano de intervenção elaborado - No seguimento da discussão emergiu o seguinte plano de intervenção:

a) Ajudar o cliente a tomar uma decisão no sentido da aceitação de uma perda importante na infância. Para isso:

- Induzir de imagens centradas nessa perda com objectivo de: tomar consciência da sua realidade; compreender os obstáculos que dificultam a aceitação dessa perda; constatar e clarificar sentimentos relacionados com ele.

- Levar o cliente a compreender a relação dessa perda com a situação actual: dificuldades de relacionamento com o pai adoptivo, a recusa de o aceitar como pai, a agressividade em relação ao pai biológico (deslocada), o medo das doenças cancerígenas.

b) Utilizar estratégias orientadas para a reestruturação da identidade, trabalhando a sua autonomia e confiança em si através da:

- Elaboração de projectos e investimento na sua realização;
- Redefinição da sua relação com o pai adoptivo e com a mãe.
- Aquisição de competências para lidar com a ansiedade.
- Aquisição de competências ao nível do relacionamento interpessoal, tomada de decisão e resolução de problemas.

As diferentes estratégias são discutidas e sempre que necessário são trabalhadas em role-playing para melhor compreensão da sua utilização.

7- Discussão das diferentes técnicas de intervenção

A elaboração do plano de intervenção é ocasião para o docente relembrar os seguintes pontos:

7.1 - Hospitalização - A primeira questão que se coloca é da necessidade ou não de hospitalização. A hospitalização do deprimido só tem sentido quando:

- a) Verificamos riscos importantes de suicídio;
- b) Quando a interação familiar é patológica, hostil ou ambivalente podendo contribuir para perpetuação do problema;
- c) Sempre que é necessário outro tipo de tratamentos só viáveis em internamento;
- d) Sempre que outras circunstâncias dificultem o estabelecimento de uma relação terapêutica assídua.

7.2 Farmacoterapia e/ou psicoterapia.

A maioria dos estudos realizados no sentido de avaliar os aspectos positivos e negativos de cada uma destas estratégias e da sua combinação, referem que esta obtém resultados positivos (Weissman 1979 cit. em Parloff 1986); é reconhecido que a farmacoterapia é importante num estado inicial para aliviar sintomas, como por exemplo a melhoria de humor, insônia, anorexia... mas não é suficiente controlar os sintomas: é necessário remover as suas causas. Os efeitos da Psicoterapia são superiores no controlo de ideias suicidas, sentimentos de culpa, perda de interesse e dificuldades de relacionamento interpessoal (Weissman 1984).

Da comparação dos efeitos de cada uma independentemente a Psicoterapia surge com efeitos duas vezes superiores à Farmacoterapia. (Steinbrneck 1983 cit. em Parloff 1986). Contudo é de salientar que nem todas as formas de depressão beneficiam igualmente da Psicoterapia; para algumas a Farmacoterapia é essencial (por ex. depressão endógena).

Quando se decide qual a forma de intervenção, é fundamental ter em conta as expectativas do cliente e as suas motivações. Muitas vezes a farmacoterapia dificulta a relação psicoterapeuta, porque é mais fácil, não exige investimento por parte do paciente,

este é mais passivo. Por outro lado o cliente que vem motivado para a Psicoterapia é muitas vezes renitente à Farmacoterapia, e quando esta é mesmo necessária é fundamental trabalhar as suas cognições em relação a esta forma de tratamento.

A necessidade de recurso à farmacoterapia é um dos motivos, embora não o único, para acentuar que a intervenção neste tipo de problemas se deve efectuar em estreita colaboração com a intervenção psiquiátrica.

7.3 Que Psicoterapia?

Os modelos de intervenção mais utilizados na depressão são, sem dúvida, os cognitivistas e behavioristas; contudo, a distinção entre estes dois modelos parece, neste caso, ser mais de perspectiva do que de operacionalização. Diferenciam-se na importância dada ao papel etiológico que experiências ocultas ou expressas jogam na depressão. Os dois modelos estão de acordo que ambos os tipos de experiência contribuem para o seu desenvolvimento e manutenção mas distinguem-se na atenção que lhes prestam na intervenção.

Segundo alguns estudos de investigação é referido que pacientes tratados segundo os modelos cognitivistas têm resultados mais positivos e mais rápidos no início, mas no final não são verificadas diferenças em relação aos comportamentalistas (Gallagher & Thompson, 1982, Wilson e al.1983 cit. Hoxford et al 1984).

Como nenhum destes dois modelos esgota toda a dinâmica da depressão nem todas as possibilidades de intervenção, referem-se ainda os modelos psicodinâmicos, humanistas e sistémicos. São, no entanto, aqueles modelos que mais têm sido alvo de avaliação da respectiva eficácia e que se prestam a uma apresentação mais sintética. Por esta razão se lhes dá maior atenção aqui.

7.4 Breve apresentação das diferentes técnicas segundo os modelos comportamentalistas e cognitivista.

a) A perspectiva comportamental apoia-se fundamentalmente no pressuposto de que o deprimido está num círculo vicioso no qual a redução de reforços positivos o leva a sentir-se incapaz e opta, portanto, pela imobilidade. Basicamente, o objectivo deste modelo é aumentar interacções positivas com o meio e diminuir as negativas. As técnicas empregues são gestão de contingências (Hersen 1973), treino assertivo (Kasdin 1976), treino de competências sociais e estudos de self-management (Goldfried & Merbaum, 1973) controlo de cognições (Beck et al. 1979), competências de controlo de stress e ansiedade (Meichenbaum, 1977), treino de relaxamento (Jacobson 1973), gestão de tempos (Lewinsohn 1981).

b) O modelo de self-control de Kanfer (1971) tem como hipótese que os indivíduos deprimidos têm lacunas ao nível da capacidade de controlo do seu comportamento e dificuldades em lidar com situações de stress, predominando a auto-punição através de atribuições negativas. Técnicas mais utilizadas: listas que referem directamente as mudanças de humor e actividades positivas; actividades no sentido de alteração de humor; auto-avaliação definindo a operacionalização de objectivos de uma forma positiva; exercícios sobre atribuições e responsabilidades; balanço das recompensas.

Pode-se verificar como as perspectivas comportamentais utilizam aspectos cognitivos; contudo não valorizam os aspectos afectivos que lhe estão subjacentes. Beck (1979) refere: "Para o terapeuta comportamental, a modificação de um comportamento é um fim; para o terapeuta cognitivista é um meio para um fim"

c) O modelo do desânimo aprendido (Seligman, 1975) caracteriza a depressão segundo quatro aspectos:

- a probabilidade estimada para a ocorrência de resultados positivos é baixa, ao passo que a probabilidade para estímulos aver-

sivos é alta; os resultados esperados são considerados muito importantes; o indivíduo julga esse resultado incontornável; faz atribuições de causalidade globais, estáveis e internas.

As técnicas utilizadas: intervenção sobre o meio em que está inserido - família, trabalho, comunicação; eleição de objectivos realistas; reavaliação de objectivos inatingíveis; descoberta de outras alternativas; modificação de expectativas mediante a aprendizagem de novas respostas, competências sociais, aumentar a autoconfiança, modificar as atribuições internas do insucesso para o êxito.

d) A perspectiva cognitivista (Beck, 1979) refere que as manifestações afectivas, emocionais e comportamentais da depressão são produzidas por distorção do pensamento. O indivíduo deprimido tem uma imagem negativa de si, do mundo e do futuro. Embora os episódios depressivos possam ser precipitados externamente, é a percepção que o indivíduo fez de si e do acontecimento que causa uma reacção depressiva.

O ênfase posto em experiências internas cognitivas a mediar o processo é a distinção primária entre a T. cognitivista e a comportamental, mesmo quando a primeira incorpora estratégias comportamentais e vice-versa..

As técnicas utilizadas são inicialmente do tipo comportamental cujo objectivo é mobilizar o paciente para a actividade e, posteriormente, demonstrar-lhe o contraste entre pensamentos e competências actuais: - Listas de actividades e sentimentos associados, tarefas gradualmente realizadas, avaliação cognitiva (definir pensamentos, demonstrar a relação directa entre pensamentos, sentimentos e comportamentos) treino assertivo, role-playing, resolução de problemas, indução de imagens.

IV - CONCLUSÃO

O objectivo primeiro desta aula foi finalmente proporcionar aos alunos uma imagem real da dinâmica possível de um quadro de depressão neurótica e da necessidade do conhecimento dos vários modelos de intervenção, não havendo modelos nem técnicas únicos que se adaptem a todos os casos clínicos. Cada situação clínica é única, com uma dinâmica e história próprias, a generalização de planos de intervenção não é pois possível.

BIBLIOGRAFIA

- * BECK et al (1979) Cognitive therapy of depression, New York, John Wiley & Sons
- GUIDANO V.F. e LIOTTIG (1983) Cognitive process and emotional Disorders New York, The Guilford Press
- GOLDFRIED, M.R. MERBANM M.(eds) (1973) Behavior changes thought self-control, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- HERSEN, M. et al (1973) Effects of Token Economy on Neurotic depression: An experimental analysis Behavior Therapy, 4, 392-397.
- HOXFORD R.E. et al. (1984) Toward prescription in counseling: Problems and Prospects. In Brown S.D. LentR.W. Handbook of Counseling Psychology, New York, John Wiley & Sons
- KANFER F.H. (1971) The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In A. Jacobs & L.B. Sachs, The psychology of private events: Perspective on covert response systems. New York: Academic Press.
- KASDIN, A.E. (1976) Effects of Covert Modeling, Multiple Models and Model Reinforcement on Assertive/Behavior. Behavior Therapy 7, 211-222.
- * LEWINSOHN P.M. e LEE M. WANDA (1981) Assessment of affective disorders in Barlow D.H. Behavioral Assesement of Adult Disorders. New York: The Guilford Press

MERCHENBAUN D., (1977) Cognitive behavior modification, New York
Plenum Press

MELGUES F. TOWNE (1982) Time and the inner future temporal approach
to Psychiatric disorders, New York: John
Wiley & Sons

PARLOFF M.B. et al. (1986) Individual Psychotherapy and behavior
change. Annual review of Psychology
37:321-349

SELIGNAN, M.E.P. (1975) Helplessness: On depression, development
and death, San Francisco: W.H. Freeman.

* WINOKUR G. (1981) Depression The facts, Oxford University Press

WORDEN J.W. (1982) Grief counseling and grief therapy, New York;
Tavistock Publications

* Referências para os alunos.

ANEXO

PROGRAMA DA DISCIPLINA DE SAÚDE MENTAL

5º Ano da Licenciatura em Psicologia FPCEUP

1. OBJECTIVOS DO CURSO Considerações prévias
Prevenção primária, secundária e terciária
2. Princípios de intervenção em saúde mental - Mudanças ambientais
tratamento físico e tratamento psicológico. Papel dos psicólogos.
3. Transição Transição e crise: Avaliação e intervenção psicológica
Crise emocional. Crises de desenvolvimento e acidentais.
Intervenção em situação de crise emocional.
4. Luto Características gerais do luto. Luto normal e patológico.
Intervenção em situações de luto.
5. Desenvolvimento do adulto. Concepções teóricas (E. Erikson, Loevinger, Havighurst...) Desenvolvimento e Saúde Mental. Desenvolvimento do ego e a sua implicação em estratégias de intervenção.
6. A Família numa perspectiva sistémica. Comunicação. A Família como sistema. "Tipologias Familiares"
7. Sexualidade Humana. Disfunções Sexuais e intervenção terapêutica
psicanálise, psicoterapia de apoio e informação (modelo P-LI-SS-IT). Modelo de Masters e Johnson. Modelo de Helen Kaplan. Desvios e variações do comportamento sexual: Conceito. Intervenção terapêutica.
8. Terapias Conjugais. Conceitos teóricos e práticos em terapia conjugal. Objectivos e métodos em T.C. Avaliação. Intervenção, validade e limites éticos.
9. Divórcio Conceitos teóricos e práticos. estratégia de intervenção e suas limitações.

10. Terapia Familiar. Conceito. Objectivos. Escolas mais importantes de intervenção em T.F.
11. Doenças psicossomáticas Anorexia nervosa como paradigma da doença psicossomática.
12. Neuroses. Neuroses ansiosas, fobicas, histéricas, obsessivas e obsessivo-compulsivas. Características clínicas mais relevantes e estratégias de intervenção terapêutica.
13. Esquizofrenia. Perspectivas de intervenção e limites à intervenção psicoterapêutica. Estados limite (síndromes de "border-line")
14. Toxicodependência. Possibilidade de intervenção.
15. Depressão. Perspectivas teóricas e práticas de intervenção psicoterapêutica nas depressões; vantagens e limites de cada uma. A intervenção psicoterapêutica no contexto geral do tratamento das depressões.

Docente responsável: Dr. António Santos Pereira

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação
N.º de Entrada 2145
Data 4/2/87