

**U. PORTO**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DO PORTO**

*Leonor Alves*

**OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE POR LICENCIADOS EM  
PSICOLOGIA PRÉ-BOLONHA COM  
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL SUPERIOR A CINCO ANOS.**

**RELATÓRIO CIENTÍFICO – PROFISSIONAL  
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

2012

Universidade do Porto  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE POR LICENCIADOS EM PSICOLOGIA  
PRÉ-BOLONHA COM EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL SUPERIOR  
A CINCO ANOS

Leonor de Fátima Ferreira Alves

Outubro 2012

Relatório científico – profissional apresentado no Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientado pela Professora Doutora ***Maria Emília Costa*** (F.P.C.E.U.P.).

## **Agradecimentos**

Por este trabalho ser o resultado do meu percurso pessoal e profissional, agradeço a todos aqueles com quem, ao longo da minha trajetória de vida, estabeleci uma relação profícua e que contribuíram para ser quem sou hoje.

Academicamente agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Emília Costa, por ter aceitado o desafio de mais uma vez me conduzir e contribuir para o meu crescimento profissional. Agradeço ainda a todos os docentes que fizeram parte do meu percurso académico e me estimularam e estimulam a querer “saber fazer melhor”.

Aos meus pais, meu primeiro vínculo nutritivo, dedico este trabalho.

## Resumo

O trabalho académico agora apresentado tem como objetivo solicitar à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto a atribuição do grau de Mestre em Psicologia, de acordo com o sistema de graus académicos do Processo de Bolonha. Para tal, recorrendo às orientações do conselho de Reitores para os licenciados com mais de 5 anos de experiência profissional, Despacho Reitoral RT38/2011, será apresentado em alternativa à dissertação um relatório científico detalhado e teoricamente sustentado da atividade profissional. Numa fase inicial será abordada a formação científica obtida e serão explanadas as atividades profissionais realizadas. Segue-se uma revisão da literatura sobre os modelos psicoterapêuticos empiricamente validados e a descrição e integração de um caso clínico de acordo com o modelo de intervenção validado pela investigação. Partindo do paradigma comportamental e cognitivo será apresentado o processo terapêutico, discutidos os resultados e apontadas pistas para abordagens alternativas. Finaliza-se com considerações sobre a relação entre a prática profissional e a investigação dos processos e resultados psicoterapêuticos e tecem-se reflexões sobre linhas de investigação emergentes.

## **Abstract**

This work will be submitted to the Faculty of Psychology and Education Sciences of the University of Porto in order to obtain the Master of Psychology degree, according to the academic degrees of the Bologna process. In respect to the guidelines of the Rector's council for graduates with more than five years of professional experience (rector's rule RT38/2011), a detailed and theoretically based report regarding the professional activity will be presented, in alternative to the dissertation.

Initially, the scientific curricula and professional activities of the author will be explained. Afterwards, a literature review on the psychotherapeutic models that are empirically validated will be undertaken and a specific case study will be described and integrated according to the intervention model validated by scientific research. Based on the behavioral and cognitive paradigm, the therapeutic process will be presented in detail and results will be discussed. In addition, suggestions for alternative approaches will be pointed out. Finally, considerations on the relation between professional practice and research on psychotherapeutic processes' and results will be argued and overall discussion and on emergent research lines will be carried out.

## Résumé

Le travail universitaire ici présenté a pour objectif de solliciter à la Faculté de Psychologie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Porto l'attribution du grade de Maître en Psychologie, selon le système des grades universitaires du processus de Bologne. Pour cela, recourant aux orientations du Conseil de Recteurs pour les titulaires de Maîtrise ayant plus de cinq ans d'expérience professionnelle, Dépêche Rectoral RT 38/2011, je présente, en alternative à la thèse, un rapport scientifique détaillé et théoriquement soutenu de mon activité professionnelle. Dans un premier temps, ma formation scientifique sera présentée et mes activités professionnelles seront exposées. Il s'ensuivra une révision de la littérature sur les modèles de Psychothérapie empiriquement validés et la description et l'intégration d'un cas clinique selon le modèle d'intervention validé par la recherche. En partant du paradigme comportemental et cognitif, le processus thérapeutique sera présenté, les résultats seront discutés et des abordages alternatifs seront suggérés. Finalement, j'établirai des considérations sur la relation entre l'activité professionnelle et la recherche sur les processus et les résultats psychothérapeutiques et je présenterai quelques réflexions à propos de nouvelles lignes de recherche.

<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
<b>2. Formação científica</b>	
2. 1. Formação académica	3
2. 2. Formação científica complementar	3
<b>3. Atividades profissionais realizadas</b>	<b>5</b>
<b>4. Desenvolvimento de uma atividade profissional:</b>	
<b>Apresentação do processo de intervenção de um caso clínico</b>	
4. 1. Fundamentos da escolha e explicitação das linhas orientadoras	10
4. 2. Contributos da investigação em psicoterapia	11
4. 3. Princípios a ter em conta na seleção de uma intervenção	14
4. 4. Descrição do caso clínico	17
4. 5. Apresentação do processo terapêutico	
4. 5. 1. Abordagem concetual	19
4. 5. 2. Formulação clínica	20
4. 5. 3. Aplicação dos princípios de seleção da intervenção	25
4. 5. 4. Fases da intervenção	27
<b>5. Implicações para a prática clínica e futuras investigações</b>	<b>39</b>
<b>6. Referências bibliográficas</b>	<b>43</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>45</b>

## 1. Introdução

*“Sentir é criar. Sentir é pensar sem ideias, e por isso sentir é compreender, visto que o universo não tem ideias.”*

Fernando Pessoa

O ano de 1994 representa a conclusão da Licenciatura em Psicologia, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, na então designada área de Consulta Psicológica de Jovens e Adultos. Esse ano é um marco pessoal da aquisição do grau académico de licenciada, de início da vida profissional e da tomada de consciência da necessidade contínua de formação. A oportunidade de, desde a conclusão da Licenciatura, poder exercer psicologia clínica fez acrescer a responsabilidade e a necessidade de saber mais e de ter supervisão clínica. A discussão de casos clínicos e exploração de novas hipóteses de concetualização dos casos foi uma oportunidade única de crescimento profissional, tida sob a orientação e apoio da Professora Doutora Emília Costa e da Professora Doutora Paula Mena Matos.

Volvidos 17 anos de experiência profissional surge este trabalho académico. Como é do conhecimento geral, em Junho de 1999 os Ministros da Educação de 29 Estados Europeus, entre os quais Portugal, subscreveram a Declaração de Bolonha que define um conjunto de regras e etapas a ser implementadas pelos sistemas de ensino superior europeus. Esta declaração, que deu início ao Processo de Bolonha, introduziu um conjunto de alterações no ensino superior português. O seu propósito foi construir um espaço de ensino superior convergente e baseado em três ciclos de estudo, Licenciatura, Mestrado e Doutoramento. Com estas alterações introduzia-se um sistema de créditos académicos – ECTS - e de graus facilmente reconhecíveis e comparáveis entre os Estados-Membros. Contudo, os diplomados que terminaram as suas formações académicas antes de vigorar o Processo de Bolonha, situação na qual se situa a autora deste trabalho, encontram-se desfasados dos diplomados Pós-Bolonha no grau académico conferido. Com a intenção de colmatar esta discrepância é apresentado este relatório técnico-profissional a fim de solicitar a

atribuição do grau de Mestre de acordo com o sistema unificado de graus preconizados pelo Processo de Bolonha.

As atuais recomendações do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas de 8 de janeiro de 2011 preveem que os licenciados Pré-Bolonha possam obter o grau de Mestre candidatando-se a um ciclo de estudos conducente ao grau na especialidade em que obtiveram a Licenciatura. Caso tenham mais de 5 anos de experiência profissional, o que se verifica com a autora deste trabalho, podem, em alternativa à dissertação, apresentar um relatório científico-profissional.

Indo ao encontro das referidas recomendações e das orientações do Conselho Científico da FPCEUP, este relatório, autobiografia da experiência enquanto psicóloga, pretende ser pormenorizado, reflexivo e teoricamente sustentado na atividade profissional desempenhada. Desta forma, num primeiro momento estruturante, serão explanadas as atividades realizadas desde o término da Licenciatura até ao presente para, num segundo momento, desenvolver uma destas atividades profissionais de uma forma aprofundada e integrada do ponto de vista teórico e concetual.

Sendo a área da psicologia clínica a área de intervenção de eleição da mestranda, na qual investiu académica e profissionalmente, será apresentado o processo de intervenção de um caso clínico, por considerar que a consulta psicológica individual é a atividade profissional que melhor ilustra o seu percurso profissional e melhor define a sua identidade enquanto psicóloga. Para uma melhor compreensão do processo psicoterapêutico, e do paradigma de intervenção subjacente, começar-se-á por analisar os contributos da investigação sobre os modelos de intervenção empiricamente validados e os princípios a ter em conta na seleção de uma intervenção. De seguida, será descrito um caso clínico e respetivo processo de intervenção, estruturado de acordo com os princípios facilitadores de mudança e o modelo de intervenção que a investigação demonstra ser mais eficaz na problemática apresentada pelo cliente.

Finaliza-se este trabalho com considerações sobre as vantagens e limitações da utilização dos modelos de intervenção empiricamente validados e tecem-se reflexões sobre os contributos que a investigação sobre os processos e os resultados em psicoterapia trazem para a prática clínica e as novas linhas de investigação emergentes.

## **2. Formação científica**

### **2. 1. Formação académica**

A formação académica em Psicologia do candidato ao grau de Mestre teve início em 1989, com a Licenciatura em Psicologia na área de Consulta Psicológica de Jovens e Adultos, na FPCEUP, tendo sido concluída em 1994. Entre 2002 e 2003, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto de Educação e Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade do Minho, realizou a Pós-Graduação em Psicologia Clínica, com ênfase nos modelos teóricos e de intervenção clínica nas Psicoses, Perturbações da Ansiedade, Perturbações do Humor, Perturbações do Comportamento Alimentar e Perturbações da Personalidade.

### **2. 2. Formação científica complementar**

Devido ao interesse em analisar mais aprofundadamente diversas áreas ligadas à psicologia clínica e à necessidade inerente de formação contínua no desempenho profissional, foi frequente a realização de formações científicas especializadas na área da psicologia clínica, na área da sexualidade, terapias comportamentais e cognitivas e psicoterapia cognitiva narrativa. Serão destacados alguns exemplos e referenciadas as Instituições onde as mesmas formações foram efetuadas.

No ano de 2008 realizou a formação sobre a Aplicação da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, no âmbito da Educação Especial, certificada pelo Conselho Científico Pedagógico da Formação Contínua.

Em abril de 2003 participou no Workshop orientado pelo Professor Doutor Leslie Greenberg, "Working with Emotions in Psychotherapy: the transforming power of affect".

De março a dezembro de 2001 fez a Pós-Graduação em Psicoterapia Cognitiva Narrativa, pelo Colégio Universitário de Altos Estudos. Ainda no Colégio

supracitado, entre fevereiro de 2000 e fevereiro de 2001, concluiu a Pós-Graduação em Terapias Comportamentais e Cognitivas, em Manuais de Tratamento Comportamental e Cognitivo para Perturbações do Adulto.

Participou em 1998 no Workshop orientado pelo Dr. Teixeira de Sousa sobre a utilização do Psicodrama Moreniano na Abordagem da Prevenção das Toxicodependências.

Em abril de 1997 concluiu o curso Pós-Graduado em Sexualidade pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Nos dias 27, 28 e 29 de novembro de 1995 frequentou a Escola de Inverno – Vinculação, Desenvolvimento e Implicações Clínicas, certificada pelo Colégio Universitário de Altos Estudos.

Entre fevereiro e maio de 1994 foi formanda no Workshop de Psicodrama orientado pelo Prof. Doutor Marques Teixeira.

Participou em 1994 em diferentes Módulos da Pós-Graduação em psicologia Escolar da FPCEUP:

- Metodologias Comportamentais e Cognitivas em Aconselhamento/Psicologia Escolar, orientado pelo Prof. Doutor Luís Joyce Moniz;

- Módulo de Pós-Graduação sobre Depressão e Suicídio na Adolescência, orientado pelo Prof. Daniel Sampaio;

- Frequência do Módulo de Pós-Graduação sobre Orientação e Identidades Sexuais, orientado pelo Dr. Francisco Allen Gomes.

### 3. Atividades profissionais realizadas

Foi com grande motivação e sentido de comprometimento que em abril de 1995 o mestrando deu início ao exercício da sua atividade profissional enquanto psicóloga. Por considerar que é dever de todos os psicólogos dignificar a profissão e regular o exercício desta de acordo com princípios deontológicos básicos de competência, responsabilidade, confidencialidade, integridade e respeito pelos direitos e dignidade humanas, pautou a sua ação balizada por estes princípios basilares.

Com base na formação académica e profissional adquirida recorreu a um conjunto de conhecimentos científicos, técnicas e estratégias, com o objetivo último de contribuir para a qualidade de vida e bem-estar psicológico de quem solicitou a sua intervenção. Serão listadas as principais atividades profissionais realizadas, desde o término da licenciatura até à presente data, apresentando-as por ordem cronológica, da mais recente à mais antiga.

De abril de 2010 a março de 2011 exerceu a função de **Psicóloga Clínica** no **Serviço de Psicoterapia da FPCEUP**. Executou como principais atividades e responsabilidades:

- consulta psicológica individual de jovens e adultos, com diferentes tipos de problemáticas, sendo eles: problemas de relacionamento interpessoal; problemas emocionais; problemas familiares; problemas ligados às transições de vida – como, por exemplo, o casamento, a gravidez, o divórcio, o luto, entre outros;

- supervisão clínica de alunos do Mestrado em Psicologia, que acompanham casos clínicos na disciplina de Processos de Intervenção nos Sistemas Familiares.

De setembro de 1996 a março de 2011 exerceu a função de **Psicóloga Escolar**, no Externato Delfim Ferreira. Ao longo destes 14 anos de exercício profissional, as principais atividades realizadas foram:

- elaboração de questionários de avaliação do insucesso escolar ao nível do 3º Ciclo do Ensino Básico. Estes instrumentos foram aplicados aos professores e alunos e tinham como principal propósito compreender e analisar a dinâmica do

insucesso escolar, por forma a perspetivar atuações contextualizadas e refletir sobre atuações dos professores, pais e alunos passíveis de minimizar o insucesso escolar e de promover o desempenho dos respetivos intervenientes da comunidade escolar;

- elaboração e aplicação de instrumentos de avaliação do *bullying* em contexto escolar para que, de forma contextualizada, se caracterize a prevalência de alunos que, de uma forma sistemática são vítimas intencionais, por parte dos pares, de danos ou maus tratos. Os dados aferidos por estes instrumentos permitiram delinear, de forma articulada com os diferentes intervenientes da comunidade educativa, estratégias de intervenção e de prevenção de diferentes tipos de violência entre pares;

- elaboração e implementação de programas com pais no âmbito da educação parental. Este programa teve como finalidade mobilizar os pais a promoverem a qualidade da relação pais-filhos e facilitar a tomada de consciência de que o exercício da parentalidade é uma das tarefas mais desafiantes da vida adulta e é aprendido. Os objetivos gerais foram potenciar as competências parentais (capacidades de tomada de decisão, competências de recusa, gestão emocional, entre outras), promover formas de comunicação eficazes entre pais-filhos, aumentar a qualidade das interações entre a criança e a sua família e estimular a utilização de estratégias eficazes de gestão do comportamento da criança;

- conceção e implementação de programas de desenvolvimento de competências de estudo para alunos de diferentes níveis de ensino, com o intuito de trabalhar áreas que contribuam para o sucesso educativo. De acordo com as necessidades de cada grupo, podem ser trabalhadas competências e/ou capacidades de atenção/concentração, memória, motivação, otimização do tempo de estudo, planeamento de tarefas, resolução de problemas e preparação para momentos de avaliação;

- conceção e implementação de projetos de educação sexual para alunos de diferentes níveis de ensino, em parceria com docentes, pais e outros profissionais. Com este tipo de projetos, pretendia-se desenvolver competências profissionais dos pais e docentes na área da educação sexual e dotá-los de conhecimentos científicos para que contribuíssem para uma vivência mais

informada e responsável da sexualidade humana dos alunos/filhos. Com os alunos pretendia-se que estes refletissem sobre a sua identidade psicosexual e fossem intervenientes ativos no seu desenvolvimento;

- conceção e implementação de programas de intervenção em pequenos grupos para crianças e jovens com diferentes tipos de problemáticas, tais como: hiperatividade, dificuldades de aprendizagem, dislexia, dificuldades de controlo dos impulso e/ou ansiedade;

- avaliação, intervenção e acompanhamento de alunos com necessidades educativas especiais;

- acompanhamento psicológico e/ou psicopedagógicos de alunos, professores e auxiliares educativos em perturbações do comportamento, perturbações do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, problemas de adaptação escolar;

- orientação escolar e profissional destinada a jovens a frequentar o 9º ou 12º ano de escolaridade, confrontados com a necessidade de tomada de decisões escolares e profissionais. De acordo com as necessidades, realizaram-se consultas vocacionais individuais ou em grupo, onde foi promovida a criação de oportunidades de exploração da relação dos indivíduos consigo próprios e com o mundo no passado, no presente e no futuro. Uma das atividades de exploração executada que permitiu o contacto dos jovens com a realidade profissional foi a "*Feira de Profissões*". Nesta, os jovens tinham a oportunidade de interagir com profissionais de diferentes áreas e conhecer de forma mais aprofundada a realidade profissional. Ainda no âmbito da orientação vocacional, foi realizada Consultoria Vocacional a Pais e Professores, com o intuito destes desenvolverem competências para melhor apoiar os jovens na construção do seu percurso escolar e/ou profissional.

De outubro de 1997 a novembro de 2006 exerceu funções de Formadora de Professores do Ensino Básico e Secundário, no âmbito da Formação Contínua, em diversos Centros de Formação Contínua de Professores. As principais atividades e responsabilidades foram a elaboração e implementação de programas de formação nas áreas de educação sexual, relacionamento interpessoal, comunicação e gestão de conflitos. A metodologia formativa utilizada pretendeu ir ao encontro das motivações, necessidades e conhecimentos

individuais e do grupo e fomentou espaços de reflexão onde os docentes poderiam colocar as suas dúvidas, questionar as suas práticas educativas e delinear estratégias de intervenção. Com este tipo de metodologia pretende-se não só o aperfeiçoamento das competências profissionais e a aquisição de conhecimentos científicos, mas também estimular hábitos de questionamento das realidades educativas e das experiências profissionais, para que os formandos sejam capazes de autonomamente dar resposta aos inúmeros problemas e desafios com que são confrontados no seu dia a dia escolar. Os métodos preferencialmente utilizados podem ser designados por “métodos ativos”, nos quais os formandos são agentes ativos implicados na construção do próprio processo formativo e no questionamento e na mudança das suas práticas profissionais. Utilizou-se o método da discussão, os estudos de casos reais ou hipotéticos, o método da representação ou *role play* e jogos pedagógicos (por exemplo, jogos de dinâmica de grupo e de clarificação de valores sexuais).

De 2000 a 2009 desempenhou a função de **Psicóloga Clínica** em contexto privado, executando como principais atividades e responsabilidades a consulta psicológica individual de jovens e adultos com diferente tipo de problemáticas, consulta de casal e a consulta psicológica de crianças vítimas de maus tratos.

De 1998 a agosto de 2002 exerceu a função de **Psicóloga** no Gabinete Comunitário de Intervenção Psicológica da Junta de Freguesia de Leça do Balio. As principais atividades e responsabilidades executadas foram o levantamento de necessidades da população; criação, organização e divulgação dos serviços a serem prestados à comunidade; desempenho de funções de Psicóloga Clínica – consulta psicológica individual, conjugal e parental – em perturbações de personalidade, perturbações de humor, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares e em situações de abuso sexual e violação; consultora de instituições da comunidade, nomeadamente Escolas, Centro de Saúde e IPSS; implementação de programas em grupo de educação parental e criação de grupos de educação psicológica deliberada.

De abril de 1995 a dezembro de 2001 a atividade profissional desenvolvida foi a de **Psicóloga** no Gabinete Comunitário de Intervenção Psicológica da Junta de Freguesia de São Mamede de Infesta. Neste Gabinete implementou e acompanhou projetos de intervenção comunitária, desempenhou funções de Psicóloga Clínica – consulta psicológica individual, conjugal e parental – em perturbações de personalidade, perturbações de humor, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares e em situações de abuso sexual e violação e foi consultora de instituições da comunidade, nomeadamente Escolas, Centro de Saúde e IPSS. Foi orientadora de estágios de alunos do curso de Psicologia, Área de Consulta Psicológica de Jovens e Adultos, sob a supervisão de Professores da FPCEUP

De setembro de 1995 a agosto de 1996, exerceu a função de **Psicóloga** na Associação de Solidariedade e Ação Social ASAS, desempenhando como principais atividades a implementação e acompanhamento de projetos de intervenção multidisciplinares com famílias de risco, nomeadamente com crianças e jovens com trajetórias de vida desadaptativas; implementação e dinamização de espaços lúdico-educativos para crianças e jovens em risco; formação de auxiliares de educação, munindo-os de competências para trabalhar dentro destes contextos sociais.

#### **4. Desenvolvimento de uma atividade profissional:**

##### **Apresentação do processo de intervenção de um caso clínico**

###### **4. 1. Fundamentos da escolha e explicitação das linhas orientadoras**

A escolha da apresentação de um caso clínico como exemplo da atividade profissional prende-se com o investimento académico realizado nesta área de saberes e no encantamento que a psicoterapia ainda hoje exerce sobre a mestrandia. Ser terapeuta constitui-se como uma área de gratificação elevada, onde o papel do “eu psicoterapeuta” se cruza com o *self* do terapeuta e o *self* do cliente. Neste espaço de interação terapêutica o psicólogo acede a histórias singulares que se vão transformando de modo único, permitindo-lhe ampliar as possibilidades para a construção das suas próprias histórias.

Todos os processos psicoterapêuticos têm fatores comuns e idiosincrasias e todos os clientes narrativas singulares. Alguns apresentam problemáticas atípicas ou dinâmicas enoveladas. Outros exigem ao psicólogo uma flexibilidade e criatividade que não vem descrita nos manuais académicos, mas que se adquire com a experiência em contexto de trabalho.

O caso que será apresentado, apesar da sua aparente simplicidade, torna-se complexo e controverso. A razão da sua escolha prende-se com o facto de ser um caso paradigmático das vantagens e desvantagens de orientar o processo terapêutico de acordo com a terapia cuja eficácia tem sido mais consistentemente encontrada pela investigação. Desta forma, em detrimento da exposição de um caso clínico intrincado do ponto de vista da avaliação clínica ou de sucesso, optou-se por apresentar um processo terapêutico onde a discussão se gera à volta da escolha feita por conduzir a intervenção de acordo com um modelo teórico, e por inerência as suas estratégias e técnicas, empiricamente validado como sendo eficaz para a problemática da cliente.

O contributo que se pretende alcançar com a explanação deste caso clínico é:

- analisar o interface entre investigação em psicologia clínica e a aplicabilidade dos conhecimentos que a investigação produz na prática profissional, ilustrando com um processo psicoterapêutico;

- refletir sobre as implicações psicoterapêuticas da utilização de estratégias e técnicas empiricamente validadas;

- equacionar outros paradigmas de intervenção, alicerçados na transversalidade de modelos e transdisciplinaridade entre os distintos domínios de saber.

#### 4. 2. Contributos da investigação em psicoterapia

Como é sabido, nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento significativo de investigações que procuram evidências de quais as terapias mais eficazes. Essas investigações foram impulsionadas pela Divisão de Psicoterapia (Divisão 12) da Associação Americana de Psicologia ao constituir, em 1993, uma comissão, a *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, responsável por estabelecer os critérios que deveriam suportar as investigações sobre a relação entre intervenção e resultados psicoterapêuticos. Dois anos depois da criação desta comissão, a Divisão 12 publica um conjunto de relatórios que sugerem aos terapeutas se limitarem a intervir segundo os tratamentos que tenham demonstrado ser eficazes.

De acordo com normas pré-estabelecidas as intervenções psicológicas foram classificadas em três categorias distintas: tratamentos empiricamente validados, tratamentos provavelmente eficazes e tratamentos experimentais. Para um tratamento ser classificado como empiricamente validado deve ter demonstrado ser eficaz em estudos conduzidos de acordo com os seguintes critérios (Division 12, Task Force, 1995, p. 22 *in* Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005):

## Quadro 1

### **Critérios para tratamentos empiricamente validados**

#### **Tratamentos empiricamente validados**

I- Pelo menos dois estudos experimentais (com *design* entre-grupos) que demonstrem a eficácia de uma ou mais formas:

IA- Ser superior (estatisticamente significativo) a uma terapêutica farmacológica, a outro tratamento psicológico ou placebo;

IB- Ser equivalente a um tratamento já empiricamente validado com estudos com amostras de dimensão adequada.

#### **OU**

II- Uma série de estudos de *design* de análise de caso ( $n > 9$ ) que demonstrem eficácia.

Esses estudos devem:

- Usar bons desenhos experimentais;
- Comparar a intervenção com outro tratamento (farmacológico, psicológico ou placebo).

#### **Critérios para ambos os casos (I e II):**

III- Os estudos devem ser conduzidos a partir de tratamentos manualizados.

IV- As características das amostras dos pacientes devem ser claramente especificadas.

V- Os efeitos devem ser bem demonstrados, pelo menos por dois investigadores diferentes ou equipas de investigação.

#### **Tratamentos provavelmente eficazes**

I- Dois estudos que demonstrem (também estatisticamente significativos) que o tratamento é superior a uma lista de espera de grupo de controlo.

#### **OU**

II- Um ou mais estudos que cumpram os critérios anteriormente descritos (IA ou IB, III e IV, mas não V).

#### **OU**

III- Um número pequeno de estudos de caso (pelo menos 3) que cumpram os outros critérios para os tratamentos empiricamente validados.

Numa atualização sobre as terapias empiricamente validadas, Chambless et al. (1998) listou as terapias que a Divisão 12 da Associação Americana de Psicologia referencia como tendo suporte empírico. Como a lista é extensa e o propósito deste trabalho é descrever a intervenção de um caso com uma perturbação depressiva, far-se-á apenas descrição dos tratamentos considerados bem estabelecidos para a depressão.

**Quadro 2**

<b>Tratamentos Empiricamente Validados para a depressão</b>	<b>Citação de evidência de eficácia</b>
Terapia Comportamental	Jacobson et al. (1996) McLean & Hakstian (1979)
Terapia Cognitiva	Dobson (1989)
Terapia Interpessoal	DiMascio et al. (1979) Elkin et al. (1989)

Com o crescente interesse em credibilizar, validar e tornar eficaz a intervenção psicoterapêutica, várias investigações e meta-análises sobre as terapias empiricamente validadas têm sido realizadas. Uma tendência emergente da investigação está no deslocamento do foco dos estudos de comparação entre a validade das teorias, para a validação das técnicas dentro das práticas psicoterapêuticas (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005).

Tal como referido, para efeitos deste trabalho académico o foco será nas terapias empiricamente validadas para as perturbações depressivas. Um número considerável de estudos examinou os efeitos das psicoterapias na depressão do adulto. Numa meta-análise sobre o tema conclui-se que a terapia comportamental e cognitiva, a psicoterapia interpessoal, a terapia de resolução de problemas, a terapia de apoio não-diretiva e a terapia comportamental são eficazes no tratamento da depressão do adulto. A eficácia da psicoterapia na depressão ligeira a moderada é aproximadamente a mesmo que a eficácia da farmacoterapia

e, o tratamento combinado destas duas terapias é mais eficaz do que cada uma individualmente (Cuijpers, Andersson., Donker, & Van Straten, 2011).

Tal como já mencionado anteriormente, também a Associação Americana de Psicologia considera a psicoterapia com base cognitivo-comportamental como sendo um tratamento de primeira linha para essa perturbação. Vários estudos demonstram que esta terapia, bem como as terapias comportamentais e a terapia interpessoal, são eficazes no tratamento de pacientes com Depressão Unipolar. As três terapias proporcionam reduções significativas no BDI (Beck Depression Inventory) e no HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression) através de uma diminuição percentual de pacientes que mantêm os critérios para depressão depois do tratamento e uma manutenção dos ganhos terapêuticos após o tratamento (a partir da meta-análise de Craighead, Craighead & Ilardi, 1998; Roth e Fongay, 1996 *in* Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005). De salientar que de acordo com o DSM-IV-TR as Perturbações Depressivas ou Depressão Unipolar incluem a Perturbação Depressiva Major e a Perturbação Distímica.

Sendo as terapias comportamentais e cognitivas aquelas cuja eficácia tem sido mais consistentemente encontrada pela investigação, recorrer-se-á a este paradigma conceptual para a intervenção na depressão. Será analisado um caso clínico de uma cliente com uma Perturbação Distímica com episódio sobreposto de Perturbação Depressiva Major. Começar-se-á por descrever os princípios a ter em conta na seleção de uma intervenção para, em continuação, integrar estes princípios na organização do processo psicoterapêutico.

#### 4.3. Princípios a ter em conta na seleção de uma intervenção

Beutler et al. (2000) definiu um conjunto de princípios a considerar aquando da concetualização de uma intervenção. Estes princípios orientam a atividade do psicoterapeuta e ajudam-no a selecionar a intervenção que melhor se adequa às carteiristas do cliente. Usando a metáfora do psicólogo como sendo uma modista, tal como esta veste o cliente ajustando o tecido ao seu corpo, o

psicólogo veste o cliente ajustando o modelo de intervenção às suas características.

Os princípios enunciados por Beutler podem ser básicos (prognóstico, nível e intensidade do tratamento, redução do risco) ou de otimização (princípios de relação, princípios de exposição e extinção, princípios da sequência do tratamento e princípios de tratamento diferencial). Relativamente aos princípios básicos, o **prognóstico**, enquanto probabilidade de melhoria, está relacionado com o apoio social do cliente e o seu nível de perturbação funcional. Um suporte social facilitador aumenta a probabilidade de bons resultados psicoterapêuticos e, a ausência de psicopatologia e baixa complexidade e cronicidade do problema, potencia um bom prognóstico. O stress emocional do cliente é um indicador probabilístico de mudança. Quando o nível de stress emocional do cliente é moderado, nem demasiado alto nem demasiado baixo, a probabilidade de mudança é maior.

No **nível e intensidade do tratamento** o terapeuta deverá ter em conta que a probabilidade de melhoria aumenta em clientes com problemas crónicos se se recorrer à terapia de grupo e que a intervenção farmacológica exerce os seus melhores efeitos nos clientes com um elevado nível de perturbação funcional e alta complexidade ou cronicidade.

O terapeuta **reduz o risco** de suicídio através de uma avaliação cuidadosa da história de vida do cliente e das situações de risco. Quando o tratamento incluiu a participação da família, o risco de suicídio é reduzido e a adesão do cliente ao processo terapêutico é aumentada. A adesão do cliente é também otimizada se este for realisticamente informado da duração provável do tratamento e clarificados os papéis. Há redução de risco se o clínico questionar rotineiramente os clientes acerca de sentimentos, intenção ou plano de suicídio.

A mudança terapêutica é potenciada quando a relação tida com o cliente não provocar resistência por parte deste e se o terapeuta for capaz de estabelecer uma relação de confiança, aceitação, reconhecimento, colaboração e respeito pelo cliente - **princípio da relação**.

Segundo o **princípio da exposição e extinção** a mudança terapêutica é mais provável quando o cliente se expõe a objetos ou alvos de evitamento

comportamental ou emocional e quando experimenta ativação emocional num ambiente seguro até que as respostas problemáticas diminuam ou se extingam.

A mudança terapêutica é facilitada se o foco inicial da intervenção for alteração de sintomas perturbadores e a aquisição de novas competências-**princípio da sequência do tratamento.**

Quando se utilizam intervenções diferenciais, **princípio de tratamento diferencial**, a mudança terapêutica é potenciada se se favorecerem a aquisição de competências e mudança sintomática em pacientes externalizadores e se se utilizarem em pacientes internalizadores estratégias que favoreçam a compreensão e focadas nas relações. A mudança terapêutica é também facilitada quando o nível de diretividade dos procedimentos é inversamente relacionado com o nível de resistência dos clientes. Clientes com alta resistência tendem a responder melhor a intervenções paradoxais e os pouco resistentes respondem bem à diretividade da intervenção do terapeuta. Segundo Larry E. Beutler et al. (2000) há **seis pontos-chave para um terapeuta ser eficaz**: a atitude, o conhecimento, a competência (utilização de estratégias e técnicas), o tempo e a imaginação criativa.

Um processo terapêutico eficaz inicia-se com **atitudes** de respeito, otimismo acerca do potencial de crescimento e mudança dos clientes, empatia, curiosidade e autoconsciência. Estas atitudes, fatores comuns aos diferentes modelos de intervenção, são alicerces para as competências interpessoais e de escuta que constituem o cerne de todas as intervenções terapêuticas. O **conhecimento** acerca do funcionamento humano e os processos de mudança psicológica maximizam o efeito da terapia e acrescenta credibilidade às atitudes do clínico. A **competência**, para aplicar de forma conhecedora estratégias e técnicas psicoterapêuticas eficazes, num ambiente securizante. A **gestão do tempo**, que implica ser sensível às exigências e utilização eficaz do tempo na seleção das intervenções, retirando pressão, fornecendo suporte e esperando a mudança. A **imaginação**, base criativa da flexibilidade do psicoterapeuta, para criar procedimentos adequados a princípios de tratamento.

#### 4.4. Descrição do caso clínico

Os princípios éticos da atividade profissional em Psicologia preconizam que os psicólogos têm a obrigação de assegurar a manutenção da privacidade e da confidencialidade de toda a informação a respeito do seu cliente. No sentido de ressaltar o anonimato da cliente e de todas as pessoas que, direta ou indiretamente, fazem parte dos seus contextos de vida, todos os dados de identificação foram alterados.

Margarida é advogada, 29 anos, casada há cerca de 2 anos, sem filhos. Pediu apoio porque há quatro anos que está muito triste. Não encontra justificção para o seu estado de humor e não se recorda de antes ser uma pessoa triste. Recorreu a apoio psiquiátrico há um ano e desde então toma Prozac. Considera que se não fosse o medicamento não tinha energia para o dia a dia. Acorda geralmente cedo, sem vontade de começar o dia, e se pudesse ficava em casa sozinha. Há cerca de dois anos teve uma fase descrita como sendo mais triste; a sintomatologia depressiva foi mais intensa, chorava com elevada frequência, sentia-se "mal e desesperada e pensei em desaparecer". Nessa fase não planeou, mas pensou em suicídio. Atualmente não tem pensamentos suicidas.

Margarida é filha única e viveu com os pais até casar. A relação com eles é descrita como distante. Ao longo do seu desenvolvimento assistiu a frequentes conflitos interparentais. Não descreve outras figuras significativas com quem tenha desenvolvido uma vinculação segura. O pai é descrito como sendo pouco afetivo e a mãe uma pessoa cronicamente triste. Desde que se recorda, a mãe toma medicação por se sentir deprimida. É seu desejo vir a ser igual à mãe. Da infância e da adolescência não tem muitas recordações. Relata que foi uma criança introvertida e com dificuldades de relacionamento interpessoal. Recorda-se de 2 amigas na adolescência mas separaram-se porque seguiram percursos escolares diferentes. Na faculdade estudava bastante e esporadicamente participava na vida académica. Depois do estágio, que terminou com 26 anos, começou a trabalhar no escritório de advogados onde atualmente se encontra. Considera que tem um elevado volume de tarefas, que o trabalho é precário e mal remunerado. É considerada pelos colegas como boa profissional, mas atribui a avaliação dos seus colegas ao elevado esforço com que se envolve nas tarefas profissionais e ao excessivo tempo que dedica ao trabalho. Pensa que os colegas dizem que gostam dela porque é útil e não pela sua personalidade pois sabe que é desadequada em termos de relacionamentos interpessoais. Depois do trabalho vai para casa, não tem *hobbies* e atualmente não realiza atividades que anteriormente lhe davam prazer, tais como, ler e ver filmes.

A sua vida amorosa iniciou-se com o atual marido no final faculdade. Este tem 31 anos, é engenheiro informático e foi o seu primeiro namorado. Margarida considera o marido "boa pessoa, calado, prático, seguro e decidido". Gostaria de ser decidida como ele e de não ter dificuldades em tomar decisões. Entre os dois a comunicação é escassa. Acha que o marido se

está a desinteressar e a envolver-se demasiado na vida profissional como substituto para o que não encontra em casa. A Margarida considera que a relação conjugal tem sido afetada pelo seu estado de humor e pensa ser a responsável pela atual situação; acha que está a ser um “empecilho na vida dele”. Julga que ele se vai querer divorciar e acha que não vale a pena falar com ele pois este está saturado da situação. A frequência da atividade sexual diminuiu e a Margarida refere um decréscimo acentuado da libido nestes últimos anos. Atribui a diminuição da frequência sexual ao facto do marido não ter prazer nem desejo por ela. Sente que está só no mundo, que ninguém a ama realmente e que as relações não se baseiam no amor ou amizade pois, se não fizer o que os outros querem, eles não gostam dela e acabam por se afastar.

## 4.5. Processo terapêutico

### 4.5.1. Abordagem concetual

O planeamento e seleção do tratamento foi organizado com base nas características da cliente, seguindo os princípios de seleção do tratamento, e na evidência empírica da eficácia da intervenção relativa à problemática por esta apresentada. Sendo a concetualização clínica uma história incompleta que o psicoterapeuta constrói, serão colocadas hipóteses que serão testadas ao longo do processo e, de acordo com o conhecimento que se vai obtendo da cliente, a formulação clínica inicialmente elaborada poderá ir sendo reformulada. Neste sentido, a formulação clínica é específica para cada cliente advindo uma intencionalidade terapêutica que permite justificar a razão da escolha de um tipo de intervenção em detrimento de outra.

Tal como já mencionado, a investigação tem demonstrado que determinado tipo de intervenções são as mais eficazes para determinadas perturbações. Com base nos dados das investigações utilizar-se-á a terapia comportamental e cognitiva como paradigma da intervenção, que se conceptualiza como um mapa genérico que deve ser adaptado à cliente.

Este modelo teórico integra uma elevada diversidade de princípios, estratégias e técnicas. As técnicas resultam de procedimentos específicos que permitem operacionalizar a intervenção. Nas terapias cognitivas as estratégias vão desde as estratégias cobertas às estratégias de autocontrolo, reestruturação cognitiva, disputa racional, autoinstrução, inoculação do *stress* e resolução de problemas. É recorrente na prática clínica cognitiva utilizar técnicas que procuram avaliar o grau de evidência das crenças do cliente. Os relatos autobiográficos e os registos de pensamentos permitem identificar os construtos ou estruturas cognitivas, questionar pensamentos automáticos e as distorções cognitivas, de modo a substituir os pensamentos irracionais por pensamentos mais adaptados, funcionais e realistas. Beck e Ellis usualmente listam estes erros de processamento cognitivo designando-os de inferência arbitrária, abstração seletiva, sobregeneralizações, magnificação/minimização, personalização, pensamento dicotómico/absolutista, catastrofização.

Entre as estratégias comportamentais poder-se-á referenciar o reforço, a modelagem, a exposição direta ou a exposição gradual e mediatizada, como sendo técnicas amplamente utilizadas.

Knapp, & Beck, (2008), indicam um conjunto de técnicas cognitivo-comportamentais facilitadoras da mudança, tais como o agendamento de atividades, avaliações de prazer e competência, prescrições comportamentais de tarefas graduais, testagem da realidade, *role-play*, treino de competências sociais e técnicas de resolução de problemas

Nas terapias comportamentais e cognitivas o *setting* terapêutico, que se conceptualiza enquanto conjunto de procedimentos que organizam o processo psicoterapêutico, apresenta diferenças em relação a outras terapias, por exemplos as psicodinâmicas, e aspetos habitualmente presentes em intervenções de abordagem comportamental e cognitiva. É procedimento usual o terapeuta debater algumas regras e princípios com o cliente, tais como o espaço, o tempo, as questões éticas da profissão e os papéis do psicólogo e do cliente. A relação estabelecida terapeuta-cliente é uma relação colaborativa onde o paciente é um interveniente ativo no processo e o psicólogo o catalisador da mudança, orientando o cliente na identificação de pensamentos disfuncionais, propondo técnicas específicas e planeando colaborativamente tarefas entre as sessões. A estrutura do tratamento e a organização de cada sessão são habitualmente debatidas com o paciente.

#### 4. 5. 2. Formulação clínica

Está bem patente na descrição do caso clínico uma série de sintomas de uma perturbação do espectro depressivo. Considera-se que existe perturbação porque os sintomas depressivos não resultam de uma reação normal a acontecimentos de vida negativos (e.g. morte de uma pessoa querida, desemprego), são persistentes, têm intensidade elevada e provocam alterações significativas no funcionamento da Margarida. Seguindo a classificação das perturbações do humor do DSM-IV-TR, a cliente apresenta uma Perturbação Distímica com história prévia de Perturbação Depressiva Major.

A Perturbação Depressiva Major tem como característica fundamental a presença de um ou mais Episódios Depressivos Major. O Episódio Depressivo Major caracteriza-se por um humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades, acompanhado por quatro ou mais outros sintomas adicionais de depressão, que estão presentes, por um período de pelo menos duas semanas, e que podem ser alterações no apetite ou no peso; alterações no sono (insónia ou hipersónia), diminuição da atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes a propósito da morte; tentativas ou ideação suicida.

Na Perturbação Distímica o indivíduo está deprimido, embora os sintomas depressivos não preencham os critérios para Episódio Depressivo Major. Os sintomas são crónicos ou intermitentes e possuem uma intensidade ligeira ou moderada, durante a maior parte do tempo ao longo do ano e por um período igual ou superior a dois anos.

De acordo com o DSM-IV-TR, a Perturbação Distímica e a Perturbação Depressiva Major diferenciam-se pela gravidade, cronicidade e persistência. Na Perturbação Depressiva Major, o humor depressivo tem que estar presente a maior parte do dia, durante quase todo o dia, por pelo menos duas semanas, enquanto na Perturbação Distímica tem de estar presente mais de metade dos dias, durante um período de pelo menos dois anos. A Perturbação Distímica é caracterizada por sintomas depressivos crónicos mas menos intensos do que a Perturbação Depressiva Major. Estas duas perturbações partilham sintomas semelhantes mas diferenciam-se na severidade e duração dos sintomas.

No caso da Margarida esta relata cronicidade de sintomas de humor deprimido, i. e., apresenta uma Perturbação Distímica. Esta descreve desde há quatro anos humor deprimido, angústia, falta de energia/apatia. Refere ainda baixa autoestima e autoconfiança, diminuição da atividade e do desejo sexual, alteração do sono, dificuldades em tomar decisões, dificuldades de relacionamento interpessoal e conjugal e deixou de realizar atividades que lhe davam prazer. Faz uma avaliação negativa face ao futuro, demonstra desesperança e tem história de ideação suicida. Menciona ainda um episódio em que houve um agravamento do seu estado de humor - "Há cerca de dois anos tive uma fase muito má em que chorava com elevada frequência, sentia-me mal e

desesperada e pensei em desaparecer. Pensei em suicídio embora não planeasse fazê-lo”- o que se enquadra com um Episódio Depressivo Major.

Para efeitos de diagnóstico e segundo o DSM IV-TR, não se considera que a Margarida tenha atualmente uma Perturbação Depressiva Major, pois não preenche os critérios completos para esta perturbação e o Episódio Depressivo Major ocorreu após dois anos de sintomas distímicos. Desta forma, a Perturbação Depressiva Major sobrepôs-se a uma perturbação de humor prévia: a Perturbação Distímica. Utilizando os critérios de diagnóstico para as perturbações de humor considera-se que a Margarida apresenta uma Perturbação Distímica, com início tardio (o início ocorre após os 21 anos), com Perturbação Depressiva Major sobreposta, Episódio Único.

No caso da Margarida é de relativa facilidade fazer o diagnóstico clínico diferencial entre a Distima e a Ciclotimia pois não há relatos de sintomas hipomaniacos. A Ciclotimia, perturbação do humor crónica, apresenta uma sintomatologia que oscila entre a hipomania e a depressão moderada. Os episódios em cada um destes polos afetivos têm uma duração relativamente curta (dias a semanas) e alternam entre si com frequência. Entre os episódios existem períodos de humor normal ou eutímico.

A Margarida tem uma visão negativa de si própria é considera-se incapaz. Adjetiva o mundo e o seu futuro também de forma negativa. Esta conceção de si, acompanhada por uma avaliação pessimista das dificuldades presentes e uma antecipação igualmente negativa do seu futuro, são características típicas do estado de humor depressivo. O conceito de tríade cognitiva (Beck, 1979) pretende dar conta do modo como estes conteúdos da consciência se podem observar na visão negativa que o deprimido exhibe acerca de si próprio, do mundo e do futuro. A visão negativa de si mesmo pode ser observada na forma como a cliente se percebe como inadequada e sem valor nas relações com os outros, atribuindo às suas características pessoais as experiências negativas.

Para além de se perceber de modo negativo, o deprimido tende a ver o mundo através de uma lente que o faz interpretar igualmente as suas interações correntes de uma forma negativa, quer porque percebe o mundo como fazendo solicitações excessivas ou colocando obstáculos insuperáveis para os seus objetivos de vida, quer porque interpreta as suas interações com o meio como

perdas ou fracassos. Na Margarida esta forma de funcionamento é manifesta no modo como avalia o seu desempenho profissional e na percepção que tem das atribuições que os colegas fazem do seu trabalho e das interações que estabelece com estes. Em relação à forma como vê o futuro, a cliente antecipa dificuldades e insucessos. Está patente no seu discurso uma interpretação negativa dos acontecimentos de vida atuais e previsões pessimistas futuras, e. g., “o meu marido perdeu o interesse por mim, de certeza que está saturado e vai querer o divórcio e não vale a pena falar com ele”.

A relação conjugal é uma área de vida da Margarida problemática e que lhe causa mal-estar clinicamente significativo. Na sua percepção, a conjugalidade está a ser afetada pelo seu humor depressivo.

#### Fatores Precipitantes

A este nível é importante analisar os aspetos relacionados com a vulnerabilidade pessoal e com os acontecimentos stressantes:

1. Vulnerabilidade pessoal - Na história desta cliente há a informação de que a mãe tem uma perturbação do humor com sintomatologia depressiva crónica. A mãe, enquanto relação afetiva primordial para o desenvolvimento da Margarida, parece influenciar na sintomatologia depressiva da cliente e na forma de esta funcionar e analisar a realidade. Uma mãe cronicamente deprimida não funciona como uma base segura que permite ao indivíduo regular-se emocionalmente e confiar em si próprio e nas suas capacidades para ultrapassar as dificuldades. A Margarida desenvolveu um sentido de si de pessoa não amada e incapaz de despertar nos outros atitudes e sentimentos positivos. Concomitantemente vê-se como incapaz de manter uma relação segura com os outros que lhe são significativos. O seu padrão de funcionamento replica os padrões de interação entre mãe e filha. A cliente descreve também que a relação com o pai terá sido distante. Esta informação leva a pressupor que as figuras de vinculação parentais, que favorecem o processo de individuação, não estimularam o desenvolvimento de relações de segurança e de confiança.

Considera-se que toda esta dinâmica relacional funcionou como fator de vulnerabilidade pessoal, i. e., o fato de ter estabelecido poucas relações

significativas na infância e de considerar uma criança introvertida influencia a forma como agora se vê e se relaciona com os outros: "sou desajeitada com pessoas".

Pode-se também colocar como hipótese que a vivência e a percepção da Margarida sobre a qualidade da relação com os progenitores e o estilo de vinculação estabelecido com estes sejam um fator determinante para a qualidade da vinculação com o marido.

Esta forma negativa de a cliente se ver a si própria e aos outros é confirmada e reforçada pela ausência de experiências de vida que possam infirmar esta visão. As exigências e desafios de adaptação à vida profissional podem ter ativado e potenciado estes esquemas cognitivos e emocionais.

2. Acontecimentos stressantes - Há um acontecimento de vida, ter começado a trabalhar, que é temporalmente coincidente com o início da sua Perturbação de Humor. Este dado permite colocar a hipótese de que as exigências e desafios de adaptação à vida profissional podem ter ativado e potenciado esquemas cognitivos e emocionais disfuncionais. Esta hipótese dá pistas importantes para uma avaliação e intervenção mais aprofundada ao nível dos significados que esta transição de vida teve para a cliente.

#### Fatores de Predisposição

Segundo a cliente, a mãe apresenta sintomatologia depressiva crónica. A cronicidade do seu humor, "lembro-me da minha mãe sempre triste", permite colocar a hipótese de haver um padrão biológico para a depressão da Margarida. Segundo o DSM-IV-TR a Perturbação Distímica e a Perturbação Depressiva Major são mais comuns em pessoas com familiares biológicos em primeiro grau com Perturbação Distímica.

A este nível parece haver uma fusão entre os fatores de predisposição e os fatores de vulnerabilidade pessoal. Estes últimos podem explicar o desenvolvimento de esquemas cognitivos disfuncionais através dos quais a cliente interpreta as suas experiências. Os fatores do contexto, tais como as exigências e desafios de adaptação à vida profissional, podem ter ativado e potenciado esta forma de ser (ativação de esquemas cognitivos e emocionais).

Na senda de Beck, a criança aprende a construir a realidade através das suas experiências precoces com o meio, especialmente as pessoas significativas. Às vezes estas experiências levam a criança a desenvolver atitudes e crenças que posteriormente se tornarão desadaptativas. Estes esquemas, normalmente fora da consciência, podem manter-se adormecidos até que um acontecimento da vida os estimule.

#### 4. 5. 3. Aplicação dos princípios de seleção da intervenção

Os princípios orientadores da intervenção são aqui entendidos como normas gerais que guiam a terapia, as estratégias utilizadas para operacionalizar esses princípios permitem a aplicação diferencial destes de acordo com as características do cliente. Assim sendo, cada cliente representa um desafio singular de adequação dos princípios de seleção da intervenção de forma a efetivar a mudança. No seguimento destes pressupostos, a intervenção com a Margarida será ajustada às suas idiossincrasias, segundo os princípios definidos por Beutler et al. (2000).

##### I. Prognóstico

De acordo com os princípios previamente enunciados, o prognóstico está relacionado com o suporte social e nível de perturbação funcional do cliente. No caso da Margarida há elevada perturbação funcional, i.e., há presença de psicopatologia que afeta a forma como a Margarida se relaciona com ela própria e com o mundo. Para além disso, a sua rede social de apoio é escassa e não há evidência de apoio social facilitador da mudança. As suas relações interpessoais estão circunscritas a poucos contactos e a relação conjugal está afetada. Deste modo, o prognóstico não é favorável.

##### II. Nível e intensidade do tratamento

Tendo em conta a severidade da sintomatologia apresentada, a necessidade de mudança e de monitorização da cliente, as sessões foram inicialmente de periodicidade semanal, passando a ser quinzenais quando houve diminuição da sintomatologia.

Com base nas evidências sobre a eficácia da farmacoterapia nas perturbações do humor foi reforçado com a cliente a toma da medicação. Sabe-se

que a medicação exerce efeitos importantes em clientes com severa sintomatologia e a investigação mostra que (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005):

- o tratamento combinado da farmacoterapia com a psicoterapia é mais eficaz do que cada um individualmente;

- a prevenção da recaída parece ser melhor conseguida se a intervenção combinar tratamento farmacológico e psicoterapia.

### III. Redução do risco de suicídio

De acordo com este princípio, há redução de risco se o terapeuta questionar os clientes acerca de sentimentos, intenção ou plano de suicídio.

A Margarida refere que não pensa em suicídio, mas, tendo em conta a ideação suicida anterior e o seu humor depressivo, será importante ao nível da concetualização da intervenção ir efetuando avaliações frequentes do risco de suicídio. Este aspeto é muito importante, uma vez que, ao nível mais tácito, se sabe que nesta perturbação de humor pode haver alternância entre inércia e comportamentos autodestrutivos. Para além disso, a mudança terapêutica, ao provocar uma diminuição dos sintomas depressivos e da inércia a estes associados, pode ativar a ideação suicida. O envolvimento do marido no processo psicoterapêutico poderá funcionar como redutor do risco de suicídio.

Ainda de acordo com este princípio, sabe-se que a adesão da Margarida à intervenção será potenciada se esta for informada da duração provável do tratamento e clarificados os papéis. Com este intuito, aquando da definição do *setting* terapêutico, será clarificado o papel da cliente e do psicólogo e será proposta uma terapia de longa duração. A razão desta proposta é baseada nos dados obtidos acerca da eficácia da psicoterapia na depressão (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005):

- os efeitos das intervenções breves (10 sessões), apesar de demonstrarem efeitos positivos a curto prazo, tendem a desaparecer a longo prazo;

- as intervenções breves parecem ser mais indicadas no *follow-up*.

#### IV. Princípios de exposição e extinção

Aplicando este princípio à Margarida, para potenciar a mudança terapêutica, serão criados num ambiente seguro momentos de ativação emocional. Seguindo a conceitualização comportamental e cognitiva, serão identificados, avaliados e modificados padrões de pensamento disfuncionais. Nas sessões, proceder-se-á à análise dos pensamentos automáticos e imagens que estão associadas a um aumento da emoção - "cognições quentes".

#### V. Sequência do tratamento

Sabendo que a mudança terapêutica será mais provável se o foco inicial da intervenção for a alteração dos sintomas perturbadores e a aquisição de novas competências para lidar com a depressão, as consultas com a cliente, inicialmente, centrar-se-ão nos sintomas depressivos e no desenvolvimento de formas construtivas para lidar com a depressão.

#### VI. Tratamento diferencial

Os dados da investigação sobre o que funciona melhor com clientes resistentes ao processo psicoterapêutico dizem que a mudança é facilitada quando o nível de diretividade dos procedimentos é inversamente relacionado com o nível de resistência dos clientes. Como a Margarida demonstra pouca resistência, deverá responder bem à diretividade da intervenção do terapeuta. Como é uma cliente com sintomatologia internalizadora, serão privilegiadas estratégias que favoreçam a compreensão e focadas nas relações, pois estas estratégias parecem ser mais eficazes para clientes com este tipo de sintomatologia.

#### 4. 5. 4. Fases da intervenção

Recapitulando alguns aspetos processuais elencados a propósito da adequação do tratamento às características do cliente, esta intervenção teve a duração de seis meses e foram realizadas treze consultas. As primeiras oito

consultas foram semanais e, após a diminuição da sintomatologia depressiva, as restantes tiveram uma periodicidade quinzenal. A decisão de passar a quinzenal foi analisada com a cliente e acordada com esta.

A terapia comportamental e cognitiva tem uma estrutura e procedimentos específicos bem definidos. Embora o conteúdo das sessões mude ao longo do processo psicoterapêutico, a estrutura mantém-se mais ou menos semelhante, sem com isto se comprometer a necessária flexibilidade e criatividade que o terapeuta deve ter. Deste modo, estes princípios são transversais ao processo e não se podem circunscrever a uma sessão. Utilizando como exemplo a realização dos trabalhos de casa, sempre que ao longo do processo se solicitar à cliente realizar uma atividade fora da sessão, está presente o princípio que a seguir será analisado com mais detalhe: “Explorar os trabalhos de casa em função das potencialidades e limites dos mesmos,...”.

O processo de intervenção com a Margarida evidencia essa estrutura que é comum às terapias de cariz comportamental e cognitivo. Nestas há objetivos e estratégias que norteiam a intervenção com a cliente e que estão presentes e são recorrentes ao longo de todo o processo. Passar-se-á à descrição destes:

- criação de uma aliança terapêutica empática e colaborativa, pois a eficácia da intervenção vai depender do investimento que a cliente fizer. É importante que fique clarificado o papel ativo da Margarida. Como esta está deprimida, há uma dificuldade acrescida de esta investir no processo. Por este motivo, um dos propósitos da intervenção é promover a adesão terapêutica da cliente. Sendo a relação terapêutica um instrumento poderoso de intervenção, o terapeuta deve consubstanciar três atitudes que constituem as condições necessárias ao estabelecimento de uma relação potenciadora de mudança: a compreensão empática, a aceitação positiva e incondicional e a congruência.

- monitorar o estado da cliente;
- todas as atividades são explicadas à cliente em termos de objetivos e de processos;
- os trabalhos de casa sugeridos vão ao encontro das motivações da cliente;
- explicitar a importância dos trabalhos de casa e a sua função;

- explorar os trabalhos de casa em função das potencialidades e limites dos mesmos, reações da cliente na execução da atividade e a sua utilidade terapêutica;

- agendar a lista de problemas a serem tratados na sessão e a prioridade destes, a ser definido em conjunto com a cliente, de acordo com o grau de sofrimento gerado pelo problema e a receptividade desta à mudança;

- a atividade de análise de pensamentos automáticos pode ser realizada recorrendo à reflexão oral e posterior síntese escrita dos processos e construtos.

No sentido de facilitar a compreensão do processo e resultados da intervenção, este será estruturado e apresentado em momentos organizadores e estruturantes da intervenção. Cada um destes momentos compreende um conjunto de objetivos e estratégias e há sessões em que uns são mais intencionalizados que outros. A sequência da descrição dos momentos decorre da sequência temporal das sessões e da intencionalidade terapêutica. Concretizando, nas sessões iniciais ter-se-á um primeiro momento organizador que é: **avaliação/definição do problema**; nas sessões seguintes, intencionaliza-se o segundo momento: **compreender a depressão**; segue-se: **lidar com os sintomas comportamentais** e **lidar com os sintomas emocionais e cognitivos** e finaliza-se a psicoterapia com a **avaliação do processo terapêutico e término**.

Não se pretende com esta divisão transmitir a ideia de que os diferentes momentos são estanques. Pelo contrário, considera-se que a intervenção é dinâmica, feita de avanços e recuos onde é necessário voltar a etapas anteriores para concretizar etapas ulteriores. Por exemplo, quando a intervenção se foca em **lidar com os sintomas comportamentais**, poderá ser necessário introduzir estratégias do momento de intervenção posterior - **lidar com os sintomas emocionais e cognitivos** ou voltar a **avaliar o problema**.

### I. Avaliação/Definição do Problema

A formulação clínica efetuada e as hipóteses de funcionamento levantadas devem ser testadas ao longo do processo de intervenção. Estas informações permitem compreender a Margarida e reformular, caso necessário, a concetualização inicial. Contudo, tão ou mais importante do que o terapeuta ter

uma grelha de compreensão da paciente, é a própria Margarida compreender o funcionamento da depressão e os mecanismos que a mantêm.

Na primeira sessão foi abordado com a cliente, dentro de toda a sintomatologia depressiva e problemáticas apresentadas, o que para ela era prioritário intervir no contexto da psicoterapia. Desta forma, tornou-se mais fácil planejar objetivos e estratégias das sessões posteriores. A avaliação foi complementada com a aplicação da segunda versão do Inventário de Depressão de Beck — BDI-II (Beck, Steer, & Brown., 1996). Os resultados obtidos indicaram uma depressão moderada - pontuação global de 27. Os sintomas que se destacaram foram os sentimentos de culpa, a autocrítica, o choro, a agitação, a indecisão, a perda de energia, as dificuldades de concentração e o cansaço ou fadiga.

Decorreu da avaliação que um objetivo terapêutico inicial seria produzir algum alívio dos sintomas depressivos: estes são intensos e a cliente está suficientemente focada neles. Por esta razão, se a intervenção se iniciasse por outra área, a cliente dificilmente aderiria ao processo por não ter energia nem recursos e correr-se-ia o risco de *drop out*.

Com a Margarida faz todo o sentido o princípio de seleção do tratamento: sequência do tratamento (a mudança terapêutica será mais provável se a intervenção inicial for a alteração dos sintomas perturbadores e a aquisição de novas competências para lidar com a depressão).

Na primeira consulta, a Margarida referiu que tinha acompanhamento psiquiátrico e tomava Prozac. Sendo este medicamento um antidepressivo com possíveis efeitos secundários na libido, e como a redução da libido é um dos sintomas referidos pela Margarida, foi importante refletir com a cliente a necessidade de articular com o psiquiatra para este reavaliar a medicação. Esta reflexão foi feita no final da segunda sessão e não após a primeira consulta, pois privilegiou-se estabelecer uma relação de confiança com a Margarida antes de introduzir o psiquiatra no processo.

A cliente anuiu e foi estabelecido contato telefónico com o psiquiatra que a acompanhava. Este informou a terapeuta que a Margarida tinha ficado de marcar nova consulta para avaliação mas não o fez, que estava disponível para a atender e foi relutante em partilhar informações sobre a Margarida. A cliente marcou no espaço de uma semana consulta, o que demonstra motivação e, na

quarta sessão, já estava a tomar uma medicação diferente prescrita pelo psiquiatra, a Moclobemida Genedec. Em sessões posteriores procedeu-se a uma reavaliação da libido da cliente. Esta considerou que não houve um aumento do desejo sexual, mas uma maior facilidade em se envolver sexualmente com o marido e em ter orgasmos. Em rigor, não se pode inferir que estas mudanças se devam à alteração da medicação pois podem também ser devidas à intervenção psicoterapêutica ou às variáveis do contexto psicossocial da cliente.

As avaliações feitas ao longo da psicoterapia permitem avaliar o processo e os resultados da terapia. Numa dessas avaliações, feita após ter havido diminuição dos sintomas depressivos, na 10ª sessão, há uma tentativa de reformulação do problema passando este a ser analisado num paradigma sistémico do funcionamento humano. A terapeuta redimensiona o problema, analisando-o numa perspetiva relacional. Neste contexto analisa-se a relação da cliente com a mãe e com o marido. A disfuncionalidade da relação conjugal emerge na consulta e a terapeuta propõe a vinda do marido para avaliar a necessidade ou não de intervenção no sistema conjugal. A cliente recusa dizendo que o marido não gostaria de vir e a terapeuta aceita a resistência da cliente.

## **II. Compreender a depressão**

As primeiras sessões contribuíram para neutralizar a desesperança inicial e quebrar o ciclo da depressão. Sendo uma das características da depressão a desesperança, contribui-se para a diminuição desta ao reforçar o facto de ela ter procurado apoio técnico e ao transmitir confiança de que é possível a ajudar.

Partindo do pressuposto que a mudança é facilitada se o cliente compreender a depressão e os mecanismos que a estão a manter, utilizou-se uma abordagem educativa para explicar o ciclo vicioso que mantém a depressão. Refletiu-se sobre a interdependência entre cognições, emoções e situações de vida e analisou-se o modo como os padrões de pensamentos negativos e a inatividade mantêm os sintomas da depressão. Para explicitar estas interações utilizou-se como exemplo a realização de tarefas domésticas e a relação entre apatia - culpa excessiva – energia – iniciativa. A cliente verificou que quando se sente apática e sem vontade de fazer tarefas domésticas não se consegue mobilizar para as realizar, culpa-se excessivamente por isso, o que amplifica os sentimentos de tristeza, faz com que se sinta com menos energia, menos

capacidade de iniciativa e fica inativa no sofá, ficando emaranhada nesta sequência ininterrupta de acontecimentos e consequências desfavoráveis que conduzem à manutenção da depressão.

Na sequência destas reflexões foi evidenciada a importância de quebrar o círculo vicioso que mantém a perturbação de humor. Foi acordado com a Margarida a realização de atividades positivas e gratificantes entre as sessões, i. e., passou-se para o momento seguinte da intervenção: lidar com os sintomas comportamentais.

### **III. Lidar com os sintomas comportamentais**

Este momento foi intencionalizado a partir da quarta sessão, todavia noutros momentos do processo também foi alvo de intervenção.

Logo na primeira sessão lidou-se com os sintomas comportamentais da depressão ao estabelecer um contrato verbal com a Margarida acordando com esta que, caso pensasse em se suicidar, contactaria telefonicamente a terapeuta. A decisão do contrato terapêutico prende-se com o princípio exposto de redução de risco já descrito anteriormente. A Margarida aceitou e referiu que não pensava em suicídio, mas sim em “ter ajuda para se sentir melhor”. Este momento foi rentabilizado para enfatizar a possibilidade de ela se vir a sentir melhor, i.e., foi promovida a esperança, uma vez que a desesperança é uma característica presente nas perturbações de humor depressivo. Conseguiu-se também perceber a elevada motivação da cliente para a mudança.

A proposta feita à cliente para realizar, entre as sessões, atividades prazerosas foi recebida com entusiasmo. O objetivo desta atividade era interromper o ciclo Inatividade/Negativismo, i. e., lidar com os sintomas comportamentais da depressão. A cliente listou atividades específicas e organizou-as de acordo com o grau de dificuldade, começando por se propor realizar as atividades de que mais gostava.

Na sua implementação introduziu-se o exercício de registo de atividades com indicação do nível de prazer e mestria. Sugeriu-se à Margarida que fora do contexto terapêutico usasse um diário onde registasse as atividades que

realizava, descrevendo a situação, o prazer associado, o sentimento, o pensamento automático e os erros de pensamento. Os objetivos seriam alargar a lista de atividades que proporcionam prazer à Margarida, promover o aumento da realização dessas e ter material para análise em futuras sessões dos comportamentais e cognições que mantêm a depressão.

Apesar de a Margarida demonstrar vontade em realizar as atividades a que se propunha, esta teve dificuldades iniciais em as executar. Para minimizar a resistência e potenciar o sucesso da concretização das atividades, reestruturou-se a atividade e foi trabalhado com ela o nível de complexidade e dificuldade para que os resultados da execução concretizassem os objetivos a que se propunham e não estimulassem o desânimo e a confirmação das crenças de incompetência e desajustamento social que a cliente tem de si própria. Sugeriu-se o começo por atividades que considerasse mais fáceis - ler um livro e ir ao cinema, e foram antecipadas eventuais dificuldades e formas de lidar com essas dificuldades. Neste momento utilizaram-se estratégias cognitivas, como coadjuvantes que são das estratégias comportamentais, para promover a adesão da cliente à mudança.

Numa fase mais avançada tentou-se estimular atividades de âmbito social com o intuito de promover as relações interpessoais e alargar a sua rede social de apoio. Seguindo o **princípio da relação** de Larry E. Beutler, com estas estratégias promove-se a mudança terapêutica, uma vez que se está a minimizar a resistência da cliente ao processo.

Neste momento, foi equacionada a possibilidade do marido colaborar no processo e de estar presente numa próxima consulta. Foi explicitado que este poderia ser um recurso importante para a ajudar a lidar com a depressão e estimular a mudança. A receptividade da cliente à proposta foi negativa; não quis que o marido participasse no processo referindo que queria que aquele espaço fosse só seu. Posteriormente, aquando da avaliação do processo, é novamente proposta a vinda do marido e esta reitera a vontade de este não estar presente.

Se, num primeiro instante, as dificuldades e resistências permitiram conhecer melhor a Margarida e identificar pensamentos automáticos e emoções subjacentes, numa fase subsequente, permitem compreender que as cognições e

emoções estavam a ser um obstáculo para a cliente lidar com os sintomas comportamentais. Como exemplo, poder-se-á referir os sentimentos de frustração e incompetência que bloquearam a realização da atividade de andar de bicicleta. Com o desígnio de desbloquear estas dificuldades articularam-se estratégias comportamentais e cognitivas para trabalhar cognições. As estratégias utilizadas foram a autoinstrução (autoafirmações positivas perante pensamentos de ineficácia), a testagem da realidade (procura de evidências empíricas para os seus pensamentos negativos), a pesquisa de alternativas possíveis (antecipar e avaliar os resultados potenciais de cada uma das alternativas e implementar um plano de ação) e a descatastrofização.

#### **IV. Lidar com os sintomas emocionais e cognitivos**

Utilizando a abordagem educativa sobre como os comportamentos e pensamentos mantêm a inatividade e a depressão, foram enquadradas as dificuldades sentidas pela cliente na realização de tarefas gratificantes.

Foi proposto à Margarida que inventariasse o que de positivo acontecia na sua vida e/ou o que de positivo/benéfico ela tinha que não queria perder. A realização desta atividade foi realizada na sessão para que o terapeuta pudesse orientar a Margarida a discriminar coisas positivas e reduzir o risco de esta se focar apenas nos aspetos negativos. Os objetivos desta atividade foram:

- focalizar a atenção da cliente para os aspetos positivos de si própria e do que a rodeia;
- promover a sua autoestima;
- desfocá-la dos pensamentos automáticos negativos.

À medida que o processo de intervenção foi decorrendo a Margarida foi-se mobilizando para a ação. Confiando que as estratégias comportamentais e cognitivas possam ter contribuído para o maior envolvimento da cliente, coloca-se também a hipótese da mudança da medicação ter também contribuído.

Uma das características centrais da terapia comportamental e cognitiva para a depressão é a ênfase sobre o significado psicológico das crenças negativas que os clientes têm sobre si próprios, o mundo e o futuro (Beck, Rush,

Shaw, & Emery, 1979 in Newman, 2011). De maneira a aceder às estruturas e processos cognitivos disfuncionais da Margarida, procedeu-se à identificação dos seus pensamentos automáticos, que habitualmente são autoverbalizações negativas, e dos tipos de erros de processamento cognitivo - pensamentos que distorcem a realidade. Explicitou-se o conceito de pensamentos automáticos e ajudou-se a cliente a identificar e reconhecer os pensamentos automáticos associados a sentimentos experienciados negativamente. A este propósito, a cliente referiu vários acontecimentos experienciados no contexto da relação com o marido, e. g., o pensamento automático “não valho nada” está associado aos sentimentos experienciados negativamente na relação “sinto que o meu marido se quer separar/sinto desamparo”. Foi proposta a dramatização desses acontecimentos com o objetivo de ativar esquemas disfuncionais e aceder a crenças nucleares e a distorções cognitivas.

A cliente demonstrou facilidade em desempenhar quer o papel do marido quer o papel de mulher. A trama narrada foi rica em conteúdos e, com base nestes, analisou-se a forma como a Margarida construiu e atribuiu significados ao mundo que a rodeia.

Solicitou-se como trabalho de casa o registo diário de pensamentos disfuncionais. Sugeriu-se esta atividade porque os registos de pensamentos para além de fornecerem informação relevante para se explorar na consulta, permitem criar um momento de reflexão e integração do que foi feito na sessão. Este exercício é entendido como uma extensão natural do que foi feito na sessão terapêutica. A participação da cliente neste tipo de atividades mais dirigidas demonstrou ser favorável.

Com base na informação obtida no trabalho de casa deu-se continuidade à atividade usando a técnica das 3 Colunas: pensamento negativo / distorção cognitiva / pensamentos alternativos. Na diferenciação de pensamentos alternativos foi necessário uma maior diretividade e participação do terapeuta. Criar esquemas cognitivos alternativos de análise da realidade foi uma atividade difícil, mas útil. Estes esquemas permitem analisar a realidade noutra perspetiva, mudar/substituir pensamentos disfuncionais e estimular para a ação.

De modo a demonstrar que algumas das cognições da Margarida não têm base empírica, usou-se a testagem empírica da realidade, técnica cognitivista, para desafiar a evidência racional dos seus pensamentos disfuncionais. Propôs-se à cliente que elaborasse uma lista de evidências que confirmavam ou infirmavam as suas experiências ou pensamentos. A Margarida realizou com alguma facilidade esta tarefa e foi-lhe fácil perceber que sobregeneralizava e fazia inferências arbitrárias, e. g., a Margarida rapidamente percebeu que a assunção “as relações não se baseiam no amor ou amizade” era uma generalização baseada em incidentes isolados, ou que, e. g., “o meu marido quer-se separar” é uma inferência arbitrária, pois é feita na ausência de provas para sustentá-la.

Partindo da descrição de acontecimentos de vida da Margarida, ilustrou-se a relação entre cognições e emoções, e. g., analisou-se a relação entre o pensamento negativo “os colegas dizem que gostam de mim porque sou útil e não pela minha personalidade” e uma emoção desagradável “ninguém me ama realmente”. Desafiou-se o pensamento automático da paciente de que o medicamento é o único responsável pela energia que tem para o dia a dia e atribui-se também a ela a responsabilidade que tem na realização das diferentes tarefas. Usou-se como exemplo o investimento que faz na psicoterapia e a energia que canaliza na realização de atividades de casa.

Como a Margarida é advogada, propôs-se o desempenho do papel de advogada de defesa vs. de acusação dos pensamentos que mantêm a depressão. Esta estratégia de intervenção revelou-se eficaz na concretização dos seus objetivos que eram criar “vozes” alternativas aos pensamentos e novas significações para os acontecimentos.

## **V. Avaliação do processo terapêutico e término**

Decorridos seis meses do início do processo, e tendo-se realizado treze consultas, avaliaram-se os resultados conseguidos, os meios utilizados e os momentos mais significativos do processo terapêutico. A Margarida verificou que tinham ocorrido mudanças no seu humor e que os sintomas depressivos que a levaram a pedir apoio estavam manifestamente reduzidos. Nas últimas semanas

sentia-se menos apática, com mais prazer em realizar as tarefas do dia a dia, mais otimista e com uma percepção mais positiva de si e dos outros.

Considerou que o espaço terapêutico foi catalisador de processos de mudança porque lhe permitiu refletir e motivá-la e orientá-la para a mudança. Alguns dos padrões de pensamento disfuncionais foram alterados tendo agora uma visão mais positiva de si. A relação com o marido continuava a ser descrita como sendo um fator de *stress* e ao nível interpessoal não eram notórias alterações significativas na sua rede social de apoio.

Como forma de avaliar a eficácia da intervenção e os resultados psicoterapêuticos, voltou-se a aplicar o BDI-II. Os resultados obtidos indicaram uma diminuição da sintomatologia depressiva. No início do processo registou-se uma pontuação global de 27 - depressão moderada, e no final do processo a sintomatologia depressiva era mínima- pontuação global de 11.

Esta avaliação dos resultados terapêuticos conduziu ao término da psicoterapia, embora a terapia farmacológica se mantivesse. Conclui-se que a terapia comportamental e cognitiva revelou ser eficaz na redução dos sintomas depressivos e se ajustou às idiossincrasias da Margarida por ser uma intervenção bastante estruturada e diretiva. A opção por este tipo de procedimentos e estratégias está de acordo com o pedido da cliente, da intervenção se centrar na perturbação de humor e não em aspetos mais estruturais da sua personalidade e do seu funcionamento psicossocial. As estratégias de diferenciação cognitiva e a ativação emocional foram ao encontro das idiossincrasias da cliente porque lhe permitiram compreender processos e ter *insight*. As estratégias comportamentais para lidar com os sintomas da depressão facilitaram a quebra da apatia e inatividade.

Para minimizar e prevenir eventuais recaídas, foi analisada a forma como as mudanças ocorreram para que, no futuro, a Margarida possa autonomamente lidar de forma eficaz com sintomas depressivos. Espera-se que no futuro esta consolide e generalize as aprendizagens feitas no contexto terapêutico e seja capaz de aplicar os princípios de mudança perante fatores desencadeadores ou perante os primeiros sintomas de humor deprimido.

A avaliação no final do tratamento permitiu perceber o impacto da intervenção na cliente. Contudo, quaisquer evidências de eficácia não significam consolidação das mudanças terapêuticas a longo prazo. Para avaliar a

manutenção dos ganhos são necessárias consultas de *follow up*. Neste sentido, foi acordado com a cliente que num primeiro momento as consultas de seguimento seriam de dois em dois meses, tendo passado estas a ser de três em três meses após a segunda consulta de *follow-up*.

Na última consulta foi pedido à cliente para no dia anterior à consulta preencher novamente o BDI-II. O valor obtido- 13, indica um ligeiro aumento da sintomatologia depressiva e, de acordo com Beck et al. (1996), representa o limite superior entre sintomatologia mínima (0-13) e ligeira (14 a 19). Estes resultados são facilmente compreendidos se se tiver em consideração que a psicoterapia da Margarida foi breve e centrada nos sintomas. Como a investigação indica, a probabilidade de eficácia a longo prazo deste tipo de intervenção é menor. Os estudos também contribuem para a compreensão destes resultados, pois sugerem que, após a intervenção psicoterapêutica, os sujeitos continuam a apresentar uma sintomatologia depressiva, mas não em critérios suficientes para se considerar psicopatologia. Neste último contacto com a Margarida foi estabelecido que esta procuraria apoio quando sentisse necessidade de uma nova consulta. Já decorreu cerca de um ano e a cliente não voltou a contactar o serviço de psicoterapia.

## 5. Implicações para a prática clínica e futuras investigações

A tradição recomenda que no desfecho de trabalhos académicos se realize uma súmula dos contributos da investigação, das reflexões desenvolvidas, se apontem limitações e se proponham recomendações para trabalhos posteriores. Parece no entanto importante enquadrar este relatório técnico-científico. A intenção da sua apresentação é solicitar o reconhecimento e certificação do grau de Mestre, ao abrigo do sistema de graus académicos do Processo de Bolonha, a uma Licenciada que terminou a sua formação anteriormente a este Processo e que possui mais de 5 anos de experiência profissional.

A oportunidade recentemente dada pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, de apresentar em alternativa à dissertação um relatório científico-profissional, espelho da experiência profissional e académica, é uma resposta à necessidade sentida há já uns anos. Em diversos procedimentos concursais públicos ou privados, para ocupação do posto de trabalho de Técnico Superior de Psicologia, os diplomados Pré- Bolonha são penalizados ou excluídos porque um dos requisitos de admissão é ser detentor do grau académico de Mestre.

Fazendo jus à tradição académica, em forma de síntese reflexiva, apresentar-se-á algumas mais-valias e limitações da intervenção clínica exposta no capítulo anterior para ilustrar a atividade profissional da autora deste trabalho. Tendo este relatório por base um quadro teórico de referência- intervir de acordo com um modelo de intervenção validado pela investigação- o processo psicoterapêutico foi conduzido de acordo com os princípios, estratégias e técnicas desse modelo. Possuir conhecimento acerca dos princípios fundamentais de mudança terapêutica maximiza o efeito da terapia e acrescenta competência às atitudes do clínico. Conseguir identificar variáveis das quais pode depender a eficácia de uma determinada intervenção favorece a utilização de estratégias e técnicas potenciadoras da mudança.

O terapeuta só pode adquirir este conhecimento através do conhecimento dos dados da investigação e dos fatores que contribuem para a eficácia da intervenção psicológica. No seguimento destas assunções, pensa-se que é de

extrema importância validar teorias, estratégias ou técnicas psicoterapêuticas e, investigar as variáveis associadas ao processo psicoterapêutico, incluindo aquelas relacionadas com as características do terapeuta e do paciente. Aliás, estas parecem ser as áreas proeminentes de investigação.

Contudo, há limitações quando se investiga a eficácia dos modelos de intervenção. Uma dessas limitações é a patologização do cliente, i. e., interpreta-se o cliente como tendo uma perturbação/doença e não na perspectiva das suas potencialidades, recursos e interações com o mundo que o rodeia. Esta abordagem, em muito alicerçada num modelo médico de doença e de cura do problema, tem como ponto de partida que o indivíduo é um átomo isolado, com uma patologia que se pode definir através de uma categoria discreta.

Seguindo esta lógica, cabe ao terapeuta, através de uma avaliação rigorosa, diagnosticar o cliente e subsequentemente estruturar a intervenção. Neste paradigma, a relação do indivíduo com o mundo circundante é construída a partir de associações entre indivíduos, como se este fosse uma justaposição de ligações entre seres sociais isolados.

Esta análise do funcionamento humano é redutora e infirma os dados obtidos através da prática clínica. A prática profissional evidencia que são várias as pessoas que procuram a intervenção do psicólogo clínico e não têm nenhum tipo de patologia e que são raras as pessoas que recorrem a este profissional e apresentam uma patologia ou problemática que se pode circunscrever numa única patologia. Propõe-se, como leitura alternativa, que o sujeito seja considerado um ser social em ação conjunta e interdependente com o passado, o presente e o futuro que antevê. Nesta perspectiva, enfatiza-se, a multiplicidade de realidades do cliente em detrimento de uma narrativa singular.

Seguindo estes pressupostos, a questão que se levanta é qual a utilidade de seleccionar uma terapia que foi empiricamente validada com sendo eficaz para uma determinada perturbação? Fará sentido guiar uma intervenção por modelos uni causais para explicar a etiologia das perturbações?

Considera-se que é mais relevante atentar à existência de múltiplas variáveis no desenvolvimento da trajetória de vida. A suportar esta afirmação está o processo clínico da Margarida anteriormente apresentado. O seu humor obtém uma significação diferente se se reformular o caso recorrendo a uma abordagem

mais integrativa do desenvolvimento humano, a teoria e investigação da vinculação. Neste paradigma, a conceitualização da cliente adquire contornos distintos e uma trama mais complexa. A qualidade das relações de vinculação com a família e com o marido passam a ter uma importância vital no ajustamento psicossocial e nos sintomas emocionais.

O que seria mais benéfico para a Margarida? Intervir com base no diagnóstico de uma perturbação e selecionar um tratamento empiricamente validado para essa perturbação, ajustando-o às idiosincrasias da cliente? Ou, intervir, evitando a reificação do problema e mudando o foco da atenção para a construção de discursos alternativos e para as suas potencialidades?

Pensa-se que utilizar o discurso do problema reifica o mundo de angústia no qual se mantêm os padrões designados problemáticos. Evitar a reificação do problema e a rigidificação da unicidade narrativa, fomentando o estímulo do discurso das potencialidades e abrindo múltiplos caminhos para significações alternativas, enriquece o leque e a flexibilidade narrativa, encoraja a construção de outras realidades possíveis e introduz vozes diferentes das do discurso dominante (Gonçalves, 2001).

Considera-se que conceitualizar a intervenção a partir dos sintomas da depressão descarta o emaranhado de indicadores de desconforto, de acontecimentos de vida, de narrativas e de potencialidades e recursos da cliente. No entanto, no caso da Margarida, a psicoterapia cognitiva-comportamental centrada na remoção dos sintomas do humor depressivo e na aquisição de estratégias para lidar com a depressão parece adequada por se ajustar às necessidades da Margarida e ao seu pedido de intervenção.

Não se pretende com estas considerações sugerir que se deva abandonar a utilização de procedimentos terapêuticos ou que se deva abandonar a preocupação com a eficácia da intervenção psicoterapêutica. Também não se quer questionar a importância da terapia comportamental e cognitiva nas perturbações do humor ou a pertinência de se investigar os tratamentos mais eficazes para determinadas perturbações. Considera-se é que é redutor cingir a compreensão do cliente e a intervenção clínica em função de uma patologia e de um conjunto de estratégias e técnicas preconizadas por um modelo

empiricamente validado como eficaz para essa patologia. Opta-se antes por, recorrendo aos dados das investigações sobre as intervenções mais eficazes, encará-las como uma estratégia possível, entre outras. Neste sentido, preconiza-se a integração teórica e o ecleticismo técnico, caracterizado pela opção informada e consciente, das melhores perspectivas dentro das existentes, sendo que independentemente da identificação do terapeuta com algum modelo de intervenção, este pode adotar princípios, técnicas e procedimentos derivados de outras abordagens se estes forem mais adequados para o cliente.

Apesar de parecer dissonante, ou até mesmo desconcertante, ter-se apresentado um processo terapêutico alvo de críticas, pensa-se que a pertinência deste trabalho acadêmico está na oportunidade de criar um momento de reflexão sobre o que se pode melhorar ou fazer diferente na prática profissional e qual o sentido que esta tem. Finalizo com algumas ponderações, pistas para futuras reflexões, sobre a forma como se encara o papel do psicoterapeuta e o espaço da psicoterapia.

Ser psicoterapeuta é ter o comprometimento de fundamentar a prática profissional de acordo com competências técnicas e uma formação científica adequada. É ter que ser capaz de olhar para si e para o outro, no sentido de estar consciente do seu efeito no processo e resultados terapêuticos e nas consequências pessoais do exercício da atividade psicoterapêutica. Cabe a este profissional nortear a sua intervenção de acordo com o quadro de ética em vigor e é sua responsabilidade contribuir para o bem-estar psicológico dos clientes. Considera-se que para alcançar estes objetivos se deve dar primazia ao cliente e às suas especificidades e que o paradigma de intervenção e os dados da investigação sobre a eficácia dos modelos devem ser implementados em função dos clientes. O sentido do que é ser psicoterapeuta não se esgota com a prática profissional nem começa e acaba no consultório, pelo contrário, vai-se construindo no permanente diálogo entre a multiplicidade de vozes do terapeuta e do cliente num processo conjunto de construção de significados. Por isso, apesar dos 17 anos de experiência, reconstruo o meu *self* profissional em cada encontro terapêutico.

## 6. Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th Ed.)*. Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editores
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Butler, A. C., Chapman, J. E., & Forman, J. E.. (2005). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F. & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. (1995). Perspectives on development psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Development psychopathology*. Vol.1. Theory and methods. NY: John Wiley and Sons.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P. , et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16. Retrieved from <http://iacp.asu.edu/~horan/ced522readings/div12/chambless98.pdf>
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses, 65(6), 354-364. doi: 10.3109/08039488.2011.596570
- Gonçalves, M. M. (2007). Terapia como Construção Social: Características, Reflexões e Evoluções. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Ed.)

*Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança.* (27-64). Coimbra: Quarteto.

Moreira, P., Gonçalves, O., Beutler, H., (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento.* Porto: Porto Editora.

Knapp, P., Beck, A.T.(2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Supl II), 54-64, Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a02v30s2.pdf>

Newman, C. F. (2011). Cognitive behavior therapy for depressed adults. In D. W. Springer, A. Rubin, and C. G. Beevers (Ed.), *Treatment of Depression in Adolescents and Adults: Clinician's Guide to Evidence-Based practice.* New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.