

CASO CLÍNICO 03

DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: C.M.J.V.S.

Idade: 28 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Casada

Habilitações Literárias: 6º ano

Profissão: Doméstica

Residência: C. de C. – C.

Agregado Familiar: Marido, dois filhos, pais, irmão, cunhada e dois sobrinhos

MOTIVO DA CONSULTA

C. veio à Consulta Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. encaminhada pela Dra. Célia Oliveira, que a seguiu em acompanhamento psicológico na Maternidade Daniel de Matos há cerca de um ano e meio, durante a gravidez do seu segundo filho. A doente apresentou-se na consulta acompanhada pelo marido, embora este não tenha estado presente na mesma. C. manteve postura uma corporal normal e um contacto visual adequado, demonstrando igualmente um tom de voz adequado e um discurso coerente.

Quando questionada acerca do motivo pelo qual vem à consulta, a doente afirma que veio por indicação da Dra. Célia, apesar de considerar que actualmente não existe “*nada de muito significativo*”. Refere ainda que o acompanhamento durante a gravidez se ficou a dever ao facto de estar “*deprimida*”, motivo pelo qual a médica de família a encaminhou para as consultas na Maternidade. C. encontra-se medicada com *Prozac*, um comprimido por dia.

DIFICULDADES ACTUAIS

A doente aponta como principal área de dificuldades o facto de não se “*sentir à vontade para ir a cafés ou a festas*”. Refere que nunca vai a cafés sozinha e apenas vai à festa da terra, porque “*parece mal não ir e o meu marido quer que eu vá*”, afirmando que nessas ocasiões fica “*muito ansiosa*” sentindo receio de não se comportar adequadamente ou de ser desajeitada e, por tal razão, chamar a atenção levando a que a critiquem e avaliem. Acrescenta ainda que, nas situações sociais, os outros reparam em si porque “*sou diferente*”, sentindo, por isso, receio que as pessoas tenham pena de si. Ao descrever uma das últimas vezes que tinha ido ao café, C. afirma que, antes de entrar no café, sentiu algum desconforto devido ao seguinte pensamento ocorrido em forma de imagem: “*Na minha cabeça visualizei-me a entrar no café e vi que todos estavam a olhar para mim*”, acrescentando que, assim que entrou, tentou não olhar ao seu redor “*para não chamar a atenção*”. Durante a sua estada no café, a doente refere ter tido os seguintes pensamentos: “*Sou uma coitada*”, “*Sou uma infeliz*”, “*Não me sei comportar*”, “*Estão todos a olhar para mim*”, “*As pessoas têm pena de*

mim”. De imediato, sentiu-se triste e inferior, começando a tremer ligeiramente das mãos e ficando com ligeira taquicardia, desejando sair do local o mais rapidamente possível.

A doente menciona que, sempre que se encontra em locais públicos, sente desconforto e receia que as pessoas a avaliem negativamente, facto que a leva a ficar o menos tempo possível nesses locais. Contudo, reconhece que no seu comportamento não há nada de “*anormal*” que leve as pessoas a pensar isso. C. relata que começa a ficar ansiosa ainda antes de entrar na situação, pois durante o caminho para o café já começa a imaginar como será e o que irá acontecer - por exemplo, quem lá estará, se irão arranjar mesa para ficar, etc. Habitualmente, também analisa a situação e o que se passou durante o tempo que esteve no café. Depois de sair do café, é frequente pensar: “*Porque é que eu disse aquilo?*”, “*Não devia ter respondido assim*”, “*Não devia ter dito aquilo*”, revendo mentalmente toda a situação.

C. afirma igualmente que se sente inferior às outras pessoas, sendo que as suas dificuldades podem também ocorrer em casa, principalmente quando a sua cunhada está presente. C. reconhece que se sente inferior em relação à cunhada pois considera que esta é mais atraente e mais feliz, consegue fazer amigos muito facilmente e manter uma conversa com estes, e não tem problemas com o marido. A doente relata que não consegue manter uma conversa informal nem tão pouco dar a sua opinião, pois receia a avaliação que os outros fazem de si: “*Eu não consigo debater os assuntos e acabo sempre por dizer coisas sem jeito nenhum*”; “*Eu concordo sempre com tudo e nunca dou a minha opinião, pois se discordar de uma pessoa tenho de entrar em pormenores*”. Quando questionada acerca daquilo que poderia acontecer se discordasse de alguém, C. afirma: “*Eu não consigo debater pois não tenho razão. Acho que sou desinteressante e não tenho nada a acrescentar à conversa*”. A doente refere ainda ter a sensação de que, quando fala, as pessoas não lhe dão atenção, pois considera que “*Não digo nada de jeito!*”. Reconhece, no entanto, que quando fala não olha para as pessoas, não podendo saber ao certo se estas lhe prestam ou não atenção. C. relata que as dificuldades sentidas ocorrem também sempre que tem que sair de casa, principalmente na sua terra, pois nesses momentos sabe que vai encontrar alguém conhecido na rua e tem de falar com as pessoas. A última vez que C. saiu de casa para passear pela rua foi aquando da festa na aldeia. Durante o passeio, diz ter tido os seguintes pensamentos: “*O que será que as pessoas estão a pensar de mim?*”, “*Elas acham que eu não sou normal*”, “*Eu não me sei comportar*”, “*Os outros não gostam de mim*”. C. relata que permaneceu pouco tempo na rua, não tendo conversado com ninguém nem mantido contacto visual com as pessoas.

As situações referidas ocorrem, em média, duas vezes por semana tendo uma duração variável. Em algumas dessas situações, a doente sente o coração a bater mais depressa, transpira, podendo também tremer ligeiramente das mãos. A seguir a cada um destes

episódios a doente fica mal-humorada, sem vontade de sair e de realizar as actividades domésticas. Contudo, em determinadas situações, o simples facto de conversar com a mãe ou de observar a paisagem, pode dar-lhe ânimo. Nessas ocasiões, sente-se mais aliviada e tenta esquecer o sucedido. Outras vezes, tenta distrair-se, deixando de desempenhar a tarefa que estava a realizar e procurando fazer outra que lhe dê mais prazer. Noutras circunstâncias, procura ter um pensamento mais positivo acerca da sua vida, o que a deixa mais aliviada.

A doente afirma igualmente que “*já há muito tempo*” que sofre de “*depressão*”: “*Tenho altos e baixos mas sempre fui assim*”. C. relata que estes sintomas pioram na entrada da Primavera e no Outono, sendo que, nessas épocas deixa de ter vontade de conversar com os familiares, isolando-se e preferindo estar sozinha, perde o apetite e o interesse em realizar as actividades que é habitual fazer - como por exemplo, os bordados em ponto de cruz que executa para fora. Acrescenta ainda que actualmente se sente “*muito melhor por causa da medicação*”. Desde que começaram estes problemas, a doente deixou de ter motivação para realizar as actividades diárias, tais como fazer o trabalho doméstico e cuidar dos filhos. Começou também a passar mais tempo em casa e a conviver menos, quase não saindo à rua.

Actualmente vai poucas vezes ao café, a festas e a reuniões sociais. Deixou também de ir visitar pessoas amigas, na sua terra ou fora desta. Relata ainda que, desde que as suas dificuldades começaram a acentuar-se, a sua relação com o marido começou também a deteriorar-se. C. refere que o seu problema interfere na sua relação com o marido pois este “*é muito activo, gosta de sair e de ir ao café, enquanto que eu prefiro ficar em casa*”. A doente relata ainda que, antes de ter estes problemas, costumava sair com o marido e que, actualmente, tal não acontece, facto que acaba por ser motivo de frequentes discussões entre eles. A doente refere que o marido e a mãe sabem do seu problema e, sempre que se sente pior, tentam tranquilizá-la dizendo que as pessoas não pensam mal de si, que tudo não passa de pensamentos seus. C. considera que, mesmo assim, a sua mãe e o seu marido não dão muita importância ao problema, embora compreendam as suas dificuldades.

A doente afirma que, apesar de todas as dificuldades referidas, consegue ter uma vida “*normal*”. A este respeito relata que gosta muito de ir às compras ao supermercado pois, nesses momentos, sente-se “*livre e mais distraída*”. Gosta também de tratar de alguns assuntos tais como ir ao banco ou levar o filho à natação, “*porque não é preciso falar muito*”. A este respeito relata que, nesta situação, costuma conversar com as mães das outras crianças que lá permanecem a observar a aula. Nesses momentos, a doente diz sentir-se à vontade e, por vezes, tece comentários acerca do desempenho das crianças, não receando a avaliação negativa por parte das outras mães “*pois não tenho de dar a minha opinião sobre nenhum assunto*”. Em casa, C. ocupa o seu tempo livre lendo revistas, brincando com os filhos e

fazendo bordados, considerando que esta é uma actividade que realiza com sucesso, na medida em que tem bastantes encomendas e as pessoas elogiam o seu trabalho.

C. atribui a sua doença “à timidez excessiva e ao medo de ser avaliada pelos outros”, considerando que esta se mantém, principalmente, pelas dificuldades sentidas no contacto com os outros. Refere ainda que os seus problemas são invalidantes e que, se não sentisse todas essas dificuldades, “seria uma pessoa mais feliz, sorria mais, conversava com as pessoas, saía de casa mais vezes e fazia mais amigos”. No que diz respeito aos aspectos que desejaria mudar na sua vida, afirma que “gostava de sair mais, de não me sentir inferior aos outros e de ser igual às outras pessoas”. Quando questionada acerca dos três desejos que gostaria de realizar, C. afirma que estes seriam: sentir-se mais confiante na interacção com os outros, ter casa própria, e melhorar a sua relação com o marido. A doente considera que a terapia pode ajudá-la na interacção com os outros bem como a ser mais auto-confiante.

Escalas e Inventários de Auto-Resposta - Resultados

Questionário de Esquemas de Young – Estão presentes os seguintes esquemas: *Isolamento Social* – 6; *Vergonha* – 5.8; *Abandono* – 5.5; *Privação Emocional* – 5.44; *Dependência* – 5.33; *Subjugação* – 5.14.

Questionário de Estilos Parentais – Itens mais pontuados: *Privação emocional* – Mãe: 2.8; Pai: 2.6; *Vulnerabilidade* – Mãe: 3.5; Pai: 3.25; *Dependência/Incompetência* – Mãe: 3; Pai: 3; *Subjugação* – Mãe: 3.5; Pai: 1; *Padrões excessivos* – Mãe: 3.71; Pai: 1.3; *Eu Indiferenciado* – Mãe: 5.5; Pai: 2; *Inibição Emocional* – Mãe: 3.8; Pai: 3.8; *Punição* – Mãe: 3; Pai: 1.

BSI – Dimensões mais pontuadas: *Somatização* – 1; *Obsessões-Compulsões* – 0.83; *Sensibilidade Interpessoal* – 2; *Depressão* – 2; *Ansiedade* – 0.5; *Hostilidade* – 1.6; *Ansiedade Fóbica* – 0.2; *Ideação Paranóide* – 1.8; *Psicoticismo* – 0.4. Índices globais: *Índice Geral de Sintomas* – 1.09; *Total de Sintomas Positivos* – 33; *Índice de Sintomas Positivos* – 1.76.

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão – A doente obteve um total de 22 pontos, indicador de *Depressão Leve*.

Inventário Clínico de Auto-conceito – *Escala total* – 47 pontos: pontuação fora do intervalo de normalidade, situando-se abaixo da média, o que é revelador de um auto-conceito pobre; *F1 – Aceitação/Rejeição Social* – 5 pontos: abaixo da média, indica percepção de sentimentos de rejeição social; *F2 – Auto-eficácia* – 11 pontos: abaixo da média, revela uma percepção de si mesma como pouco eficaz; *F3 – Maturidade Psicológica* – 16 pontos: ligeiramente acima da média para o grupo etário, mas dentro do intervalo de normalidade; *F4 – Impulsividade/Actividade* – 10 pontos: ligeiramente abaixo da média, revelador de alguns sinais de inactividade por parte da doente.

FNE – *Escala total* – 100 pontos, resultado que se encontra acima da média mas dentro do intervalo de normalidade; assim, poderemos inferir que em situações de interacção e desempenho social, a doente sente algum receio de ser avaliada negativamente pelos outros.

Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung – *Escala total*: 39 pontos, que corresponde a 48,75% da ansiedade medida pela escala. Resultado acima da média para a população feminina, indicando que em determinadas situações, a doente experiencia uma ansiedade desajustada relativamente à situação receada, isto é, um nível mais elevado de ansiedade relativamente à percebida pelos indivíduos do grupo normal, quando confrontados com o mesmo tipo de situações. Todos os factores se encontram acima da média, excepto um que se encontra abaixo da média, facto que vem corroborar a hipótese acima descrita.

FORMULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A partir da análise da informação recolhida, e de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (A.P.A., 2000), poder-se-á considerar que C. apresenta o diagnóstico de **Fobia Social Generalizada** (código 300.23).

Ao longo da História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias foi possível constatar a existência de determinados acontecimentos de vida e padrões de interacção familiar que poderão ter levado a doente a perspectivar as situações de interacção com os outros como fontes potenciais de perigo e ameaça. Deste modo, as situações sociais passaram a ser evitadas ou enfrentadas com intenso desconforto, uma vez que são vistas por C. como momentos em que será alvo de avaliação por parte das outras pessoas. Ou seja, existe todo um conjunto de experiências significativas que terão levado à formação de crenças disfuncionais, as quais se constituem como factores predisponentes para as suas dificuldades actuais. Entre esses acontecimentos de vida, destacam-se vários episódios ocorridos durante a sua infância, nomeadamente, o facto de a doente não ter convivido com outras crianças até ter entrado para a escola primária. Devido a isso, quando entrou para a escola, C. sentiu grandes dificuldades em conviver com os outros e em se integrar nas brincadeiras, o que levava os colegas a apelidarem-na de “*miminho do caco*”, não a incluindo nas diversas actividades de grupo.

A doente refere também que era a única criança que não gostava de ir à escola e que, por tal motivo, já nessa altura se sentia diferente dos outros. Também o facto de a mãe lhe dizer frequentemente que C. não se sabia comportar de modo adequado perante os outros e que as pessoas pensariam mal de si por esse motivo - por exemplo, não a deixando comer os chupa-chupas na rua - , poderia ter reforçado a ideia de que seria inferior em relação aos outros e um alvo permanente da sua avaliação. Este tipo de atitudes por parte da mãe ter-se-á mantido ao longo do tempo - por exemplo, quando lhe dizia que deveria atender sempre os

clientes, caso contrário, as pessoas iriam pensar mal de si - , o que teria levado C. a construir a ideia de que devemos fazer aquilo que for preciso para agradar aos outros, sob pena de sermos mal vistos ou como não tendo valor. No que respeita aos padrões de interação familiar, o facto de a mãe ter uma relação mais próxima com o irmão do que consigo, fez com que a doente se sentisse “*mal e rejeitada*”, podendo esta situação ter contribuído para o acentuar do seu sentimento de inferioridade (Leahy, 2006). Além disso, poderemos ainda referir como acontecimentos significativos na vida da doente, as ocasiões em que a mãe ameaçava abandoná-la e o episódio em que o pai a deixou durante muito tempo sozinha no carro, que a levou a pensar que ele a teria abandonado, os quais poderão ter levado C. a acreditar que não era uma pessoa importante para eles, nem merecedora dos seus cuidados.

Desta forma, C. terá criado uma imagem negativa de si própria e uma baixa auto-estima, passando a acreditar que seria inferior aos outros e um alvo potencial de avaliação por parte das pessoas, devendo, por isso, fazer sempre tudo para lhes agradar: não recusar pedidos, fazer o que lhe pedem, não expor a sua opinião, etc.. A vivência e percepção dessas experiências terão levado a doente a desenvolver crenças disfuncionais do tipo “*Eu sou inferior*”, “*Eu sou desadequada*”, “*Eu sou diferente*”, “*Os outros não gostam de mim*”, que por sua vez estão na origem das seguintes suposições condicionais mal-adaptativas: “*Se os outros virem que sou desadequada, vão sentir pena ou falar mal de mim*”, “*Se der a minha opinião, os outros vão achar-me desinteressante*”, “*Se discordar de alguém tenho de entrar em pormenores, e acabo por dizer coisas sem lógica*” (Beck, 2007). Tais crenças ter-se-ão constituído como predisponentes dos seus receios actuais de ser alvo da avaliação dos outros.

Em determinadas circunstâncias da vida da doente, poderão ter ocorrido alguns acontecimentos e experiências significativas que contribuíram para a activação dessas crenças disfuncionais, os quais poderão ser apontados como possíveis factores precipitantes do quadro clínico apresentado por C.. Não obstante, pela análise da informação recolhida, não foi possível identificar nenhum factor/acontecimento que, por si só, tenha despoletado ou estado na origem das dificuldades apresentadas; da mesma forma, também a própria doente não consegue precisar um início para os seus problemas. Neste sentido, poderemos afirmar que existirá todo um conjunto de experiências que terão conduzido, gradualmente, ao desenvolvimento da situação clínica. Entre elas poderemos mencionar os comentários do marido, durante o namoro e nos primeiros anos de casados, em relação à sua forma de vestir e ao facto dos outros estarem sempre a olhar para ela, o que levava a doente a sentir-se incomodada por achar que as pessoas estariam a pensar mal de si. Mais tarde, na altura em que C. e o marido estiveram separados durante algum tempo, a doente sentiu-se muito envergonhada pelo que as pessoas pudessem pensar dessa situação, chegando a referir que

poderia ter sido a partir daí que os seus problemas começaram. Depois do filho mais velho nascer, também os comentários desagradáveis que as pessoas faziam acerca de si levaram a doente a sentir-se envergonhada, podendo este acontecimento ser mais um factor a confirmar a ideia de que seria diferente. Por último, os comentários relativos a possíveis infidelidades do marido terão contribuído decisivamente para a activação das referidas crenças, acentuando ainda a percepção de si como alvo de avaliação negativa por parte dos outros (Leahy, 2006).

Devido à ocorrência destes acontecimentos, e em virtude das suas suposições disfuncionais, a doente passou a perceber as situações de interacção social como uma ameaça ao seu valor pessoal, o que a leva a sentir-se desadequada e inferior, desencadeando conseqüentemente um ciclo contínuo caracterizado pela ansiedade. A confrontação da doente com situações nas quais está sujeita a uma possível avaliação por parte dos outros, activa as suas crenças disfuncionais que, por sua vez, levam a que C. percepcione tais situações como ameaçadoras e perigosas. Em consequência, a doente experiencia um conjunto de sintomas somáticos e cognitivos congruentes com as suas crenças disfuncionais (Gouveia, 2000). Entre os sintomas somáticos contam-se tremores das mãos, taquicardia e sudação, que poderão ser interpretados como uma ameaça adicional. Quanto aos pensamentos automáticos negativos, os mais frequentes são: *“Sou uma coitada”, “Sou uma infeliz”, “Não me sei comportar”, “Estão todos a olhar para mim”, “As pessoas têm pena de mim”, “Eu não sou tão bonita como os outros”, “O meu lugar não é aqui”*. Ao centrar a sua atenção nestes sintomas e pensamentos, os mesmos tornam-se mais intensos e geradores de desconforto, dando origem a uma imagem distorcida de si própria, que C. acredita ser a imagem que os outros têm de si - ou seja, em vez de focar a atenção nos outros, foca a sua atenção nos sintomas de ansiedade.

Para além do auto-focus, outros componentes importantes na manutenção dos problemas de C. são os comportamentos de segurança adoptados - tais como, não olhar para os outros, não conversar ou conversar pouco - e os evitamentos de situações nas quais poderia ser um alvo potencial do escrutínio dos outros - ou, quando não pode evitar, sair da situação o mais rapidamente possível. Quer os comportamentos de segurança, quer os evitamentos não permitem a C. ter experiências desconfirmatórias das suas crenças irrealistas disfuncionais. As situações sociais constituem, assim, padrões disfuncionais de interacção que confirmam os seus receios de uma avaliação negativa, gerando-se, então, um ciclo vicioso que mantém a fobia social (Gouveia, 2000). A ansiedade antecipatória, evidenciada pela doente antes de entrar nas situações temidas e desencadeada por questões do tipo *“Quem estará no café?”* ou *“Onde nos vamos sentar?”*, conduz à activação das suposições disfuncionais e à percepção dos outros como avaliadores do seu comportamento. Após as situações sociais enfrentadas, C. procede habitualmente a uma autópsia dos acontecimentos, que assenta fundamentalmente na

percepção originada pelo auto-focus, e não naquilo que realmente aconteceu, o que leva a que as situações sejam avaliadas como sendo mais negativas do que realmente foram.

Como factores de manutenção do problema de C. podemos, então, apontar o auto-focus, os comportamentos de segurança, os evitamentos, a ansiedade antecipatória e a autópsia das situações. Tais factores contribuem para a perpetuação do problema, ao aumentarem a probabilidade dos receios da doente serem efectivamente confirmados. Para além dos factores referidos, também as distorções cognitivas assumem grande importância na manutenção do problema de C.. De entre esses erros no processamento de informação podemos salientar: Catastrofização - “*Se eu disser alguma coisa, os outros vão achar-me desinteressante*”, “*Se eu andar pela rua os outros vão dizer mal de mim*”; Leitura do Pensamento - “*As pessoas pensam que eu não sou normal*”, “*Os outros não gostam de mim*”; Personalização - “*Quando entro no café, todos ficam a olhar para mim*” (Beck, 2007). Deste modo, não se torna possível à doente desconfirmar as crenças nucleares disfuncionais e mal-adaptativas, nem proceder à sua substituição por outras mais realistas, úteis e funcionais.

PROTOCOLO TERAPÊUTICO

<p>Objectivo Geral 1: Estabelecimento de uma relação terapêutica empática e colaborativa, de forma a promover o envolvimento da doente na terapia.</p>	<p>Objectivos Específicos: 1.1 Familiarização da doente com os objectivos gerais e procedimentos da terapia; 1.2 Realçar a importância da participação activa da doente e da realização dos trabalhos de casa, na eficácia do processo terapêutico.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitação incondicional da doente; ▪ Garantia do sigilo profissional; ▪ Apresentação do Modelo de Intervenção Cognitivo-comportamental (Beck, Emery & Greenberg, 1985). 	
<p>Objectivo Geral 2: Familiarização da doente com o Modelo Cognitivo-Comportamental da Fobia Social e construção do Modelo Idiossincrático.</p>	<p>Objectivos Específicos: 2.1 Identificação dos P.A.N. associados ao medo de ser avaliada negativamente pelos outros; 2.2 Identificação dos comportamentos de segurança utilizados pela doente nas situações receadas; 2.3 Identificação dos aspectos relacionados com o processamento do “Eu” como objecto social; 2.4 Identificação dos sintomas somáticos e cognitivos; 2.5 Construção do Modelo Idiossincrático da doente.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racional do Modelo Cognitivo-comportamental da Fobia Social (adaptado de Clark & Wells, 1995 in Gouveia, 2000); ▪ Utilização de registos de auto-monitorização de pensamentos disfuncionais (Beck, 1995). 	
<p>Objectivo Geral 3: Intervenção ao nível somático da Fobia Social.</p>	<p>Objectivos Específicos: 3.1 Promover o auto-controlo da componente vegetativa da ansiedade, sentida em situações onde a doente julga poder ser avaliada negativamente pelos outros; 3.2 Mudança do foco da atenção, da informação interoceptiva para estímulos externos; 3.3 Terminar com os comportamentos de segurança e os</p>

	evitamentos nas situações referidas.
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racional dos processos desencadeados pelo auto-focus; ▪ Treino de exercícios para aumento do foco de Atenção na situação vs. Atenção auto-focada; ▪ Estratégias de exposição (Gouveia, 2000); ▪ Técnicas de distração activa (Gouveia, 2000). 	
Objectivo Geral 4: Intervenção ao nível cognitivo em termos da Fobia Social.	Objectivos Específicos: <p>4.1 Modificação dos pensamentos automáticos negativos associados ao medo de uma possível avaliação negativa por parte dos outros;</p> <p>4.2 Identificação e correcção dos erros de processamento da informação;</p> <p>4.3 Promoção de pensamentos racionais alternativos;</p> <p>4.4 Modificação das suposições disfuncionais da doente: “<i>Eu sou inferior</i>”.</p>
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racional dos Erros de Processamento de Informação (Beck, 1995); ▪ Debate dos pensamentos automáticos negativos associados ao medo específico da avaliação pelos outros; ▪ Diálogo Socrático. 	
Objectivo Geral 5: Construção de uma auto-imagem social mais realista.	
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confrontar a doente com a sua imagem em situações sociais, através do <i>feedback</i> do seu comportamento e imagem dado pelos outros; ▪ Encorajar a doente a desempenhar novos papéis em situações de interacção social. 	
Objectivo Geral 6: Desenvolvimento de aptidões sociais facilitadoras do envolvimento da doente em situações de interacção social e capacidade de auto-afirmação.	Objectivos Específicos: <p>6.1 Utilização adequada de aptidões sociais facilitadoras do envolvimento da doente em situações de interacção social e capacidade de auto-afirmação;</p> <p>6.2 Implementação do sentimento de autonomia da doente;</p> <p>6.3 Promoção de um sentido mais claro e definido de identificação pessoal pela concretização dos objectivos estabelecidos.</p>
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificação de objectivos pessoais a alcançar a curto e médio prazo; ▪ Treino auto-afirmativo (Matos, 1989b) através do modelamento, <i>role-play</i> e <i>role-reversal</i>; ▪ <i>Prompting</i> das iniciativas da doente e reforço dos progressos alcançados nas sessões. 	
Objectivo Geral 7: Manutenção e generalização dos ganhos terapêuticos com prevenção da recaída.	Objectivos Específicos: <p>7.1 Balanço do processo terapêutico;</p> <p>7.2 Definição de objectivos a longo prazo;</p> <p>7.3 Manutenção da aplicação das estratégias aprendidas.</p>
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atribuição do sucesso alcançado ao esforço pessoal da doente; ▪ Avaliação de possíveis dificuldades que possam surgir após o final da terapia, identificando os obstáculos à manutenção dos ganhos obtidos; ▪ Reforço positivo e <i>prompting</i>; ▪ Marcação de sessões de <i>follow-up</i>. 	

FEEDBACK DA INTERVENÇÃO REALIZADA

A doente ingressou na Consulta Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. a 14 de Janeiro de 2003, tendo a intervenção contado com 19 consultas.

O processo terapêutico iniciou-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e colaborativa, objectivo que foi conseguido com relativa facilidade, pois a doente

mostrou-se sempre motivada e disponível para colaborar com as terapeutas, quer ao fornecer a informação que lhe era solicitada, quer ao cumprir as tarefas que lhe eram prescritas.

Inicialmente, C. mostrou bastante resistência em compreender e aceitar o Modelo Cognitivo-Comportamental, afirmando que o mesmo não fazia sentido para si. Demonstrou grandes dificuldades, sobretudo, no preenchimento das folhas de registo de auto-monitorização e na conceptualização de pensamentos alternativos, considerando que “*Eu sou mesmo assim*”, “*Os outros acham-me desinteressante*”, “*Assim não consigo melhorar*”. Procurámos explicar à doente que alguns aspectos iriam passar a fazer mais sentido quando fossem aplicados na prática, pelo que seria importante compreender que os resultados não são imediatos e que o processo vai evoluindo de forma gradual. Depois de devolver à doente o diagnóstico de ansiedade social como correspondendo às dificuldades por si relatadas, procedeu-se à explicação do Modelo Cognitivo para a Fobia Social, sendo construído, em conjunto com C., um modelo idiossincrático. A doente compreendeu os racionais, bem como o Modelo, afirmando que se identificava bastante com o que foi construído para si. Foram igualmente explicados os Erros de Processamento da Informação, através de um breve racional, salientando-se a função destes na manutenção do seu problema. Foram identificadas algumas distorções cognitivas e, seguidamente, foi pedido à doente que substituísse os P.A.N. por P.R.A.. Gradualmente, a doente passou a compreender melhor a forma como o Modelo Cognitivo-Comportamental considera a perturbação, começando também a conseguir elaborar pensamentos alternativos nas situações sociais enfrentadas, esforço reforçado pelas terapeutas, o que foi contribuindo para a diminuição do seu desconforto. Posteriormente, foram também identificados alguns comportamentos de segurança e explicada a função destes na manutenção da perturbação, sendo pedido à doente que procurasse cortar com alguns deles.

Posteriormente, procedeu-se à explicação do racional da Exposição com Prevenção de Resposta. Embora demonstrasse alguma apreensão quanto ao facto de ter que começar a enfrentar as situações temidas, C. pareceu compreender bem os fundamentos e a importância da técnica referida. Procedeu-se, então, à elaboração de uma lista de situações ansiógenas, ordenada por ordem crescente de ansiedade associada a essas situações. A lista era a seguinte: Sentar-se nos sofás do corredor do serviço de Psiquiatria; Sentar-se nos sofás do átrio principal do hospital; Passear pela parte exterior do hospital; Passear pela baixa; Entrar em lojas só para ver; Entrar em lojas para experimentar roupa e ter que falar com as empregadas; Entrar num café; Entrar num café e sentar-se durante algum tempo; Entrar num café e pedir alguma coisa para tomar. Foi também explicada a importância de deslocar o foco da atenção para algo exterior a si, de forma a não se concentrar demasiado em si própria e nos seus pensamentos, e poder estar mais atenta quando alguém mantém uma conversa consigo.

Durante várias consultas, procedeu-se ao confronto com algumas das situações mais temidas por C., e enumeradas na lista. Durante cada uma das situações, procurámos que a doente verbalizasse os seus pensamentos, identificasse os sinais de ansiedade e a sua maior ou menor intensidade, não recorresse aos comportamentos de segurança e avaliasse a veracidade das suas suposições relativamente à eventual avaliação dos outros relativamente a si. C. foi capaz de concluir que quando não está tão centrada em si mesma, consegue ficar menos ansiosa, tendo também verificado que os outros não olham para si da forma que ela julgava habitualmente. Como “trabalho de casa” foi pedido à doente que procurasse ir ao café com o marido, numa hora em que estivessem poucas pessoas, sem utilizar os comportamentos de segurança e pondo em prática aquilo que foi discutido e treinado em consulta.

Numa das consultas, foi pedido ao marido de C. que estivesse presente, pois julgámos pertinente dar-lhe algum *feedback* acerca do problema da esposa, no sentido de ele poder dar algum apoio e incentivo à doente fora do contexto das consultas, promovendo uma maior eficácia da terapia. Após essa devolução de informação, o casal mostrou grande necessidade de abordar a questão das dificuldades que enfrentam na relação, parecendo-nos importante deixar que cada um expusesse os seus pontos de vista, pois os momentos de diálogo não parecem ser muito frequentes no casal. A doente chegou mesmo a afirmar que é muito difícil para si ultrapassar os problemas relativos à Ansiedade Social sem antes resolver os problemas com o marido. Salientou-se, então, a importância do casal construir um “nós” sem que deixe de existir o “eu” e o “tu”, sendo necessário que ambos falem sobre os seus problemas antes das coisas se acumularem, o que torna mais difícil a sua resolução. Foi ainda sugerido que conversassem sobre tudo o que aconteceu no passado e não ficou completamente esclarecido, adoptando, a partir daí, uma nova atitude para com o outro e uma nova forma de lidar com as situações, de forma a poderem atingir uma certa harmonia entre o casal.

Procedeu-se igualmente à realização do Treino Auto-Afirmativo e de Aptidões Sociais, que a doente considerou muito importante, pois, na sua opinião, representou uma grande ajuda para ultrapassar as suas dificuldades. C. afirmou que começou a aplicar em diversas situações as várias técnicas aprendidas, e que as mesmas têm sido de grande utilidade. Em seguida, procedeu-se ao Treino de Relaxamento para sete grupos musculares, com vista a reduzir a componente vegetativa da ansiedade sentida nas situações sociais. Foi ainda explicado o Treino de Controlo Respiratório, sendo reforçada a ideia de que este seria um meio importante para a redução da ansiedade imediata. C. achou que o relaxamento contribuiu para “*afastar aquilo em que estava a pensar... abstrair-me das coisas*”. Contudo, não se mostrou muito receptiva a treinar o relaxamento em casa, nem a prosseguir com o treino em sessões posteriores pois, na sua opinião, “*não me costumo sentir muito ansiosa*”.

Nas consultas posteriores, C. afirmou sentir que *“as coisas estavam melhores”*, acrescentando que o mais difícil é quando entra no café ou quando tem que se levantar para sair, pois receia que as pessoas olhem para si e ela não esteja adequada, pensando, por exemplo, se a sua roupa será ou não bonita. Não obstante, a ansiedade antecipatória e os P.A.N. associados às situações temidas passaram a ocorrer com muito menor frequência, tendo também a doente deixado de realizar a autópsia das situações. C. referiu que se sente menos *“nervosa”* e que já consegue descentrar-se de si mesma quando está no café, focando a sua atenção nos outros ou no que se está a falar. Tem também procurado, nessas situações, substituir os P.A.N. por P.R.A., *“porque depois sinto-me melhor e mais à vontade”*. Foram reforçados os progressos da doente, incentivando-se o confronto no dia-a-dia com as situações temidas e que ainda são evitadas como, por exemplo, andar a pé e ir à mercearia da sua terra.

A doente considerou que se tem vindo a sentir mais confiante e segura de si mesma, sendo que em relação ao motivo que a trouxe às consultas de psicoterapia - a ansiedade em situações sociais - C. referiu que *“isso está muito melhor... já não me preocupa!”*. A este respeito, afirmou que quando tem de sair para ir ao café ou à rua, já não fica ansiosa antes de sair de casa nem quando está nas situações ou sai delas: *“Agora já não fico a pensar no que disse ou no que devia ter dito. Falo com as pessoas sem me preocupar muito, tento dar-lhes mais atenção...”*. C. foi reforçada pelos esforços que tem vindo a fazer no sentido de ultrapassar o seu problema, tendo sido encorajada a continuar a expor-se às situações. Para tal, realçou-se a importância de continuar a treinar as técnicas que foram sendo aprendidas em consulta, de modo a que consiga superar cada vez melhor as suas dificuldades. Foi ainda enfatizado o papel decisivo que a doente teve no alcançar destes progressos, tendo sido atribuído o sucesso da terapia aos seus esforços pessoais.

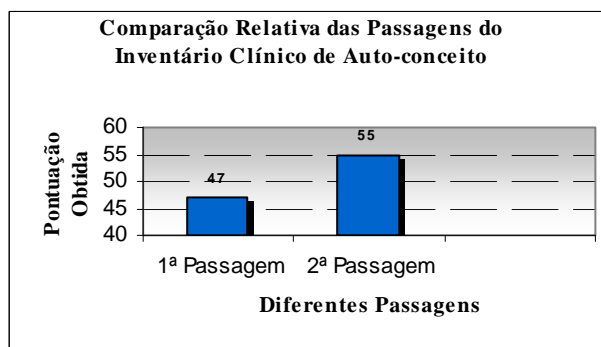
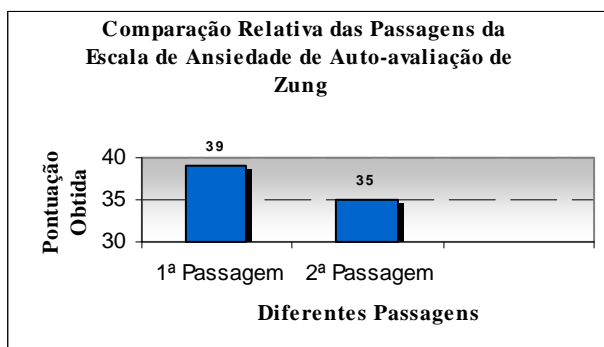
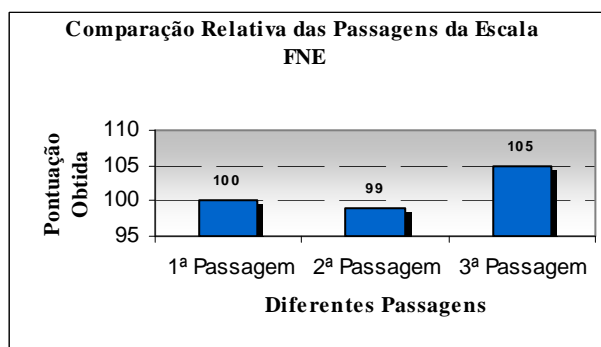
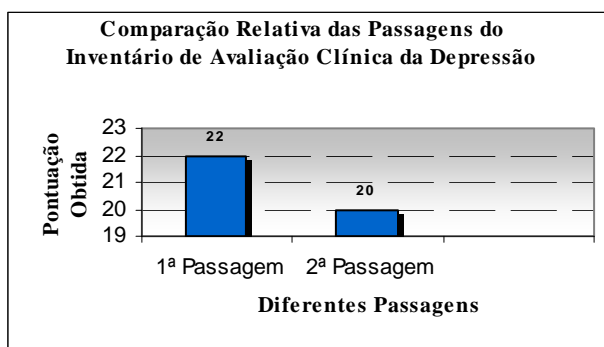
É de salientar que mesmo quando os resultados começarem a ser já evidentes, C. continuou a mostrar-se muito empenhada em reforçar e melhorar os sucessos já conseguidos, procurando expor-se mesmo às situações mais difíceis e que, inicialmente, julgava impossíveis de enfrentar - como ir à mercearia da terra ou às compras com a mãe e uma amiga. Estes progressos foram assinaláveis, pois eram situações vistas por C. como impensáveis uns meses antes. C. mencionou que se tem sentido melhor desde que começou a terapia, embora tenha manifestado o receio de que *“seja apenas uma fase”*. Neste sentido, pareceu-nos importante realçar o facto de a doente continuar o caminho traçado nas consultas, expondo-se às situações receadas e elaborando pensamentos alternativos como resposta aos P.A.N., o que lhe permitirá solidificar os ganhos terapêuticos alcançados. Revelou-se igualmente pertinente fornecer à doente uma explicação sobre a noção de auto-estima e sua importância na nossa percepção acerca de nós próprios, dos outros e do mundo que nos

rodeia. Procurou-se demonstrar que a auto-estima não é um padrão rígido e imutável, podendo, como tal, ser mudado, fazendo-se ainda referência ao ciclo vicioso da auto-estima.

Quando questionada acerca daquilo que precisaria de acontecer para que os seus problemas se resolvessem, C. respondeu que “*agora só precisava de resolver as coisas com o meu marido. Queria que ele não me omitisse certas coisas*”; acrescentou, no entanto, que tentado não discutir e perceber o ponto de vista de L.. Neste sentido, procurou-se discutir com a doente esse aspecto, assim como formas mais adaptativas de agir e de pensar, enfatizando a importância de haver hábitos de diálogo no casal, o que foi gradualmente posto em prática com resultados. A doente referiu igualmente que “*as coisas com a minha cunhada andam melhor*”, acrescentando que já não se sente inferior em relação a ela: “*Comecei a pensar que se ela tem coisas melhores do que eu, eu também tenho outras coisas em que sou melhor do que ela*”. De um modo geral, C. considerou que se tem sentido melhor no contacto com os outros, afirmando: “*Tenho-me questionado sobre as coisas e tentado arranjar outro tipo de pensamentos. Agora já ponho as coisas em causa*”, “*A minha vida mudou um pouco...*”.

As últimas consultas foram dedicadas ao processo de prevenção da recaída, sendo abordadas, sobretudo, algumas questões relativas às expectativas de C. quanto à entrada do filho mais velho para a escola e à forma como a doente irá vivenciar tal acontecimento, fazendo-se também referência a possíveis projectos de vida a médio/longo prazo. No final do estágio, C. encontrava-se num período de alta experimental, com uma sessão de *follow-up* marcada, de modo a equacionar a possibilidade de alta definitiva.

A comparação dos resultados entre as várias passagens das escalas de avaliação pode analisar-se nos gráficos seguintes:



Na primeira passagem do IACLIDE, em Fevereiro de 2003, a doente obteve um total de 22 pontos, indicador de depressão leve. Na segunda passagem, em Abril de 2003, o resultado foi de 20 pontos, que indica ausência de depressão.

Na primeira passagem da escala FNE, em Fevereiro, C. obteve um resultado de 100 pontos, que se situa acima da média. Na segunda passagem, em Abril, o resultado foi de 99 pontos, que se situa um pouco acima da média mas dentro do intervalo de normalidade. Na terceira passagem, em Junho, C. obteve 105 pontos, subida que poderá significar que os ganhos terapêuticos obtidos ainda não estariam suficientemente consolidados, tendo este retrocesso servido para reforçar algumas estratégias de intervenção.

Na primeira passagem da escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung, realizada em Fevereiro, a doente obteve 39 pontos, resultado que diminuiu ligeiramente para 35 pontos na segunda passagem, efectuada no mês de Junho.

Na primeira passagem do ICAC, em Fevereiro, C. obteve um resultado de 47 pontos, valor que se situa fora do intervalo de normalidade e é indicador de um auto-conceito pobre. Na segunda passagem, em Junho, o resultado foi de 55 pontos, e embora se verifique uma subida, o valor continua a situar-se fora do intervalo de normalidade.

COMENTÁRIO TEÓRICO: *AUTO-CONCEITO E ANSIEDADE SOCIAL*

“Embora sendo individual, a construção do auto-conceito não pode deixar de estar ligada e dependente das percepções que o sujeito faz das opiniões [...] dos outros.”

(Gomes, 2007, p. 51)

A escolha do tema do presente comentário teve lugar ainda durante as primeiras consultas do acompanhamento, numa sessão em que, ao ser questionada acerca do seu auto-conceito, C. proferiu uma frase de grande impacto e reveladora da sua percepção acerca de si mesma: *“Acho que não sou nada”*. A partir desse momento, e tendo em conta as principais dificuldades evidenciadas pela doente, pareceu-nos de enorme relevância e interesse, neste caso, proceder a uma reflexão acerca da possível influência do auto-conceito no desenvolvimento de um quadro clínico de ansiedade social.

Deste modo, o presente comentário começa por incidir na definição e conceptualização do auto-conceito enquanto constructo psicológico, assim como das respectivas implicações no processo de desenvolvimento e no ajustamento do indivíduo. Passamos depois para uma análise do papel do auto-conceito nas perturbações emocionais, e particularmente da relação entre o auto-conceito e a ansiedade social, apresentando-se ainda uma breve descrição desta entidade clínica.

O que é o Auto-Conceito

Devido à sua complexidade, o auto-conceito é um constructo difícil de definir, não sendo, por isso, consensual (Veiga, 1996 *in* Neves, 1999). Os estudos acerca do auto-conceito têm início nos finais do século XIX, tendo-se assistido, desde então, a inúmeras investigações com o objectivo de explorar e teorizar as causas do seu aparecimento, o modo como evolui, as variáveis que com ele se relacionam e as suas implicações no desenvolvimento e comportamento humanos. Vários autores consideram que o auto-conceito encontra as suas raízes na Psicologia do Eu e, particularmente, em William James (Albuquerque & Oliveira, 2002), sendo que, desde essa época, se admitiu que o auto-conceito tem ligados a si aspectos cognitivos, afectivos e motores que o definem (Vaz Serra, 1986a).

De acordo com Rosenberg (1965 *in* Neves, 1999), o auto-conceito representa o núcleo mais central da personalidade humana, constituindo-se como o motor que determina, tanto os pensamentos, como os sentimentos e os comportamentos do indivíduo. Segundo alguns autores, o auto-conceito que o indivíduo tem de si próprio surge da interacção com os outros, reflectindo as características, expectativas e avaliações que os outros fazem acerca dele - o que é denominado por efeito de espelho ou "*looking glass self*". Como refere Vaz Serra (1996, 1999), o auto-conceito será uma espécie de fenómeno de espelho em que o indivíduo, ao observar-se a si próprio, tende a fazê-lo da forma como os outros o olham. Pereira (1991) considera também que o auto-conceito é significativamente influenciado por aquilo que o indivíduo acredita que os outros pensam dele, reflectindo as avaliações que julgamos que os outros fazem de nós. Deste modo, a construção do auto-conceito está interligada com as percepções que o sujeito faz das opiniões, consideradas credíveis, dos outros com quem interage (Gomes, 2007). No caso de C., o seu auto-conceito era bastante influenciado por aquilo que a doente julgava ser o que os outros pensavam de si; e como C. acreditava que a imagem que transmitia às outras pessoas era negativa - uma imagem de alguém inferior, desinteressante e diferente, sem nada para dizer - , a sua auto-avaliação era também negativa, o que se repercutia assim na existência de um auto-conceito muito baixo.

Segundo uma perspectiva cognitivista, o auto-conceito não é formado passivamente através das interacções sociais com o meio envolvente, dado que as pessoas são diferentes e possuem estruturas cognitivas distintas; cada indivíduo forma esquemas mentais próprios e distintos, gradualmente resistentes à informação que lhe é inconsistente (Vaz Serra, 1988 *in* Neves, 1999). A emergência do auto-conceito, através de interacções complexas entre o indivíduo e o meio que o envolve, ocorre por intermédio das auto-avaliações que o sujeito faz de si próprio, funcionando o desenvolvimento cognitivo como gerenciador das informações que o indivíduo incorpora para a sua auto-definição e para o seu próprio desenvolvimento

(Neves, 1999). Neste sentido, se as avaliações que um indivíduo faz de si próprio e do seu comportamento dependem das avaliações que lhe são feitas pelos outros, será indiscutível o significado destas últimas no rendimento escolar, na interacção social e, conseqüentemente, na formação do auto-conceito (Vaz Serra, 1986a). Poder-se-á afirmar, então, que o auto-conceito é uma estrutura cognitiva que determina o modo como nos sentimos acerca de nós próprios e que orienta as nossas acções (Harter, 1993 *in* Gomes, 2007), explicando as razões pelas quais o indivíduo apresenta determinados comportamentos e emoções (Melo, 2005).

O auto-conceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar, o que pensamos que os outros pensam de nós, e também de como gostaríamos de ser (Albuquerque & Oliveira, 2002; Pereira, 1991). Para Cardoso, Moura, Pais & Veríssimo (1986), a categoria teórica auto-conceito pode ser encarada como resultando do processo de atribuição que o sujeito faz à sua própria pessoa, o qual apresenta características de estabilidade e de unidade no tempo e no espaço. Ao longo do terapia, C. foi apresentando uma ligeira melhoria no seu auto-conceito, mas essa mudança não se mostrou substancialmente significativa, o que se poderá dever a essa estabilidade temporal.

Vaz Serra (1988, 1999) menciona que o auto-conceito pode ser definido de forma simples como a percepção que um indivíduo tem de si próprio. No entanto, segundo o mesmo autor, podemos também mencionar que o auto-conceito influencia, ele próprio, o modo como um indivíduo se percebe a si próprio e o mundo à sua volta, tendo por isso um papel relevante no desenrolar da vida quotidiana. Leahy (1985 *in* Vaz Serra, 1999) refere a este respeito que: *“O conceito que o indivíduo faz de si próprio e dos outros é influenciado por esquemas que determinam o tipo de informação que a pessoa considera relevante para si”*, acrescentando ainda: *“A informação consistente para dado esquema mental tem maior probabilidade de ser armazenada e trazida à memória na altura própria, do que qualquer outra”* (p. 401). Esta colheita selectiva de informação pode determinar como consequência a formação de juízos distorcidos da realidade que, por sua vez, podem originar emoções desagradáveis. Outros autores, por sua vez, realçam que o auto-conceito leva o indivíduo a desenvolver uma espécie de *“voz interna”*, um esquema de pensamento, que se liga a sentimentos e atitudes. Esta voz interna influencia os juízos de valor que o ser humano faz a respeito de si próprio e dos outros, assim como das suas capacidades e incapacidades. Noutra perspectiva, o auto-conceito é visto como o resultado final de juízos de valor, que serão relativos, que têm uma importância considerável no ajustamento do indivíduo ao meio ambiente em que se encontra (Vaz Serra, Firmino, Barreiro & Fael, 1989).

Na formação do auto-conceito intervêm vários factores, entre os quais se contam: as avaliações que os outros fazem a um indivíduo; as observações e os resultados do próprio

comportamento; as comparações que o indivíduo faz entre o seu comportamento e o comportamento considerado desejável por grupos normativos; as comparações que o indivíduo estabelece entre o seu comportamento e o comportamento dos seus pares (Gécas, 1982 *in* Vaz Serra, 1986a). Para além da importância das regras e padrões sociais, a maior influência na formação do auto-conceito será, porém, exercida por aqueles com os quais a criança mantém relações afectivas mais intensas (Pereira, 1991). No caso de C., verificamos que ao longo da sua história de desenvolvimento, existiram um conjunto de acontecimentos que terão contribuído para a formação de um auto-conceito negativo, nomeadamente aspectos disfuncionais no relacionamento com os pais e os pares. De acordo com Albuquerque & Oliveira (2002), citando outros autores, no desenvolvimento do auto-conceito deve ainda ser tida em conta a influência de vários factores como o aspecto físico, nível de inteligência, emoções, padrões culturais, estatuto social, influências familiares, entre outros.

Segundo Löchel (1983 *in* Vaz Serra, 1999), um indivíduo com um bom auto-conceito tem tendência a atribuir o êxito a factores internos, tais como a aptidão ou o esforço, enquanto o fracasso é habitualmente atribuído a factores do acaso. Estas estratégias permitem manter a esperança de êxitos futuros e a possibilidade de aumento do seu esforço. Por sua vez, os indivíduos com um mau auto-conceito tendem a atribuir o êxito a factores externos, como a sorte ou a facilidade da tarefa, tendo propensão a atribuir o fracasso a causas estáveis como, por exemplo, a falta de aptidão. De facto, C. referia frequentemente que não tinha capacidades para realizar um conjunto de actividades, não valorizando aquilo que conseguia fazer bem, percepção que seria, muito provavelmente, devida ao seu baixo auto-conceito.

Gécas (1982 *in* Vaz Serra, 1986b) cita que há períodos da vida onde é possível existirem mudanças de auto-conceito. Refere, no entanto, alguns estudos em que os autores verificaram não só a importância do auto-conceito como sendo capaz de dar forma aos acontecimentos da vida, designadamente no sentido da competência no trabalho e na família, como observaram igualmente a sua notável estabilidade. Vaz Serra (1986b) salienta que o auto-conceito de valores mais baixos corresponde à meia-idade e, logo a seguir, aos adultos jovens. A meia-idade é um período de vida vulnerável, em que o indivíduo sente, mais do que noutros períodos, a sobrecarga da vida em termos económicos e profissionais; já o período dos adultos jovens corresponde, muitas vezes, à época do primeiro emprego. Parece existir, assim, uma correlação possível entre o auto-conceito e factores de natureza sócio-económica.

O auto-conceito é, como afirmam Shavelson & Bolus (1982 *in* Vaz Serra, Firmino, Barreiro & Fael, 1989), um conceito geral, estável e multifacetado. As facetes que o constituem reflectem o sistema de categorias adoptado por um dado indivíduo e/ou compartilhado por um grupo. Tais categorias, ao formarem-se, tornam-se mediadoras do

ajustamento do indivíduo ao meio, podendo facilitá-lo ou dificultá-lo. Assim, o auto-conceito parece ser um constructo central e significativo na determinação do ajustamento do sujeito (Vaz Serra & Firmino, 1986), pelo que será lógico admitir que as pessoas com um bom auto-conceito apresentem mecanismos adequados de lidar com os estados de tensão, e considerem os acontecimentos como menos ameaçadores. Neste sentido, as intervenções clínicas que desenvolvam um bom auto-conceito trarão consigo uma melhoria do ajustamento em várias áreas, desde as expectativas formadas em relação ao ambiente, até à resolução de problemas da vida ou aos conflitos interpessoais (Vaz Serra, Firmino, Barreiro & Fael, 1989). Pensamos que as melhorias evidenciadas por C. em relação ao seu auto-conceito, embora ligeiras, tiveram algumas implicações positivas a nível do seu ajustamento, nomeadamente na relação com o marido, na forma como se auto-perceciona e como analisa o seu meio envolvente.

Num estudo realizado por Vaz Serra, Antunes & Firmino (1986), os resultados apontaram para o facto de as pessoas com um bom auto-conceito terem tendência a desenvolver expectativas positivas e vice-versa. Ou seja, as experiências prévias ajudam a formar um dado auto-conceito, o qual propicia o desenvolvimento de determinadas expectativas, que, por último, possibilitam um bom ou mau ajustamento ao meio ambiente. Ainda a este propósito, Vaz Serra (1986b) considera que por detrás do auto-conceito existem necessariamente aspectos pessoais de educação que, conforme é orientada, assim determina a formação de um bom ou de um mau auto-conceito, o qual, por sua vez, conduz a um bom ou a um mau ajustamento do indivíduo. Os resultados de diversos estudos, referidos por Vaz Serra (1999) permitem extrair três conclusões gerais: (1) uma pessoa com um bom auto-conceito tende a manifestar um ajustamento adequado; (2) tende igualmente a mostrar-se activa, confiante, de bom contacto com os outros, com boas expectativas de eficácia que ajudam a perspectivar os acontecimentos como menos ameaçadores; (3) quando uma situação evolui para soluções não desejáveis o indivíduo não tende a desenvolver sentimentos de fracasso.

Vaz Serra (1986 *in* Matos, 1995), menciona que “*o auto-conceito que um indivíduo tem de si próprio atravessa, condensa ou captura a essência de muitas outras variáveis (motivos, necessidades, atitudes, valores ou personalidade) e, assim, constitui uma variável mais simples e mais central com que podemos lidar*” (p. 144). Deste modo, embora sendo um constructo hipotético aceite a partir da evidência dos acontecimentos, torna-se útil como elemento integrador, mediador das percepções e expectativas pessoais (Albuquerque & Oliveira, 2002). O auto-conceito tem um papel fundamental, na medida em que nos dá a noção da continuidade e da identidade do ser humano, ajudando-nos a conhecer, explicar e prever os seus comportamentos, independentemente de eventuais influências do meio (Vaz Serra, 1988), o que permite compreender a uniformidade dos padrões de conduta (Gomes,

2007). Bento (1997) defende uma posição semelhante, ao salientar que o auto-conceito funciona no sentido de sintetizar os dados disponíveis e de antecipar novas relações, possibilitando descrever, explicar e prever o modo como o indivíduo se percebe. O auto-conceito é, portanto, um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência (Vaz Serra, 1986 *in* Albuquerque & Oliveira, 2002).

As Dimensões do Auto-Conceito

Segundo Gécas (1982 *in* Vaz Serra, 1986a, 1999), ao considerarmos as dimensões do auto-conceito torna-se necessário diferenciar os seus conteúdos, nos quais estão abrangidas as identidades, e as dimensões avaliativas e emocionais, em que está englobada a auto-estima. As identidades relacionam-se com o conteúdo do auto-conceito, contribuindo para a sua estrutura. Por sua vez, a auto-estima tem a ver com os aspectos avaliativos que um indivíduo elabora a seu próprio respeito e, devido a esse facto, é susceptível de gerar emoções.

As identidades têm importância porque o conteúdo e a organização do auto-conceito reflecte o conteúdo e a organização da sociedade onde o indivíduo se insere (Gécas, 1982 *in* Pereira, 1991). Muito do tempo que dedicamos a tarefas específicas e ao desempenho de diferentes papéis é determinado pelas nossas identidades, tendo estas, por conseguinte, uma acção significativa na motivação (Vaz Serra, 1988, 1999). Quanto à auto-estima, Vaz Serra (1986 *in* Matos, 1995) define-a como uma faceta do próprio auto-conceito, correspondendo à parte afectiva, em que a pessoa faz julgamentos de si própria e liga sentimentos valorativos de “bom” e de “mau” aos diferentes dados da sua identidade. A auto-estima pertence à ordem dos afectos, consistindo na avaliação global que a pessoa faz de si mesma (Campbell, 1993 *in* Neves, 1999) e no modo como se sente e valoriza em resultado das suas experiências (Gomes, 2007). Deriva, pois, dos processos de avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades, desempenhos e virtudes, podendo assim ligar-se ao sentido de competência, poder ou eficácia, e ao sentido de virtude ou valor moral (Vaz Serra, 1988). É, por isso, o constituinte mais importante do auto-conceito, tendo também grande impacto na prática clínica (Pereira, 1991).

A auto-estima diz respeito ao que é importante para o indivíduo ou àquilo a que está mais ligado, o que implica que certos domínios do auto-conceito sejam mais salientes do que outros, num dado momento. O nível de auto-estima revelado por um indivíduo depende da forma como ele se auto-percepciona nos domínios específicos que são importantes para si, pelo que a sua auto-estima só é afectada se ele se perceber negativamente em áreas do seu auto-conceito que considera importantes (Neves, 1999). Assim, os indivíduos com elevada auto-estima têm auto-conceitos mais claramente definidos e consistentes internamente, do que os indivíduos com baixa auto-estima, para além de se auto-descreverem de forma mais favorável e de se referirem mais aos seus êxitos do que aos seus fracassos (Vaz Serra, 1999).

No caso de C., acontecia precisamente o contrário, uma vez que a doente não dava habitualmente valor algum aos aspectos positivos da sua vida e àquilo que fazia bem, fazendo constantemente referência ao que estaria mal e enfatizando os aspectos negativos.

De acordo com Vaz Serra (1999), uma pessoa com boa auto-estima tende a aceitar-se como realmente é, a sentir que tem valor pessoal e que tem direito ao respeito e à amizade dos outros. Também tem tendência a acreditar mais no seu julgamento do que no julgamento dos outros, confiando em si e nas suas aptidões, e perspectivando os acontecimentos desagradáveis mais como um desafio a resolver do que como uma ameaça. Em contraponto, uma pessoa com uma auto-estima pobre, tal como C., geralmente não se supõe capaz de lidar com as circunstâncias, reage mal a críticas, mostra-se muito perturbada quando a rejeitam, adopta uma atitude passiva perante a vida e sente-se inferior quando se compara com os outros. Tem igualmente tendência a atribuir os êxitos a factores externos, como a sorte ou o acaso, e o fracasso a factores internos, como as aptidões pessoais, não reforçando a atenção que lhe prestam e considerando que os outros estão enganados a seu respeito, mesmo que os factos comprovem que teve um bom desempenho - modo de funcionamento bastante característico da nossa doente. Na prática clínica, é importante sabermos reconhecer uma pessoa com uma auto-estima pobre, a qual costuma apresentar certas formas típicas de se comportar. Habitualmente, e como acontece com C., é alguém que se sente inseguro nas responsabilidades que tem de enfrentar, manifesta um grande medo do fracasso, desenvolve expectativas pobres a respeito do seu desempenho em tarefas importantes, e tem receio de exprimir de uma forma espontânea as suas opiniões e sentimentos por medo da censura que lhe possam fazer (Vaz Serra, 1999). Este último aspecto era bastante saliente em C., que raramente exprimia o que pensava, por recear uma avaliação negativa por parte dos outros.

O Auto-Conceito nas Perturbações Emocionais

Segundo Vaz Serra & Firmino (1986), os doentes com perturbações emocionais constituem, possivelmente, o grupo de doentes mais comuns na prática clínica, e que com maior frequência recorrem a ajuda psiquiátrica e/ou psicológica. Aqueles autores salientam também que a experiência clínica revela vários exemplos elucidativos do auto-conceito pobre e da insegurança que estes doentes evidenciam. A maneira como se observam a si próprios e como pensam que os outros os percebem são também muitos característicos. Os exemplos clínicos deste tipo de doentes, de que C. é mais um caso, apontam para a existência de um auto-conceito defeituoso, revelador de vulnerabilidades pessoais que são perpetuadas no seu dia-a-dia e que acabam por ser fonte de inquietação e de desajustamento, não lhes deixando tirar o proveito desejado da própria vida. No estudo realizado pelos autores, as conclusões apontam ainda para uma tendência que revela que os doentes com perturbações emocionais

apresentam habitualmente um auto-conceito mais pobre do que os indivíduos na população em geral. Este tipo de doentes sentem muitas dificuldades interpessoais e um grande sentido de inadequação, estando, por isso, pouco preparados para enfrentar problemas psicológicos que outras pessoas, sem tais características, resolveriam de forma relativamente simples. Em C. eram notórias as suas dificuldades de interação social, particularmente influenciadas pela visão de si própria como incapaz, inferior e inadequada nesse tipo de situações.

A avaliação que a pessoa faz de si própria é, de facto, significativa para o comportamento humano, pois é dela que surge o aspecto afectivo e emocional. Os aspectos avaliativo e afectivo andam, assim, frequentemente a par. Contudo, o que é significativo não são as auto-avaliações em si, mas antes as emoções que as mesmas são ou não capazes de evocar (Vaz Serra, 1986a). Na génese das avaliações que o indivíduo faz acerca de si próprio há que ter em conta o papel desempenhado pelas influências de natureza sócio-cultural, legal e religiosa, ocorridas nas experiências prévias do indivíduo aquando do seu desenvolvimento. Este conjunto de influências ocasiona um sistema pessoal de crenças que pode induzir, pelos processos valorativos que determina, graves problemas emocionais (Vaz Serra, 1986a).

Segundo Fitts (1972 *in* Vaz Serra, 1986b), quanto melhor for o auto-conceito melhor será o desempenho do indivíduo - então, poderemos prever inversamente que quanto pior for o auto-conceito pior será também o ajustamento do indivíduo. Em suma, um auto-conceito realista, consistente e positivo originará atitudes de segurança e comportamentos saudáveis, assim como a ausência de sentimentos de ameaça associados às situações de vida (Gomes & Ribeiro, 2001). Por sua vez, um auto-conceito pobre e fraco dificultará o estabelecimento de relações interpessoais e a concretização de objectivos (Melo, 2005).

O conceito de Ansiedade Social

A ansiedade social surge na psicologia clínica cognitivo-comportamental como um termo genérico para designar a ansiedade em situações sociais. Este constructo deve ser visto num *continuum* que vai desde níveis mais baixos de ansiedade, que existem em todos os indivíduos, até níveis elevados, no outro extremo que, quando atingem um determinado grau de severidade, interferem no funcionamento social do indivíduo (Cunha, 1996). De acordo com Gouveia (1997a), a experiência de graus ligeiros de ansiedade em situações sociais é um fenómeno frequente num largo número de indivíduos e não impede um funcionamento social adequado; em alguns indivíduos, porém, a ansiedade experienciada em situações sociais é tão elevada que interfere com o seu funcionamento pessoal, conduzindo mesmo, em alguns casos, ao evitamento dessas situações, tal como acontecia com C.. O conceito de ansiedade social está, pois, relacionado com o medo que o indivíduo tem da avaliação feita pelos outros em relação à sua pessoa. Esse medo interfere com as interações sociais nas quais o indivíduo se

envolve, estando dependente da história pessoal de cada um (Pereira, 1991) e resultando de crenças mal-adaptativas associadas a uma auto-imagem negativa e irrealista (Hofmann, 2007).

A ansiedade social pode manifestar-se num leque variado de contextos e é desencadeada por estímulos sociais específicos (Cunha, 1996), através de uma monitorização permanente do comportamento perante os outros (Stopa & Bryant, 2004). Como o ser humano é por natureza um ser social, em interação permanente com os outros, encontrará com frequência no seu dia-a-dia situações que poderão desencadear ansiedade social (Pereira, 1991). Existem, portanto, diversos tipos de situações interpessoais, reais ou imaginadas, que podem levar uma pessoa a sentir-se ansiosa; entre as mais comuns, podem apontar-se como exemplos: falar com estranhos, conversar com pessoas do sexo oposto, contactar com pessoas representativas de autoridade, ser o centro das atenções, estar numa festa, ser entrevistado para um emprego, ter de falar em público, entrar num autocarro cheio de pessoas desconhecidas, ter de executar uma tarefa sob a observação dos outros (Vaz Serra, 1987). Um aspecto comum a todas estas situações é o facto de salientarem a possibilidade de avaliação pelos outros, e de esta ser negativa, bem como o medo da desaprovação e crítica por parte dos outros (Cunha, 1996). Estes receios, comuns nos indivíduos que sofrem desta perturbação, remetem para algumas das principais características do quadro clínico, tais como a ansiedade antecipatória, o auto-focus e processamento enviesado da informação - salientados pelos modelos cognitivos da fobia social (Fehm, Hoyer, Schneider, Lindemann & Klusmann, 2008).

De acordo com Vaz Serra (1987), a importância da ansiedade social advém do facto de, no quotidiano, não podermos prescindir do contacto com as outras pessoas. Se alguém tem uma ansiedade social intensa pode, devido a isso, ter sérias limitações na sua vida. O sentir-se mal em situações sociais, não só leva uma pessoa a manifestar um comportamento marcadamente inadequado em contacto com os outros, como dá origem a várias estratégias para evitar ou fugir de situações sociais, restringindo aspectos potencialmente agradáveis e limitando a realização pessoal. A ansiedade social poderá ainda ser percebida em função da forma como o indivíduo se avalia a si próprio e ao seu desempenho social, o que leva a pressupor a existência de uma relação entre auto-conceito e ansiedade social (Pereira, 1991).

Relação entre Auto-Conceito e Ansiedade Social

A formação do auto-conceito depende, como vimos, das avaliações reflectidas pelos outros, da comparação do comportamento do indivíduo com as normas de grupos de referência, das atribuições pessoais feitas ao comportamento observável e ainda de outras influências sócio-culturais. A formação do auto-conceito constitui, portanto, um fenómeno eminentemente interpessoal. O processamento do *feedback* social é feito cognitivamente, procurando o indivíduo obter confirmação e validação externa para o seu auto-conceito. Deste

modo, a pessoa desenvolve estratégias cognitivas selectivas que afectam a recolha de informação e as próprias memórias dos acontecimentos, no sentido de relembrar com maior facilidade o que é congruente com o seu auto-conceito (Vaz Serra, Gonçalves & Firmino, 1986). O conjunto destes factores cognitivos determina a forma como a pessoa se descreve e avalia a si própria, tendo por isso grande importância na maneira como essa pessoa se relaciona com os outros. No caso de C., a doente referia com maior frequência os aspectos negativos da sua vida, o que influencia a sua visão de si mesma e a interacção com os outros.

De acordo com algumas perspectivas, consideradas por Vaz Serra, Gonçalves & Firmino (1986), a ansiedade social tende a surgir nas pessoas que estão altamente motivadas para produzirem nos outros uma determinada impressão e/ou que não acreditam que conseguem induzir nos outros as impressões que desejariam obter. Em termos cognitivos, a ansiedade social está relacionada com o modo como os sujeitos processam a informação sobre si próprios e o seu desempenho social, pelo que uma auto-avaliação negativa pode ocorrer independentemente das competências reais que o indivíduo possui, se este tiver padrões excessivamente altos de desempenho ou se processar, selectivamente, informação negativa sobre si próprio. Os mesmos autores consideram, assim, que estes dados fazem supor uma relação estreita entre o auto-conceito e a ansiedade social, destacando um conjunto de estudos que apontam nesse sentido. Pereira (1991) também relata evidências empíricas de que quanto melhor for o auto-conceito, menor será a ansiedade manifestada, concluindo, assim, pela existência de uma relação negativa entre auto-conceito e ansiedade social, dado que níveis de auto-estima elevada estão relacionados com níveis de ansiedade social baixa e, inversamente, uma auto-avaliação desfavorável estará associada a uma ansiedade social elevada.

Numa investigação com 554 indivíduos da população geral, realizada por Vaz Serra, Gonçalves & Firmino (1986), os resultados apontam para a existência de uma relação significativa entre auto-conceito e ansiedade social, ou seja, o auto-conceito do indivíduo influencia o seu comportamento social, podendo um auto-conceito negativo e uma auto-avaliação social desfavorável, precipitar a ansiedade sentida nas situações sociais. Relativamente às implicações para a intervenção, considera-se que devem ser valorizados os factores cognitivos da ansiedade social, uma vez que a modificação desses factores e da forma negativa como a pessoa se auto-avalia socialmente, pode ser útil na melhoria do seu ajustamento social. Foram estas as estratégias utilizadas no trabalho terapêutico com C., as quais pensamos terem permitido alcançar bons resultados, sendo que tais evidências estão de acordo com a ideia de que um auto-conceito positivo ajuda o sujeito a ter uma visão positiva de si próprio, a perceber o mundo de forma menos ameaçadora, a ter estratégias de *coping* mais adequadas, e a sentir-se melhor consigo e com os outros (Melo, 2005).

COMENTÁRIO PESSOAL

O caso clínico de C. foi talvez aquele com nos sentimos mais realizados, porque foi um dos nossos primeiros casos e porque foi possível acompanhá-lo durante todo o estágio, tendo-se desenrolado sem interrupções ou outros aspectos que perturbassem o desenvolvimento da intervenção clínica, o que não aconteceu de forma tão clara em nenhum dos nossos outros doentes. De facto, sentimo-nos muito contentes pelo facto de a doente ter permanecido no processo terapêutico até ao seu término, com empenho e motivação, o que permitiu que a terapia se desenrolasse com regularidade e se alcançassem bons resultados.

Não obstante este balanço positivo, recordamos que no início sentimos algum pessimismo relativamente à forma como iria decorrer o acompanhamento. A resistência inicial de C. a respeito da conceptualização do modelo cognitivo deixou-nos bastante confusos, pois embora a doente necessitasse de ajuda psicológica e demonstrasse vontade de encetar as mudanças desejadas, a verdade é que não estávamos a conseguir encontrar o melhor caminho para levar o processo “a bom porto”. Mas o desafio era também aliciante! Com esta doente, foi necessário um trabalho de adaptação e simplificação dos aspectos mais cognitivos, por tentativas e erros, até ser possível enquadrar a sua forma de pensar no modelo que lhe procurávamos transmitir. Felizmente, tal foi conseguido, o que permitiu uma evolução muito positiva do processo terapêutico, que se tornou muito gratificante para nós.

Muitas consultas foram difíceis de conduzir, outras tantas vezes a paciência e a imaginação tiveram que ser multiplicadas, mas também são estes aspectos que tornam profissão de psicólogo tão única e nos seduzem constantemente. O trabalho com cada doente é diferente e singular, mas enriquece-nos e ajuda-nos a crescer como terapeutas.

O acompanhamento de C. levou-nos a reflectir, sobretudo, acerca da importância da familiarização do doente com a forma como o modelo cognitivo perspectiva os seus problemas. Se não se conseguir uma compreensão e identificação do doente com o que lhe pretendemos explicar, todo o desenrolar futuro da terapia fica comprometido, podendo em último caso terminar muito antes do que era desejável. E mesmo que o processo terapêutico continue a desenvolver-se, os níveis de eficácia serão, com certeza, muito reduzidos.

Procurámos em cada caso retirar um ensinamento específico, tendo aprendido neste, a importância de procurar a melhor forma de adaptar ao doente a apresentação do nosso modo de trabalhar e daquilo que é defendido pelo modelo cognitivo-comportamental. Imaginamos que a tentação de passar rapidamente à fase da intervenção esteja sempre bastante presente, por isso, terá sido muito importante a vivência desta experiência durante o estágio, permitindo-nos tomar consciência da forma atenta como devem ser encaradas as fases que antecedem a intervenção propriamente dita.

CASO CLÍNICO 04

DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: J.A.C.R.

Idade: 38 anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Residência: C. do S.

Habilitações Literárias: 6º ano

Profissão: Auxiliar de acção educativa

Agregado Familiar: Esposa e duas filhas

MOTIVO DA CONSULTA

J. afirma que não veio à consulta por iniciativa própria, mencionando terem sido os terapeutas da sua filha mais velha, em seguimento na Consulta de Stress, que propuseram o acompanhamento. Apesar disso, refere-se disposto a vir e acrescenta que “*Quando é para o nosso bem temos que colaborar!*”. Quando questionado acerca do motivo porque julga que o encaminharam para a consulta, o doente diz que “*Deve ter sido porque ando sempre nervoso, sempre a discutir e agora está mais complicado*”.

DIFICULDADES ACTUAIS

J. compareceu sozinho na consulta, apresentando uma forma de vestir cuidada. Denotava uma postura bastante agitada, um contacto visual indirecto, desviando o olhar enquanto falava, e um discurso fluente, embora desse a impressão de que as suas ideias se “atropelavam”, querendo falar de tudo ao mesmo tempo.

O doente considera que o seu principal problema está relacionado com o facto de andar sempre muito “*nervoso*”, isto porque acha que é uma pessoa bastante preocupada.

A este respeito, J. refere que, por exemplo, quando tem qualquer dor ou sintoma físico fica extremamente apreensivo, pensando imediatamente que tem ou pode vir a ter uma doença grave, não colocando a hipótese dessa dor poder ter uma origem nervosa ou se dever a qualquer outra circunstância: “*Penso logo nas doenças mais graves*”. J. diz que não consegue especificar com que frequência acontecem essas dores, afirmando que tanto pode ser todos os dias como todas as semanas, embora diga que ultimamente elas ocorrem mais ou menos de dois em dois dias. Refere que são dores “*momentâneas*” mas que, quando as sente, fica muito focado nelas, não prestando atenção ao que o rodeia, sentindo-se muito ansioso - com suores, tonturas - e com medo de morrer e de “*deixar as coisas incompletas*” ou de não estar “*bem para tratar dos outros*”; acrescenta que o pior que lhe poderia acontecer era “*ter alguma coisa*” e deixar as suas filhas “*sozinhas*” pois, na sua opinião, seria muito difícil elas sobreviverem sem si. Mesmo depois de desaparecerem, fica a pensar sobre essas dores

durante muito tempo, achando que *“isto não é normal”* e que podem ser indícios de que tem uma doença grave. Desse modo, afirma que costuma ir ao médico para fazer exames e que, apesar de dizer que acredita no que os médicos lhe dizem, é frequente recorrer a vários para ouvir diferentes opiniões. Acrescenta ainda que tem por hábito procurar informação sobre as doenças e que costuma ficar mais atento quando vê algo na televisão sobre esse assunto. J. menciona que já realizou uma série de exames, para avaliar um conjunto alargado de sintomas - desde dores no peito ou no estômago a tonturas e cansaço - , embora não confie nos resultados, ou porque pensa que *“não são eficazes”*, ou porque foi um médico de clínica geral e não um *“especialista”* que o observou. Refere ainda que é costume medir a tensão mas, embora lhe digam que está tudo bem, não acredita porque *“não confio nas máquinas”*.

Para além desta preocupação com o facto de poder ter alguma doença, o doente refere que se preocupa muito com a sua família, especialmente com as filhas, tentando tê-las sempre *“o mais protegidas possível”*. A este respeito, J. conta que tem muito medo de acidentes e que se impressiona quando vê um ficando, por isso, muito apreensivo e preocupado quando ele ou alguém da sua família tem que fazer uma viagem, pois está sempre com medo de poder ocorrer um acidente. Relativamente à filha mais velha, J. diz que tem que estar sempre em contacto com ela, pois receia que lhe possa acontecer algo de mal quando está sozinha. O que mais o preocupa na filha é saber se o seu problema - perturbação obsessivo-compulsiva - se pode resolver, pelo que procura estar sempre atento e vigilante ao que ela faz, uma vez que já se tentou suicidar e ele receia voltar a passar por uma situação desse tipo.

De um modo geral, J. refere que o que mais o preocupa é qualquer questão que possa constituir uma ameaça para a vida, sua ou dos seus familiares, mas acrescenta que também se preocupa com questões financeiras, afirmando que *“gostava de ganhar o suficiente para dar tudo às minhas filhas e para poder ter a minha mulher em casa sem precisar de trabalhar”*. Neste âmbito, diz que tem medo de algum dia poder vir a ficar sem emprego e não ter dinheiro para as *“necessidades básicas”*, pois considera que o seu trabalho é um pouco *“incerto”*. Ainda no que diz respeito ao trabalho, o doente refere que se preocupa muito em fazê-lo bem feito e que não se sente bem quando não tem nada para fazer, pois tem receio que pensem mal de si se o virem sem fazer nada. Para além disso, J. considera que se preocupa bastante com pequenos incidentes que ocorrem no dia-a-dia, nomeadamente em casa, com o automóvel, etc.. A este propósito, refere que é frequente ir verificar *“tudo”* antes de se deitar - desligar o gás, ver se as portas estão fechadas, etc. - já que, mesmo que a esposa o faça, ele não confia e tem necessidade de verificar tudo outra vez, de forma a ficar mais *“tranquilo”*, pois acha que é *“mais responsável”*. Afirma ainda que *“temos que ser responsáveis”*, acrescentando que procura incutir esse sentido de responsabilidade às suas filhas.

J. menciona que todas estas preocupações são constantes e acontecem diariamente - “*É uma rotina de preocupações!*” - , na medida em que está sempre com medo que aconteça alguma coisa. Por causa disso, diz que não consegue comer descansado, sente o coração mais acelerado, anda mais agitado, menos “*entusiasmado*”, mais irritado e “*de mau humor!*”, com falta de energia e de concentração. J. afirma que é comum pensar sobre as próprias preocupações, ficando muitas vezes preocupado pelo facto de estar preocupado e tentando não pensar sobre as preocupações, embora considere que não consegue: “*Às vezes, tento não pensar nisso, mas já vi que não resulta. Não é fácil pensar noutra coisa.*”. Neste sentido, o doente reconhece que o facto de estar constantemente preocupado e ansioso interfere cerca de 60 ou 70 % no seu dia-a-dia, já que, por causa disso: faz menos viagens do que gostaria de fazer; mesmo que precise, não sai de casa se a esposa não estiver, para não deixar as filhas sozinhas, faltando por vezes ao trabalho; quando realiza algumas actividades - como jogar futebol - está sempre com receio que lhe aconteça alguma coisa e, por isso, “*não estou à vontade, não me empenho a 100%*”; irrita-se muito facilmente, sobretudo no seio familiar, porque é bastante “*exigente*” e leva tudo “*muito a sério*”: “*Eu nunca estou descansado!*”.

Deste modo, considera que as suas preocupações “*talvez*” sejam um pouco excessivas - à excepção da preocupação com a saúde - e que lhe consomem bastante tempo, uma vez que anda sempre preocupado com alguma coisa, não conseguindo estar descontraído ou distrair-se. Não obstante, J. afirma que, na sua opinião, é bom as pessoas preocuparem-se já que assim as coisas têm menos probabilidade de poder vir a acontecer, considerando, portanto, que a preocupação ajuda a prevenir a ocorrência de acontecimentos negativos. Assim, embora considere que este problema interfere na sua vida, J. diz que não quer deixar de se preocupar “*porque senão, as coisas não funcionam tão bem!*”. Embora considere que as suas preocupações não se limitam a uma só área e que todas estão interligadas, o doente afirma que se a preocupação com o facto de poder ter uma doença grave ou morrer desaparecesse, talvez ficasse melhor. Ou seja, para J. as preocupações relativamente à saúde, às suas filhas e à questão financeira estão ao mesmo nível, mas se a primeira deixasse de existir as outras também diminuiriam. No entanto, não considera que esta sua preocupação seja exagerada, pois pensa que há pessoas que se preocupam mais do que ele, referindo também que só vai ao médico porque acha que tem realmente qualquer doença, pois o que sente são “*sintomas físicos*”, acrescentando ainda que se pensa nas doenças é porque tem algum sintoma.

Uma outra área de problemas referenciada pelo doente diz respeito ao facto se sentir pouco à vontade quando está com pessoas que tenham um estatuto superior ao seu - que tenham “*mais estudos*” ou mais dinheiro - , “*principalmente se forem mulheres*”. Deste modo, afirma que tem receio de “*enfrentar*” determinadas situações em que estejam presentes

peessoas com as quais não se sente “à vontade”. Por exemplo, quando tem que se dirigir à secretaria ou à sala de professores da escola onde trabalha ou mesmo a uma repartição pública, sente-se “inferior” e acha que as pessoas ficam a olhar para si e a pensar “quem é este?” e, por isso, não se sente à vontade. Neste sentido, refere que se preocupa bastante com o que veste e com o facto de às vezes sair com a barba por fazer, pois “preocupo-me demais com o que os outros possam pensar!”. J. afirma também que se sente pouco à vontade para iniciar uma conversa com esse tipo de pessoas - “Fico atrapalhado. Parece que as palavras não saem.” - , na medida em que receia dizer um “disparate” ou qualquer coisa “fora de contexto” e “fazer uma triste figura”, correndo o risco de ser avaliado negativamente e de não causar uma impressão positiva, isto porque considera que não tem as mesmas capacidades que os outros. Neste sentido, diz que não olha as pessoas directamente nos olhos quando fala com elas, procurando ainda pensar “bem” nas coisas antes de as dizer. Porém, menciona que quando as pessoas são “conhecidas” se sente mais à vontade. Refere igualmente que se sente muito desconfortável quando tem que comer na presença de pessoas que tenham cargos superiores ao seu, principalmente se estiver sozinho e se não tiver alguma confiança com essas pessoas. Deste modo, quando tem que almoçar na cantina da escola, evita sentar-se em frente aos professores “porque não ia conseguir comer nada... fico como que paralisado”. J. afirma também que, se o convidarem para um jantar ou uma festa e ele for o último a chegar, já não consegue entrar e acaba mesmo por não ir, a não ser que esteja acompanhado, pois receia que lhe façam alguma pergunta à qual não saiba responder. Menciona ainda que não gosta de escrever à frente de outras pessoas, porque tem complexos com a sua caligrafia, pelo que, quando tem que escrever em locais públicos - por exemplo, preencher um papel nas finanças - não o faz se notar que alguém está a olhar para si, porque não se sente à vontade.

O doente considera que as pessoas estão constantemente a avaliá-lo afirmando, inclusivamente, que quando alguém se ri pensa logo que “já estão a falar mal de mim” ou que estão a gozar com ele, acrescentando ainda que, às vezes, tem a sensação de que quando entra no café as pessoas ficam a olhar para si. J. menciona que quando se confronta com tais situações, os seus pensamentos são sempre do tipo “Não vou ser capaz de...”. Assim, sempre que pode evita essas situações - por exemplo, em vez de comer na cantina da escola onde trabalha vai almoçar a casa. Contudo, se as situações forem inevitáveis tenta, sempre que possível, encontrar alguém que resolva os assuntos por si ou deixar as coisas para resolver “à última hora”; mas, se tiver mesmo que as enfrentar, fá-lo com muita ansiedade, referindo sentir falta de ar, um “aperto no peito”, um “nó na garganta”, rubor facial, suores e os músculos tensos. Nessas alturas, diz que a sua ansiedade é de tal maneira intensa, que receia que esta suba até um ponto em que pode ter “qualquer problema” e, por isso, logo que pode

tenta sair da situação “*para normalizar*”. J. diz que não teme que os outros notem os seus sintomas, mas sim que lhe aconteça alguma coisa “*de mal*”, como “*algo no coração*”. Acrescenta que nessas alturas a sua atenção se vira para o interior e pensa “*E se me acontece qualquer coisa?*”, ficando ainda mais tenso por estar a pensar “*naquilo que me está a acontecer*”. Segundo J., não é frequente pensar na imagem que está a transmitir aos outros.

J. afirma que normalmente não revê aquilo que aconteceu na situação, embora fique a pensar “*todo o dia*” nos sintomas que teve. O doente refere também que, antes de entrar para as situações, tenta imaginá-las e leva tudo “*estudado*”, porque acha que isso o pode ajudar a antecipar o que vai acontecer - pensa no que se irá passar, se vai conseguir fazer as coisas, ou se o vão ajudar - o que o leva a sentir-se já ansioso quando entra na situação: “*O meu mal é começar logo a pensar nas coisas*”. Depois de sair da situação, embora pense no que passou, não se sente ansioso, “*porque já passou*”. Embora considere este problema como um “*mal menor*” ou “*secundário*”, pois acha que não interfere tanto no seu dia-a-dia como as outras dificuldades, já que raramente se encontra nessas situações, J. diz que é algo que gostaria de mudar, até porque por vezes gostava de não dar tanta importância a certas coisas, sobretudo quando fazem comentários negativos a seu respeito, e de se aproximar mais de algumas pessoas - já que não o faz por achar que estas têm um estatuto superior ao seu. Deste modo, o doente admite que o seu receio de enfrentar determinadas situações - em que se sente inferior ou criticado pelos outros - é exagerado, afirmando que gostaria de ser diferente e encarar essas situações “*mais bem disposto*”: “*Gostava de não ser tão exagerado, de chegar às situações e ter temas de conversa, de ser mais descontraído e de estar mais à vontade*”.

De uma forma geral, J. diz que, quando tem um problema para resolver fica nervoso mas, apesar disso, enfrenta-o, isto porque confia mais quando é ele a fazer as coisas. Contudo, refere que quando as coisas não correm como pretende, fica de mau humor e irritado. Afirma que as pessoas lhe costumam dizer que parece que nunca está bem disposto e que é pouco sorridente o que, para ele, se deve ao facto de andar sempre preocupado; acrescenta ainda que a mulher e a filha mais velha lhe dizem que ele se preocupa demais, embora ele não concorde.

No que diz respeito às áreas de bom funcionamento e interesses, J. refere que gosta muito de ir à pesca, de cuidar de umas terras que possui e de jogar futebol. Contudo diz que, mesmo nessas alturas de lazer, em que “*parece que as horas passam mais rápido*” e lhe permitem pôr um pouco “*de parte*” as suas preocupações, não consegue abstrair-se totalmente do que o preocupa pois está sempre apreensivo e ansioso, com medo que aconteça alguma coisa. A este respeito, acrescenta que é quando joga às cartas ou às damas com os amigos que fica menos ansioso e menos tenso, porque tem que se concentrar no jogo e, dessa forma, consegue “*desviar o pensamento*”. J. considera que talvez os seus problemas tenham

“*nascido comigo*”; ou seja, pensa que sempre foi uma pessoa preocupada, da mesma forma que sempre sentiu algum receio de situações sociais. O doente acha que tudo isto poderá estar relacionado com o facto de nunca se ter sentido bem “*no meio das pessoas*”, de se sentir “*esquisito*”: “*Sempre fui assim, desde a escola!*”. Contudo, admite que talvez tivesse ficado pior devido ao problema da filha mais velha - que tentou suicidar-se e está actualmente em acompanhamento psicológico - e, em parte, também por causa da situação que passou com um dos seus irmãos - que o ameaçou de morte. Actualmente, pensa que aquilo que está a manter as suas dificuldades “*são as coisas que acontecem no dia-a-dia*”. J. pensa que talvez seja possível melhorar as preocupações que sente em relação à família quando as suas filhas forem mais velhas, uma vez que elas são o que mais o preocupa. No entanto, mesmo nessa altura, acha que vão aparecer novos problemas e preocupações, por isso, não se julga capaz de melhorar relativamente a isso. Quanto às preocupações com as doenças, diz que “*queria ficar internado uma semana e fazer todos os exames possíveis*”, pois só assim deixaria de estar preocupado com este assunto. Por outro lado, e apesar de afirmar que gostaria de ser diferente em determinados aspectos, sobretudo no que respeita aos evitamentos que faz de situações sociais, considera que não vai conseguir mudar porque se considera “*muito pessimista*”.

J. afirma que, se pudesse realizar três desejos pediria, em primeiro lugar, que houvesse saúde para todos - referindo-se sobretudo a si e à sua família. Depois, diz que gostaria de poder arranjar uma forma de ter sempre a família controlada e segura, para que nada de mal lhe pudesse acontecer: “*Se estivesse tudo controlado é que estava bem!*”. Por fim, refere que gostaria de ter “*mais dinheiro para o dia-a-dia*”. Em relação àquilo que espera da terapia, J. refere que gostaria de lhe dissessem o que tem “*em termos psíquicos*” e, principalmente, que lhe arranjassem um “*médico bom*” para lhe fazer uns exames “*mais sérios*”, que lhe tirassem todas as dúvidas que tem. Quando questionado acerca daquilo que gostaria de mudar na sua vida, o doente afirma que “*queria conseguir enfrentar as coisas com normalidade, como elas são*”: “*Não devia ser assim tão preocupado...*”. Gostaria também de viver a vida de uma forma “*mais descontraída*”, algo que nunca conseguiu: “*Nunca fui assim...*”.

Escalas e Inventários de Auto-Resposta - Resultados

Questionário de Esquemas de Young – Estão presentes os seguintes esquemas: *Padrões Elevados de Realização* – 5; *Ausência de Limites* – 4.5; *Vulnerabilidade (ao mal, à doença, à desgraça)* – 4.45; *Abuso* – 4.2; *Isolamento Social* – 3.6; *Medo de perder o controlo* – 3.6; *Perfeccionismo* – 3.4; *Incapacidade ou Fracasso* – 3.25.

Inventário Clínico de Auto-Conceito – O doente obteve um resultado total de 71 pontos. No que respeita aos factores avaliados pelo inventário, os resultados são os seguintes: *F1* –

Aceitação/Rejeição Social: 14 pontos; *F2 – Auto-eficácia*: 23 pontos; *F3 – Maturidade Psicológica*: 16 pontos; *F4 – Impulsividade/Actividade*: 11 pontos. Todos os valores se encontram dentro do intervalo de normalidade, para o grupo etário dos 40-59 anos.

SCL-90-E – O doente obteve um total de 146 pontos, com 81 sintomas positivos, sendo o índice de severidade global de aproximadamente 1,62. Relativamente às dimensões avaliadas pela escala, as mais elevadas foram as seguintes: *Morte* – 2; *Culpa* – 2; *Hostilidade* – 1.83; *Paranóia* – 1.83; *Depressão* – 1.77; *Ansiedade* – 1.70; *Obsessão* – 1.60.

F.N.E. – O resultado obtido na escala total foi de 94 pontos. Este valor encontra-se acima da média, embora dentro do intervalo de normalidade, próximo do limite superior. Poderemos concluir que, em situações de desempenho e interacção social, o doente sente algum receio de ser avaliado negativamente pelos outros, o que poderá levá-lo ao evitamento dessas situações.

Escala de Ansiedade de Auto-Avaliação de Zung – O doente obteve um resultado de 36 pontos na escala total, que corresponde a 45% da ansiedade medida pela escala. O resultado encontra-se acima da média para a população masculina o que indica que, em determinadas situações, J. experiencia um nível mais elevado de ansiedade relativamente àquela que é percebida pelos indivíduos pertencentes ao grupo normal, quando confrontados com o mesmo tipo de situações. Quanto aos componentes da ansiedade, dois encontram-se acima da média - cognitivo e vegetativo - o que corrobora de alguma forma a hipótese considerada.

Escala de Ansiedade Social de Leary – O doente obteve um total de 98 pontos, dos quais 48 pontos dizem respeito à ansiedade-traço e 50 pontos à ansiedade sentida perante um auditório.

FORMULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Pela análise da informação recolhida neste caso, e de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (A.P.A., 2000), podemos considerar que estamos na presença dos seguintes quadros clínicos: 300.02 **Perturbação de Ansiedade Generalizada** [F41.1], 300.7 **Hipocondria**, com fraco *insight* [F45.2] e 300.23 **Fobia Social** [F40.1].

Assim, o doente apresenta, há mais de seis meses, uma ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de um vasto número de acontecimentos ou actividades: tais como a segurança da família, o desempenho no trabalho, a saúde, as questões económicas, pequenos problemas do dia-a-dia, etc., difíceis de controlar e claramente desproporcionadas relativamente à probabilidade ou impacte do acontecimento temido. Por outro lado, essa ansiedade e preocupação são acompanhadas por sintomas físicos, como por exemplo, agitação ou tensão interior, fadiga fácil, irritabilidade, dificuldades de concentração, acabando por interferir significativamente no funcionamento quotidiano. Ainda que este aspecto possa estar interligado com a sua ansiedade e preocupação exageradas acerca da saúde, fez-nos sentido

estabelecer um diagnóstico separado de Hipocondria, uma vez que a preocupação com o facto de ter ou poder vir a ter uma doença grave - baseada na interpretação errada dos sintomas - parece constituir o foco predominante de preocupação do doente. Para além disso, J. apresenta ainda sintomatologia característica do quadro clínico de Fobia Social, na medida em que demonstra sentir uma ansiedade e desconforto intenso, quando é exposto a situações sociais nas quais tem que efectuar um desempenho ou interagir com pessoas que tenham um estatuto superior ao seu, nomeadamente escrever, comer, iniciar conversas, ir a festas, entre outras - com sintomas como suores, palpitações, dores no peito, sensação de tontura ou desequilíbrio, despersonalização, parestesias, etc., que se desenvolvem abruptamente e atingem o seu pico em pouco tempo. Este aspecto, apesar de não interferir muito com o seu funcionamento, já que J. evita, sempre que pode, o confronto com essas situações, causa-lhe mal-estar clinicamente significativo, reconhecendo o doente que o seu medo é excessivo.

Ao longo do seu desenvolvimento, e particularmente durante a infância, o doente vivenciou um conjunto de experiências que podemos hipotetizar como possíveis factores predisponentes para as suas dificuldades actuais. Assim, J. cresceu no seio de uma família caracterizada por atitudes superprotectoras, já que os seus pais - sobretudo a mãe - estavam continuamente preocupados com a segurança e saúde dos filhos, e por vezes nem sequer os deixavam sair de casa para que nada de mal lhes acontecesse. J. conta que a sua mãe era capaz de passar noites em claro se algum deles estivesse fora de casa e, quando ouvia a sirene dos bombeiros, pensava logo que tinha acontecido algo com um deles, ficando extremamente ansiosa. Menciona também que o seu pai estava constantemente preocupado com a saúde e a queixar-se com dores, nomeadamente no coração e, embora não tivesse por hábito recorrer a médicos ou fazer exames por esses motivos, foi operado ao estômago, à garganta e ao coração. Assim, podemos verificar que as figuras parentais transmitiram a J. a ideia de que o mundo não é um local seguro e que é importante estar atentos a qualquer eventual perigo, crenças que o doente foi interiorizando e que poderão ter contribuído para que formasse um esquema precoce mal-adaptativo de *Vulnerabilidade à Doença e ao Mal* (Leahy, 2006).

Por outro lado, J. afirma que desde muito cedo, por ser ele o mais velho da fratria, em vez de ir brincar ficava em casa a cuidar dos irmãos enquanto os pais iam trabalhar para o campo, o que pode tê-lo feito sentir-se responsável por eles e pelo que lhes acontecesse. Este aspecto pode ter levado o doente a acreditar que muitas vezes é importante sacrificarmos as nossas próprias necessidades para ajudar os outros e que devemos esforçarmo-nos para o fazer da melhor forma, para que nada de mal ocorra, desenvolvendo, desse modo, esquemas mal-adaptativos de *Auto-Sacrifício e Padrões Elevados de Realização* (Leahy, 2006). Quando ingressou no ciclo, que se situava num meio maior, J. refere que às vezes se sentia

“*envergonhado*” e até inferiorizado pelo facto dos seus pais não terem tantos recursos económicos quanto alguns dos seus colegas e não poder ter “*roupas tão boas*” quanto estes, pelo que nunca se aproximou muito deles. Para além disso, afirma que foi obrigado a abandonar os estudos e começar a trabalhar “*para ajudar a família*” quando tinha apenas 12/13 anos, o que o levou a pensar que teria “*o futuro estragado*” e fez com que se sentisse “*diferente e inferior*” relativamente àqueles a quem foi dada a oportunidade de estudar. Estas experiências poderão ter levado J. a interiorizar que seria diferente e inferior dos seus pares e que nunca teria possibilidade de atingir o mesmo estatuto que eles, levando à formação de esquemas precoces de *Vergonha, Fracasso e Indesejabilidade Social* (Leahy, 2006).

Embora não seja fácil delimitar um início para o despoletar das dificuldades actuais de J. - este afirma que desde pequeno que se considera uma pessoa “*preocupada com as coisas... sempre fui assim*” - , podemos apontar alguns acontecimentos da sua vida que, ao se constituírem como “fontes de stress”, podem ter funcionado como factores precipitantes dos seus problemas. Assim, o doente recorda que quando tinha 15 anos esteve cerca de quinze dias de cama com dores e febre, sem que o médico lhe dissesse o que tinha, o deixou bastante preocupado, acabando por ter que ser operado de urgência ao apêndice. Para além disso conta que, passados alguns anos, teve uma desavença com um irmão, que o ameaçou de morte com uma arma de fogo, sendo que esta situação o deixou muito assustado e apreensivo e fez com que tivesse que ser que ser internado na Clínica Psiquiátrica dos H.U.C.. J. considera que este internamento também foi uma situação difícil porque, naquela altura (1986), pensava-se que quem ia para um hospital psiquiátrico era “*maluco*”, chegando mesmo a haver pessoas que lhe fizeram alguns comentários acerca disso, o que o deixou bastante incomodado. Por outro lado, afirma que esta situação com o irmão foi um episódio com o qual se sentiu muito envergonhado pois, na sua opinião, “*era uma coisa que nunca deveria acontecer entre dois irmãos*”: “*As pessoas lá na terra devem ter falado mal porque é uma vergonha...*”.

Desde então, o doente passou a ter frequentemente, e em várias ocasiões, a ideia de que algo de mal - como uma doença grave, uma ameaça de morte, etc. - poderia acontecer a qualquer momento, que a vida passa “*a correr*” e que qualquer dia “*já não estamos cá*”; talvez por isso, começou a preocupar-se mais com a sua segurança e da família, procurando estar sempre atento a qualquer “ameaça” que pusesse em causa essa mesma segurança, pois “*se eu não me preocupar com as coisas, elas poderão correr mal*”. Provavelmente, foi também desde a ocorrência dos referidos episódios, que J. começou a ficar mais vigilante àquilo que se passa no seu corpo, verificando constantemente a presença de eventuais sinais que lhe indiquem que “*algo não está bem*”. Por este motivo, o doente vive sempre muito apreensivo e preocupado, comportamento que justifica por considerar que “*convém estarmos*

atentos ao nosso corpo para que, ao mínimo sinal, possamos ir ao médico e detectar qualquer doença no seu início". Quando nasceram as suas filhas, J. diz ter sentido uma responsabilidade ainda maior e uma necessidade constante de proteger a sua família, procurando ter tudo "*sob controlo*" para que nada de mal lhes pudesse acontecer. Para além disso, este acontecimento reforçou também outro tipo de preocupações, nomeadamente com as questões financeiras e com a sua saúde, pois passou a sentir-se responsável pelo bem-estar e futuro das filhas, considerando que seria importante prevenir-se contra eventuais "*perigos*" que ponham isso em causa - e, se não estiver atento, algo de mal pode acontecer. Mais recentemente, houve outro acontecimento na vida de J. que pode ter contribuído para que a ansiedade relacionada com as preocupações se agravasse: a sua filha mais velha tentou suicidar-se, tendo que recorrer a ajuda psicológica. Isto pode tê-lo levado a pensar que, por mais atentos que estejamos, as desgraças podem ocorrer a qualquer momento, sem que tenhamos controlo sobre elas, pondo em causa a sua capacidade para lidar com as adversidades da vida e reforçando a ideia de que "*é horrível quando as coisas não correm como prevíamos*" - o que, por sua vez, o levou a pensar que deveria preocupar-se ainda mais com a sua família, originando um estado de tensão e vigilância permanente.

No que respeita aos seus receios de ser avaliado negativamente, apesar de J. dizer que nunca se sentiu muito à vontade perante desconhecidos ou pessoas com estatuto social superior ao seu, este aspecto ter-se-á tornado mais notório desde que foi trabalhar para uma escola, onde teve que começar a lidar mais directamente com pessoas que têm habilitações literárias superiores às suas - como professores e outros funcionários - , o que pode ter feito com que se sentisse "*inferior*" por ter poucos estudos, começando a monitorizar mais os seus comportamentos, de modo a não ser criticado, e tornando-se assim hipersensível à crítica.

Todo este conjunto de acontecimentos negativos ocorrido na vida do doente fez com que este adoptasse um estilo de pensamento dominado por temas de perigo - de natureza física, psicológica ou social. Deste modo, quando se confronta ou quando antecipa o confronto com uma determinada situação que considera "ameaçadora" - para si ou para a sua família - , J. incorre num processamento selectivo da informação, que o leva a reter e a recordar com mais facilidade os dados da experiência que são congruentes com os seus medos e preocupações, e que é mediado por distorções cognitivas como: Personalização - por vezes reage como se os acontecimentos negativos ocorridos a outra pessoa, como uma doença ou um acidente, fossem pessoalmente relevantes e indicadores de que lhe poderá acontecer o mesmo a si; Catastrofização - o doente tem tendência a antecipar as piores consequências possíveis perante uma situação de "incerteza"; Magnificação e Minimização - geralmente foca a sua atenção nos sinais de perigo ou ameaça, não prestando atenção a factores "neutros" ou

de segurança; Inferência Arbitrária - por exemplo, a percepção de uma sensação pouco usual no corpo é vista como um indicador de uma doença grave; Sobregeneralização - pelo facto de uma situação ter corrido menos bem, isso significa que pode voltar a ocorrer (Beck, 2007).

Assim, perante um “potencial” perigo, J. fica apreensivo e avalia automaticamente a sua capacidade para lidar com ele. No entanto, como geralmente antecipa sempre as piores consequências possíveis, não se sente com capacidades de “enfrentá-lo” eficazmente, ficando-se extremamente preocupado e ansioso. Por sua vez, esta ansiedade e preocupação intensa irão levá-lo a ficar hipervigilante a eventuais estímulos indicadores de perigo - internos ou externos - que, quando percebidos como estando presentes na situação, conduzirão a que o doente fixe a sua atenção nesses “sinais”, mesmo depois deles deixarem de existir, levando a uma intensificação dos sintomas cognitivos e somáticos e a uma consequente diminuição do seu desempenho e da sua capacidade de raciocínio e reflexão lógica o que, por sua vez, aumenta ainda mais a ansiedade e preocupação sentidas e gera mais cognições disfuncionais - reforçando as suas suposições disfuncionais. Como na maior parte das vezes que o doente utiliza esta estratégia, verifica que nenhuma catástrofe ocorreu, vai concluir que essa forma de lidar com o perigo - através da hipervigilância e preocupação - é relativamente eficaz, pelo que quando se confronta com perigos reais ou antecipados vai ter tendência a adoptar esse padrão de resposta que, não obstante, se torna disfuncional, na medida em que lhe provoca períodos frequentes de stress e ansiedade - associados às rumações - , o que contribui para a manutenção das suas dificuldades, já que não lhe permite desconfirmar os seus receios e a sua ideia de que não é capaz de lidar com as situações de uma forma mais eficiente. Outras vezes, quando se confronta com níveis muito intensos de ansiedade, J. tenta evitar ou “fugir” dos estímulos que considera ameaçadores. Não obstante, também esta estratégia, apesar de aparentemente eficaz porque reduz momentaneamente a ansiedade, se torna contraproducente, na medida em que não lhe permite alterar as suposições erróneas acerca da perigosidade das situações ou dos estímulos que receia, permanecendo inalterada a percepção de perigo perante essas mesmas situações. Para além disso, os evitamentos - quer comportamentais quer cognitivos - que o doente leva a cabo, impedem-no de obter experiências desconfirmatórias dos seus medos e preocupações, o que reforça e perpetua todo este ciclo vicioso, que tem início quando J. antecipa eventuais ameaças ou perigos nas situações (Beck, 2007).

Pelo que foi exposto, podemos depreender que há uma série de respostas cognitivas e comportamentais - nomeadamente, os enviesamentos no processamento das experiências, a hipervigilância, a atenção selectiva, a activação fisiológica, a ansiedade antecipatória, entre outros - que estão a contribuir para a exacerbação e perpetuação das dificuldades do doente, pelo que podemos considerá-los como possíveis factores de manutenção das mesmas.

PROTOCOLO TERAPÊUTICO

<p>Objectivo Geral 1: Estabelecimento de uma Relação Terapêutica Colaborativa, de forma a promover o envolvimento do doente na terapia.</p>	<p>Objectivos Específicos: 1.1 Esclarecer o doente acerca do modo como vai decorrer a terapia - objectivos gerais e procedimentos; 1.2. Realçar a importância da sua participação activa e da realização dos trabalhos de casa para o desenvolvimento eficaz do processo terapêutico.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitação incondicional do doente; ▪ Garantia do sigilo profissional; ▪ Explicação do funcionamento da Consulta Externa de Stress; ▪ Apresentação do Modelo de Intervenção Cognitivo-Comportamental (Beck, Emery & Greenberg, 1985). 	
<p>Objectivo Geral 2: Intervenção ao nível da Perturbação de Ansiedade Generalizada.</p>	<p>Objectivos Específicos: 2.1 Explicitação da interligação entre pensamentos, emoções e comportamentos (Beck, Emery & Greenberg, 1985); 2.2 Familiarização do doente com a noção de cognições ansiógenas e da sua relação com os sintomas de ansiedade; 2.3 Identificação de pensamentos automáticos negativos e formulação de pensamentos racionais alternativos; 2.4 Familiarização do doente com a resposta de ansiedade e correcção de crenças disfuncionais associadas; 2.5 Identificação das principais áreas de preocupação do doente; 2.6 Esclarecer o doente acerca do conceito de preocupação e meta-preocupação no contexto da P.A.G.; 2.7 Promover o controlo do doente sobre os componentes vegetativo e cognitivo da ansiedade.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racional dos P.A.N. e dos P.R.A.; ▪ Recurso a Registos de Auto-Monitorização; ▪ Racional da Fisiologia e Psicologia da Ansiedade (Craske & Barlow, 1993); ▪ Treino de Relaxamento para sete grupos musculares, com introdução da imagem de paz (Vaz Serra, 2000 e Gonçalves, 1990); ▪ Racional do Modelo Cognitivo-Comportamental da P.A.G. (Dugas, & Ladouceur, 1997); ▪ Exposição do doente às suas preocupações, com recurso à técnica da Flecha Descendente; ▪ Diálogo Sócrático (Beck, 1995). 	
<p>Objectivo Geral 3: Intervenção ao nível Hipocondria.</p>	<p>Objectivos Específicos: 3.1 Familiarização do doente com o Modelo Cognitivo-Comportamental da Hipocondria; 3.2 Elaboração do modelo idiossincrático do aparecimento e manutenção das dificuldades do doente, com o esclarecimento da relação entre as suas dores e a preocupação persistente acerca de ter uma doença grave ou poder morrer; 3.3 Clarificação do papel dos comportamentos de segurança do doente, nomeadamente da realização frequente de exames médicos, na manutenção dos problemas; 3.4 Esclarecer a influência do <i>auto-focus</i> e do processamento selectivo da informação para a manutenção dos problemas; 3.5 Promoção da descentração da atenção do doente sobre os sintomas e preocupações relacionadas com as suas dificuldades; 3.7 Análise das evidências contra e a favor da hipótese de uma causa orgânica para os sintomas, com a formulação de pontos de vista alternativos; 3.8 Incentivar o envolvimento em experiências comportamentais, com o objectivo de testar hipóteses alternativas para a explicação dos seus sintomas.</p>

<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racional do Modelo Cognitivo-Comportamental da Hipocondria (Warwick & Salkovskis, 2001); Racional dos Factores de Manutenção da Ansiedade sobre a Saúde (Warwick & Salkovskis, 2001); ▪ Racional dos Erros no Processamento de Informação (Beck, 1995); ▪ Análise de Registos de Auto-Monitorização; ▪ Fornecimento de material escrito com algumas informações acerca dos pensamentos automáticos negativos e de estratégias para os combater; ▪ Diálogo Socrático; Técnicas de Distracção Activa (Gouveia, 2000). 	
<p>Objectivo Geral 4: Intervenção ao nível da Ansiedade Social.</p>	<p>Objectivos Específicos:</p> <p>4.1 Familiarização do doente com o Modelo Cognitivo-Comportamental da Fobia Social;</p> <p>4.2 Construção do modelo idiossincrático das dificuldades interpessoais do doente;</p> <p>4.3 Identificação dos sintomas somáticos e cognitivos nas situações sociais temidas;</p> <p>4.4 Explicar ao doente a forma como o “auto-focus” e outros comportamentos por ele adoptados podem contribuir para a manutenção das suas dificuldades;</p> <p>4.5 Levar a uma mudança no foco da atenção da informação interoceptiva para estímulos externos;</p> <p>4.6 Modificação dos P.A.N. associados ao medo de uma possível avaliação negativa por parte dos outros, e promoção de P.R.A.;</p> <p>4.7 Modificação das suposições disfuncionais do doente (“<i>Eu sou inferior</i>”), através do seu envolvimento em experiências comportamentais que desconfirmem tais suposições.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racional do Modelo Cognitivo-Comportamental da Fobia Social (Clark & Wells, 1995 <i>in</i> Gouveia, 2000); ▪ Racional dos processos desencadeados pelo “auto-focus”; ▪ Debate dos P.A.N. associados ao medo específico da avaliação dos outros; ▪ Diálogo Socrático (Bek, 1995). 	
<p>Objectivo Geral 5: Promover a manutenção e generalização dos ganhos terapêuticos, com prevenção da recaída.</p>	<p>Objectivos Específicos:</p> <p>5.1 Balanço do processo terapêutico;</p> <p>5.2 Definição de objectivos a longo prazo;</p> <p>5.3 Manutenção da aplicação das estratégias aprendidas.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atribuição do sucesso alcançado ao esforço pessoal do doente; ▪ Avaliação de possíveis dificuldades que possam surgir após o final da terapia, identificando os obstáculos à manutenção dos ganhos obtidos; ▪ Reforço positivo e <i>Prompting</i>; ▪ Marcação de sessões de <i>follow-up</i>. 	

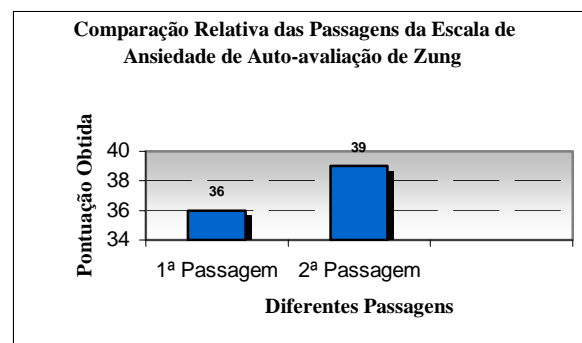
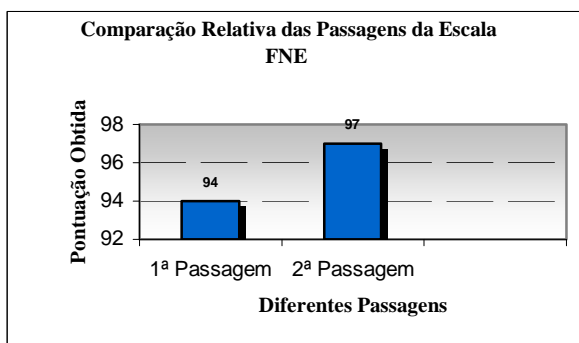
FEEDBACK DA INTERVENÇÃO REALIZADA

O processo terapêutico teve início no dia 6 de Março de 2003, contando no total com onze consultas. A periodicidade das sessões foi, desde o início, quinzenal, dada ser esta a disponibilidade que o doente considerou ser compatível com a sua vida profissional - pois a vinda às consultas implicava faltar um dia inteiro ao trabalho - e com a sua situação económica - visto que as deslocações semanais significariam um acréscimo nas suas despesas.

Em primeiro lugar, e tal como em qualquer processo terapêutico, o nosso objectivo centrou-se essencialmente em estabelecer uma relação terapêutica empática e colaborativa, o

que pensamos ter sido conseguido com relativa facilidade. Contudo, o doente nem sempre se mostrou motivado para colaborar na terapia, sobretudo por não acreditar plenamente na eficácia da mesma, demonstrando por vezes algum cepticismo em aceitar explicações “psíquicas” para os seus sintomas somáticos. Para além disso, manifestou também algumas dificuldades em facultar a informação que lhe era solicitada, quer por não perceber muito bem aquilo que lhe era questionado, quer porque “*não queria falar*” no assunto, acabando mesmo por entrar em algumas contradições. Como é evidente, estes aspectos constituíram-se desde logo como obstáculos ao avançar da terapia.

As primeiras consultas foram dedicadas à avaliação das áreas de dificuldade do doente, sendo mais uma vez de referir que este se mostrou sempre bastante relutante em relação ao facto de ser possível resolver alguns dos seus problemas nas consultas de psicoterapia pois, na sua opinião, essa resolução passaria por “*arranjar um bom médico para fazer todos os exames que fosse preciso*”. Dada a sua insistência nesse aspecto, pareceu-nos benéfico esclarecê-lo, por mais que uma vez, acerca dos objectivos e procedimentos da terapia, pelo que J., apesar de continuar a achar importante consultar um clínico competente, continuou na terapia, faltando raras vezes e chegando mesmo a reconhecer algumas melhorias ao longo do processo. Ainda no decorrer das sessões iniciais, e como forma de complementar quantitativamente as informações recolhidas, foi entregue um conjunto de escalas e questionários de auto-resposta ao doente, que referiu não ter tido qualquer dificuldade no seu preenchimento. No que diz respeito a estes instrumentos, foi feita uma segunda passagem de algumas das escalas, tendo sido obtido o seguinte padrão de resultados:



De notar que em ambas as escalas se verificou um ligeiro aumento nos resultados, de 94 para 97 pontos no primeiro caso, e de 36 para 39 pontos no segundo caso. Parece-nos que tal agravamento, embora não seja muito significativo, poderá estar relacionado com o facto de a intervenção relativa a alguns dos aspectos medidos por essas escalas se encontrar numa fase inicial, e também pelo facto de J. se tratar de um doente bastante resistente à mudança.

Seguidamente procurámos explicar ao doente, de forma simples, os pressupostos do modelo cognitivo-comportamental, recorrendo-se à sequência Situação → Pensamento →

Emoção → Comportamento, e à explicitação da noção de Pensamento Automático Negativo, que J. pareceu compreender. Seguidamente, e de forma a levar o doente a tomar consciência da forma como interpreta e reage perante determinadas situações, foi-lhe solicitado que efectuasse registos de auto-monitorização, aludindo-se à importância do “trabalho de casa” no processo terapêutico. Relativamente a estes, J. referiu ter sentido algumas dificuldades no seu preenchimento, pelo que se voltou a explicar a interligação que existe entre cognições, afectos e comportamentos, explicitando-se novamente o objectivo da realização deste tipo de registos. Procedeu-se também a uma explicação da influência dos erros ou distorções cognitivas no processamento de informação, tendo sido fornecida alguma informação escrita a esse respeito. De salientar que J. demonstrou bastantes dificuldades em compreender o significado de cada uma das distorções, pelo que tentámos recorrer a exemplos seus para facilitar essa compreensão. Assim, o doente conseguiu identificar alguns dos erros mais utilizados por si, entre os quais: Inferência Arbitrária; Leitura da Mente: por exemplo, quando imagina o que os outros pensam acerca de si; Magnificação/Minimização: por exemplo “*Até posso fazer bem o meu trabalho, mas tenho uma filha com muitos problemas*”; “Deverias”: “*Devia fazer isto assim ou assim*”; Rotular: por vezes acontece-lhe pensar “*Sou um falhado*”; Personalização: quando alguém faz comentários pensa frequentemente “*Isso é sobre mim*”.

Ao verificarmos que o doente se preocupava excessivamente com um sem-número de situações, constatámos que algumas das suas dificuldades poderiam estar relacionadas com uma Perturbação de Ansiedade Generalizada (P.A.G.). Neste sentido, pareceu-nos importante devolver ao doente algum *feedback* acerca deste diagnóstico, no sentido de percebermos, em conjunto, se tal faria sentido. Assim, foi-lhe devolvido o racional do modelo cognitivo-comportamental da P.A.G., com o qual J. se identificou, afirmando ser bastante característico daquilo que se passava consigo. Dado isto, julgámos pertinente esclarecer o doente acerca do conceito de preocupação e de meta-preocupação, explicitando os factores que podem estar envolvidos na manutenção deste segundo tipo de preocupação e os efeitos adversos que esta pode causar no seu funcionamento. Simultaneamente, debatemos com ele a importância de quebrar este ciclo vicioso, incentivando-o a realizar, ao invés de um evitamento cognitivo, estratégias de confronto com as suas preocupações, procurando encontrar perspectivas alternativas e mais objectivas a essas mesmas preocupações, de forma a ganhar um maior sentimento de controlo sobre as mesmas e lidar com elas de um modo mais eficaz.

Seguidamente, e de forma a trabalhar a componente vegetativa da ansiedade, foi dado a J. um racional da resposta de ansiedade, designadamente acerca da curva da ansiedade e dos seus quatro componentes: emocional, cognitivo, fisiológico e comportamental. Neste âmbito, é de salientar que J. demonstrou bastantes reservas em aceitar que os seus sintomas “*físicos*”

tivessem origem na ansiedade sentida, considerando sempre que seriam antes indicadores de uma doença grave. Assim, e uma vez que as interpretações catastróficas atribuídas pelo doente aos seus sintomas permaneciam, pareceu-nos de extrema importância não só fornecer material escrito acerca destes aspectos, como explicar mais vezes o racional da fisiologia e psicologia da ansiedade, debatendo simultaneamente a influência que processos como a hipervigilância e o “auto-focus” podem ter na intensificação dos sintomas e na manutenção dos seus problemas. J. foi gradualmente demonstrando algum *insight* quanto à informação que lhe era transmitida e, embora afirmasse que tal não fazia muito sentido para si porque o seu “*problema é físico*”, comprometeu-se a tentar pensar nisso quando lhe surgissem as “*dores*”. Contudo, para além de admitir que não lia os racionais sobre a ansiedade que lhe eram fornecidos, mostrava-se também muito reticente em aceitar e procurar explicações alternativas, sendo estes aspectos impeditivos das mudanças que se pretendiam implementar.

Ainda no que toca ao controlo sobre a componente vegetativa da ansiedade, procedeu-se à realização de um treino de relaxamento. Previamente, explicou-se em que consistiria o exercício, pedindo-se-lhe que tentasse imaginar e descrever uma imagem que lhe transmitisse calma e tranquilidade. J. descreveu a sua “imagem de paz” da seguinte forma: “*Quando sei que as minhas filhas já estão a dormir gosto de ir para uma mesa de pedra que tenho no jardim e olhar para as estrelas enquanto fumo um cigarro. É uma sensação de paz...*”. Um facto interessante verificado durante o relaxamento com este doente foi que, quando estava a tentar relaxar os músculos dos ombros e abdómen, verbalizou que, por estar a fazer “*tanta força*”, já lhe começava a doer o peito, indicando aquilo que se veio a confirmar no final, ou seja, apesar de dizer que gostou e que não sentiu dificuldades, J. referiu que não se conseguiu “*abstrair*” totalmente do meio envolvente, justificando isto não só porque estava com alguma pressa para ir embora, mas também porque estava a pensar na “*figura*” que estaria a fazer e naquilo que nós poderíamos estar a pensar dele. Não obstante, disponibilizou-se ao doente uma gravação áudio com as instruções do treino de relaxamento, para que continuasse a praticá-lo em casa, assim como material informativo acerca desta técnica, da sua importância e de algumas dificuldades que podem surgir ao executar o treino. O relaxamento parece ter surtido alguns efeitos positivos em J., tendo este mencionado que treinava várias vezes em casa, principalmente quando se sentia mais “*cansado*”, o que o levava a sentir-se “*melhor*”.

Com o decorrer da terapia, constatou-se que o doente apresentava alguns progressos: por diversas vezes, J. relatou que se sentia melhor e menos “*ansioso*” do que habitualmente - “*Tenho deixado correr as coisas!*” - , referindo mesmo que por vezes já conseguia lidar de uma forma um pouco mais funcional com as suas preocupações. Ou seja, apesar de continuar a ter pensamentos negativos, o doente considera que já não se preocupa nem se “*enerva*”

tanto com algumas situações, apresentando melhorias na sua maneira de “*ver as coisas*”, o que atribuiu não só ao facto de verificar que a sua filha estava melhor, mas também porque se sentia mais “*calmo*” quando pensava naquilo tem aprendido nestas sessões. Assim, e apesar de termos noção de que o facto de estar de férias pode ter contribuído para as melhorias sentidas, consideramos que estes ganhos seriam também uma consequência daquilo que era trabalhado em consulta, pelo que J. foi reforçado e incentivado a manter esse tipo de atitudes.

Contudo, e não obstante os progressos que consideramos significativos, J. continuou a afirmar que sempre que sentia qualquer “*dor*”, embora recorresse menos vezes ao médico, pensava imediatamente que podia ter uma doença, ou seja, apesar das suas preocupações noutras áreas estarem mais controladas, a preocupação com o facto de poder ter uma doença persistia. J. chegou a afirmar já estar “*bem*”, acrescentando que “*talvez não necessite de mais consultas*”, pelo que nos pareceu importante esclarecê-lo acerca do nosso papel enquanto terapeutas e alertá-lo para o facto de que, embora na nossa opinião fosse benéfico para ele continuar em seguimento, isso teria de fazer sentido para si, solicitando-se que reflectisse acerca do assunto e decidisse se pretendia ou não continuar com a psicoterapia. O doente acabou por reconhecer que beneficiaria em continuar nas consultas, uma vez as suas dificuldades poderiam ser melhor trabalhadas e os ganhos reforçados.

No que respeita às preocupações com a saúde, e dada a sua resistência, fomos constatando que elas estariam situadas para além do quadro da P.A.G., pertencendo antes a uma possível Hipocondria. Assim, e no sentido de descortinar essa hipótese, apresentamos ao doente um esquema dos factores de manutenção da ansiedade sobre a saúde, com o qual ele se identificou, referindo que “*é mesmo isso que se passa comigo*”. Desta forma, e com o objectivo de torná-lo mais consciente deste ciclo vicioso - que envolve, entre outros, o “*auto-focus*”, as interpretações catastróficas dos sintomas somáticos e a procura de tranquilização - , procedemos ao preenchimento do esquema em conjunto com o doente, tendo em conta uma situação que tivesse ocorrido recentemente na sua vida. Ao mesmo tempo, foi explicada ao doente a importância de monitorizar os seus pensamentos e comportamentos, de forma a “*romper*” com todo este círculo mal-adaptativo. Contudo, e embora tivesse dito que percebeu aquilo que lhe transmitimos, J. afirma que “*isto não é só chegar aqui e virar o botão*”, pelo que comentámos que ele teria que estar preparado para que as mudanças fossem graduais e para poder haver retrocessos, sendo que o importante era não desistir e lidar com esses aspectos, que são parte integrante de todo e qualquer processo de mudança. A este propósito, J. referiu várias vezes que raramente procurava encontrar pensamentos alternativos acerca da origem e consequências das dores, dizendo que quando as sentia, apenas conseguia focar a sua atenção e concentrar-se nelas. Neste sentido, e com o objectivo de levar o doente a

substituir os P.A.N por P.A.R., visto demonstrar algumas dificuldades em fazê-lo nas suas situações de vida, pareceu-nos proveitoso fornecer ao doente algum material escrito com um conjunto de questões que pensámos serem úteis para lidar com esses mesmos pensamentos.

Relativamente ao desconforto sentido em situações sociais, e de modo a perceber até que ponto tal é invalidante, pareceu-nos explicar ao doente o racional da ansiedade social. O mesmo foi facilmente compreendido por si, e considerado como retratando bastante bem aquilo que acontece consigo; procedemos então à construção do seu modelo idiossincrático. Ao mesmo tempo, foram debatidos com J. os factores que podem estar envolvidos na manutenção das suas dificuldades, nomeadamente, o processamento antecipatório, o “auto-focus”, os P.A.N. e os comportamentos de segurança que leva a cabo nas situações. Mais uma vez, pareceu-nos crucial explicar ao doente a importância de considerar os P.A.N. como meras hipóteses que têm que ser testadas na realidade, através de factos concretos, recordando também o facto das distorções cognitivas poderem influenciar a forma como interpreta as situações, sendo importante tentar identificá-las e corrigí-las, encontrando explicações alternativas e, sempre que necessário, adoptando atitudes de confronto com as situações que receia, pois só dessa forma conseguirá obter experiências desconfirmatórias. Foi ainda entregue material com estratégias que poderão ajudar a superar os pensamentos negativos.

Foi nessa fase mais centrada na reestruturação cognitiva que se encontrava o processo terapêutico, tendo o doente continuado em acompanhamento na Consulta de Stress.

COMENTÁRIO TEÓRICO: HIPOCONDRIA E ESPECTRO OBSESSIVO

“In recent years there has been increasing attention given to the concept of a family of nosologically disparate conditions posited to be related to obsessive-compulsive disorder, now commonly referred to as the obsessive-compulsive spectrum [...] with [...] significant commonalities.”

(Richter, Summerfeldt, Antony & Swinson, 2003, p. 119)

O presente comentário incide sobre um tema que não tem sido muito debatido, embora recentemente vários autores tenham expressado a sua posição acerca deste assunto, porém, de forma nem sempre consensual. Foi, portanto, uma escolha que assentou no grande interesse e curiosidade que este tema nos despertou, uma vez que tal relação parece encerrar algum fundamento, acarretando conseqüentemente bastantes implicações ao nível da compreensibilidade do quadro clínico, assim como da intervenção terapêutica. Outro dos motivos que nos levou a optar pelo tema foi o facto de considerarmos que o mesmo faz especial sentido no caso do doente. Para além das preocupações com o facto de vir a sofrer de

uma doença grave constituírem uma das principais dificuldades de J., o doente apresenta igualmente alguns comportamentos de verificação e um enorme sentido de responsabilidade, que julga fundamentais para evitar que algo de mal aconteça, atitudes que parecem traduzir a existência de certos traços de personalidade de carácter obsessivo. Assim, a exploração deste tema reverter-se-á ainda de maior pertinência, uma vez que parece caracterizar de forma bastante relevante, o modo de funcionamento de J..

Hipocondria – Definição e Características

Os principais sistemas classificativos actuais conceptualizam a hipocondria como uma categoria diagnóstica autónoma, incluída no grupo das Perturbações Somatoformes (Magariños, Zafar, Nissenon & Blanco, 2002). De acordo com Salkovskis (1989), a hipocondria ocorre quando o distúrbio predominante é a ansiedade acerca da saúde, como seja o medo de vir a ter ou a crença de que já se tem uma doença física grave. Neste sentido, a hipocondria é um diagnóstico que pode ser conceptualizado como a manifestação mais extrema de ansiedade persistente focada nas ameaças à saúde (Salkovskis & Warwick, 2001).

A característica fundamental da hipocondria consiste numa preocupação excessiva e/ou irrealista, relacionada com a convicção ou receio de sofrer de determinada doença grave (Torres, 2001). No caso de J., os seus principais receios diziam respeito ao facto de vir a sofrer de um problema de coração ou de estômago. Essa crença pessoal assenta habitualmente num conjunto de interpretações/significações distorcidas e catastróficas de certos sintomas físicos ou sensações corporais, não necessariamente perigosos, mas tomados como evidência de doença física (Deacon & Abramowitz, 2008; Macedo & Pocinho, 2000); tais sintomas são susceptíveis de exacerbar e sustentar no indivíduo uma atenção selectiva em torno do tipo de informação que esteja relacionada com a possibilidade de adoecer. J. relatava com frequência “*dores no peito*”, as quais eram interpretadas por si como indicadores de uma doença grave, o que o levava a examinar e focar constantemente a sua atenção nos sintomas indicadores dessa possibilidade. Este modo de funcionamento determina no sujeito, o enraizamento da convicção de estar gravemente doente, o que o leva a um elevado sofrimento psicológico, apesar de todas as provas médicas apresentadas em contrário (Magariños *et al*, 2002).

De facto, a avaliação que é feita a estes pacientes não evidencia a presença, nem mesmo quaisquer sintomas, de doenças físicas. Não obstante, as queixas referidas pelo paciente hipocondríaco podem incidir sobre qualquer órgão ou sistema do corpo, e os seus sintomas são habitualmente crónicos, flutuando ao longo do tempo tanto em intensidade quanto em forma, a ponto de se tornarem tão invalidantes que chegam a interferir com a vida familiar, social e profissional do doente - acabando, com o tempo, por se traduzir numa acentuada incapacidade funcional para trabalhar (Pocinho & Macedo, 1999). J. mencionou

que o seu problema acabava por interferir a nível familiar e social, uma vez que anda sempre preocupado e com “*um ar antipático*”, não conseguindo desfrutar da companhia da família e dos amigos, nem dos momentos de lazer.

Uma questão central na literatura sobre hipocondria é a relação deste quadro clínico com outros distúrbios (Deacon & Abramowitz, 2008). As preocupações hipocondríacas têm sido observadas num conjunto de diversas perturbações psiquiátricas, incluindo depressão, distúrbio de pânico, fobias simples, perturbação de ansiedade generalizada, distúrbio de somatização, psicoses, perturbações de personalidade e perturbação obsessivo-compulsiva (Macedo & Pocinho, 2000). De acordo com os mesmos autores, a ansiedade sobre o estado de saúde, enquanto reforço da preocupação e da sintomatologia hipocondríaca, funciona de modo análogo ao que se observa em certos problemas obsessivos. Segundo os autores, a atenção selectivamente processada, atrás referida, poderá estar estreitamente relacionada com uma vulnerabilidade cognitiva específica, gerada e mantida por processos internos - cognitivos, emocionais, afectivos - e externos - comportamentais - , levando a que a activação da ansiedade se prolongue no espaço e no tempo, à semelhança do que acontece com os pensamentos de responsabilidade excessiva imaginária e com os comportamentos de neutralização - rituais internos e externos - observáveis nos fenómenos de natureza obsessiva.

O Espectro Obsessivo

Tradicionalmente, as perturbações psiquiátricas são classificadas segundo uma abordagem de tipo categorial, que permitem ao clínico classificar prontamente os doentes. Embora as classificações categoriais possuam, tanto a nível da clínica como da investigação, a vantagem da simplicidade, têm igualmente algumas desvantagens (Macedo & Pocinho, 2000). De facto, os fenómenos do mundo real raramente se podem classificar em categorias que, na sua essência, pretendem ser completamente exaustivas, homogéneas e mutuamente exclusivas, verificando-se também que os fenómenos psiquiátricos, frequentemente, se distribuem num *continuum*. Neste sentido, os autores consideram que existem múltiplas razões, suficientemente válidas, para que se possa adoptar uma abordagem dimensional na classificação da psicopatologia, afirmando ainda que as classificações dimensionais permitem mais facilmente a classificação de doentes atípicos, nomeadamente daqueles que estejam nos limites das categorias clássicas. Além disso, tanto as classificações categoriais como as classificações dimensionais, não são mutuamente exclusivas, mas antes complementares, devendo-se, portanto, aproveitar o melhor de ambas (Pocinho & Macedo, 1999).

As obsessões e as compulsões representam a condição *sine qua non* da perturbação obsessivo-compulsiva (P.O.C.); no entanto, verifica-se que tanto os pensamentos obsessivos quanto os rituais compulsivos podem igualmente ser encontrados noutras perturbações

emocionais, dispersas por várias categorias e grupos psicopatológicos distintos entre si (Macedo & Pocinho, 2000). No caso da hipocondria, por exemplo, também se observam dúvidas sistemáticas acerca do significado patológico de certas sensações corporais normais e do estado de saúde, para além de se observarem, também, pensamentos recorrentes e de estilo intrusivo, fundamentalmente sobre a possibilidade imaginada de se ter ou contrair uma doença grave; geram-se ainda processos cognitivos, ligados sobretudo interpretações inadequadas indutoras de stress, a partir da impressão subjectiva de que os sinais e sintomas físicos serão percebidos como mais perigosos do que são na realidade (Pocinho & Macedo, 1999; Torres, 2001). Esta descrição corresponde claramente àquilo que se verifica com J., cujos pensamentos acerca de poder ter uma doença se sucedem a um ritmo constante, resultantes das suas interpretações catastróficas de sintomas corporais provavelmente associados a níveis altos de ansiedade; tais pensamentos originam conseqüentemente um estado permanente de stress, que eleva a ansiedade percebida e contribui para a manutenção dos seus receios.

Curiosamente, verifica-se igualmente que alguns dos distúrbios, embora distintos entre si, partilham algumas propriedades comuns, tais como perfil de sintomas clínicos, características associadas - idade de início, curso clínico, história familiar e comorbilidade - , presumível etiologia - transmissão genética/familiar, factores ambientais - , resposta selectiva a tratamentos farmacológicos e comportamentais (Hollander, Kwon, Stein *et al*, 1998). Estas características comuns sugerem a sobreposição entre a P.O.C. e um conjunto de outros distúrbios, classificados em diferentes grupos diagnósticos, como as Perturbações Somatoformes - perturbação dismórfica corporal e hipocondria, as Perturbações Dissociativas - despersonalização, as Perturbações do Comportamento Alimentar - anorexia e bulimia, as Perturbações do Controlo de Impulsos - jogo patológico, tricotilomania, cleptomania, compulsões sexuais, os Tiques - distúrbio de Gilles de la Tourette, os Distúrbios de Personalidade - *borderline* e anti-social, as Perturbações Delirantes - distúrbio delirante de tipo somático, e quadros neurológicos - coreia de Sydenham, epilepsia, autismo, doença de Parkinson (Richter, Summerfeldt, Antony & Swinson, 2003).

De facto, tem-se assistido a uma tendência crescente na literatura relativamente à classificação de uma variedade de quadros clínicos como pertencendo a um grupo de perturbações possivelmente relacionadas e passíveis de ser categorizadas num mesmo espectro (Crino, 1999), que seria caracterizado por pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos habitualmente associados à P.O.C. (Hollander *et al*, 1998). Assim, emergiu nos últimos anos a noção de Distúrbios do Espectro Obsessivo (D.E.O.) ou Distúrbios relacionados com o Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (D.R.D.O.C.) (Hollander, 1993; Hollander & Benzaquen, 1996; Simeon *et al*, 1994 *in* Pocinho & Macedo, 1999), a qual

poderá ter importantes implicações diagnósticas, etiológicas e terapêuticas (cf. Figura 11). Porém, não existem ainda provas que consubstanciem de forma definitiva a relação entre a P.O.C. e os D.E.O. (Macedo & Pocinho, 2000).

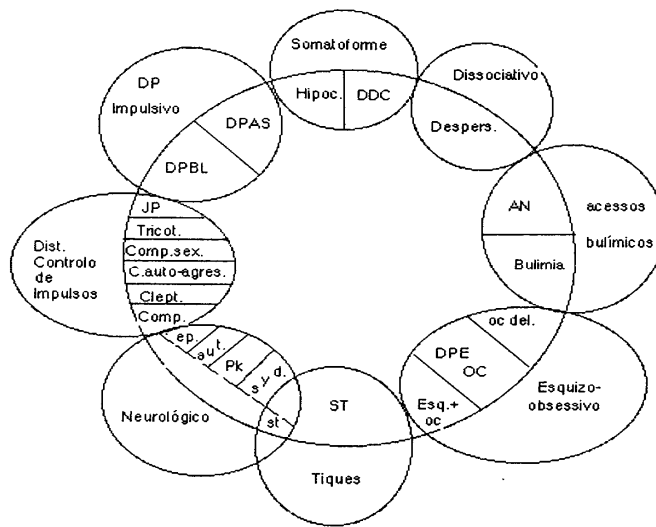


Figura 11: Espectro dos distúrbios relacionados com a P.O.C. (adaptado de Hollander, 1993 e Hollander & Benzaquen, 1996 in Pocinho & Macedo, 1999)

A P.O.C. caracteriza-se pela presença de obsessões/compulsões que causam marcado sofrimento subjectivo e interferência no normal funcionamento do indivíduo. Por sua vez, os distúrbios do espectro obsessivo são caracterizados por pensamentos obsessivos relacionados com cada perturbação, e/ou por comportamentos impulsivos e ritualísticos, específicos de cada entidade clínica (Macedo & Pocinho, 2000). A dificuldade em controlar comportamentos repetitivos e o sentimento subjectivo de compulsão constituem, então, os aspectos comuns mais significativos entre a P.O.C. e as outras perturbações do espectro, que podem ser consideradas como variantes de sintomas com a mesma génese (Richter *et al*, 2003). Ou seja, a P.O.C. apresenta características clínicas que se sobrepõem às de outras perturbações mentais, pelo que o diagnóstico diferencial pode ser, por vezes, complexo (Torres, 2001).

Segundo alguns autores, os D.E.O. podem ser conceptualizados em termos de três grupos/*clusters*, que apresentam sobreposições a três níveis, em termos da ênfase na aparência ou sintomas corporais, das perturbações do impulso e das perturbações neurológicas (Hollander *et al*, 1998). O primeiro grupo caracteriza-se pela existência de preocupações com a aparência ou sensações corporais e de comportamentos associados, que visam diminuir a ansiedade causada por estas preocupações. Incluem-se neste grupo a perturbação dismórfica corporal, o distúrbio de despersonalização, a hipocondria e as perturbações alimentares. O segundo grupo inclui os distúrbios de tipo impulsivo, tais como jogo patológico, compras compulsivas, compulsões sexuais, cleptomania, piromania, tricotilomania e comportamento

auto-agressivo. O terceiro grupo engloba distúrbios neurológicos com características compulsivas, como o autismo, a síndrome de Asperger, o distúrbio de Gilles de la Tourette, a coreia de Sydenham, a doença de Huntington e certos tipos de epilepsia. Contudo, embora esta conceptualização pareça sugestiva e interessante, no entender de Macedo & Pocinho (2000), uma expansão demasiado extensa e apressada deste conceito de espectro pode ser prejudicial e determinar até o descrédito do próprio conceito de espectro obsessivo, pelo que os autores defendem uma visão mais conservadora e restrita. Assim, apesar da existência do espectro obsessivo ser consensualmente aceite na literatura, as perturbações que nele se incluem não estão ainda totalmente clarificadas (Richter *et al*, 2003).

De acordo com Crino (1999), as semelhanças fenomenológicas habitualmente consideradas entre a P.O.C. e os D.E.O. podem ser alvo de várias críticas. O facto de os indivíduos com perturbações do espectro obsessivo responderem aos pensamentos, preocupações e impulsos com comportamentos - maladaptativos - particulares, não conduz necessariamente a uma relação com a P.O.C.. Assumir essa associação seria negar as diferenças que existem entre a P.O.C. e as outras perturbações ao nível da componente cognitiva dos sintomas, e das razões que determinam os comportamentos maladaptativos. Além disso, embora os comportamentos associados às perturbações do espectro obsessivo possam envolver algum tipo de compulsão, as diferenças são acentuadas, pois os comportamentos podem ser gratificantes - como nas perturbações do controlo de impulsos, podem ser a resposta a um impulso e não a uma obsessão - como na tricotilomania e síndrome de Gilles de la Tourette, podem seguir-se a uma sensação física - como na hipocondria, ou podem ser intencionais - como nas perturbações alimentares. Pelo contrário, na P.O.C., os rituais são realizados para prevenir o mal contra o próprio ou os outros, e/ou para reduzir a ansiedade associada à ameaça percebida resultante dos pensamentos obsessivos intrusivos. Crino (1999) conclui, então, que existem diferenças em termos do significado dos sintomas - pensamentos intrusivos e comportamentos compulsivos - entre os D.E.O. e a P.O.C..

Relativamente à etiologia dos D.E.O., pouco ainda se sabe, existindo provavelmente um conjunto heterogéneo de factores implicados. Não obstante, factores ambientais, tais como toxinas e agentes infecciosos, e factores genéticos, têm sido citados como estando envolvidos na etiologia destes quadros clínicos (Macedo & Pocinho, 2000). Em síntese, podemos dizer que esta concepção de espectro obsessivo-compulsivo pode ser de grande utilidade, designadamente na identificação e tratamento de um conjunto de perturbações (Hollander *et al*, 1998). Contudo, os autores referem que o conceito não é pacífico e tem gerado alguma polémica, nomeadamente devido a uma expansão excessiva do conceito, devendo, por isso, ser mantida uma abertura de espírito para investigar esta hipótese heurística.

O Lugar da Hipocondria no Espectro Obsessivo

Hollander (1993 *in* Fava & Mangelli, 2001) considera que a hipocondria é uma das perturbações do espectro obsessivo, sugestão que assenta nas semelhanças entre a P.O.C. e a hipocondria ao nível das características sintomáticas e da resposta selectiva a certos tipos de terapia cognitivo-comportamental e farmacoterapia.

Dentro dos distúrbios do espectro obsessivo, Hollander (1993 *in* Hollander *et al*, 1998; Pocinho & Macedo, 1999) viria a conceptualizar uma adaptação do conceito de *harm avoidance*, criado por Cloninger, denominando-o dimensão de estimativa do risco. Nesta dimensão, num dos extremos temos o comportamento de *aversão ao risco* - i.e., compulsivo, em que existe uma sobre-estimativa de riscos potenciais e eventuais desastres futuros; no extremo oposto, temos o comportamento de *procura do risco* - i.e., impulsivo, em que existe uma subestimativa dos riscos e/ou perigos potenciais (cf. Figura 12).

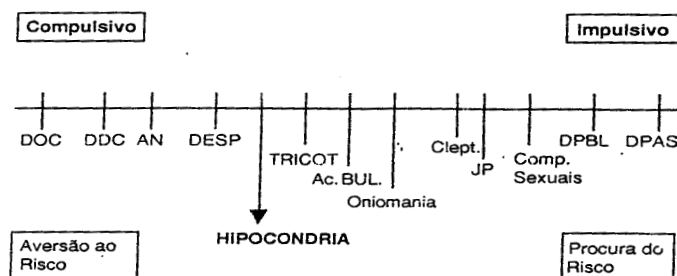


Figura 12: Aspectos dimensionais dos distúrbios do espectro obsessivo (*in* Pocinho & Macedo, 1999)

Uma outra dimensão proposta pelo mesmo autor, diz respeito à gama de manifestações que vão de um extremo *cognitivo* - i.e., encoberto/obsessivo, até um extremo *motórico* - i.e., aberto/ritualístico. Neste caso, as obsessões puras, a hipocondria, a despersonalização e o distúrbio dismórfico corporal, são primariamente caracterizados por preocupações de estilo obsessivo (cf. Figura 13).

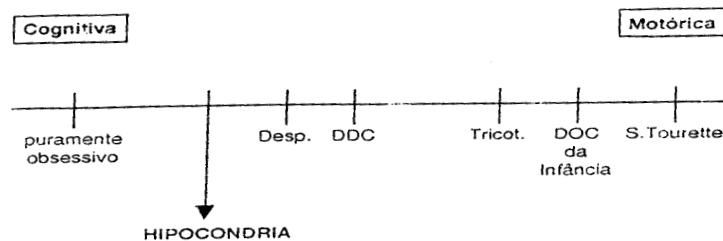


Figura 13: Dimensão cognitivo-motórica (adaptado de Hollander, 1993 e Hollander & Benzaquen, 1996 *in* Pocinho & Macedo, 1999)

Pocinho & Macedo (1999) consideram também uma terceira dimensão, em termos de *dúvida/incerteza*, que vai desde a dúvida de natureza obsessiva, tipicamente presente em perturbações emocionais próprias de um distúrbio obsessivo-compulsivo, até à certeza

patológica, característica de um distúrbio delirante de tipo somático. Nesta dimensão, a hipocondria pode virtualmente situar-se em qualquer ponto, sendo que no mesmo doente pode observar-se uma variação na sua localização, consoante a fase da sua doença (cf. Figura 14). De facto, a convicção de se ter uma doença grave pode sofrer flutuações em termos de intensidade; ou seja, em determinados períodos, o doente demonstra ter crítica relativamente ao carácter excessivo e/ou absurdo das suas preocupações ansiógenas com a sua saúde física, no entanto, noutras fases, essa mesma capacidade crítica desvanece-se com alguma facilidade.

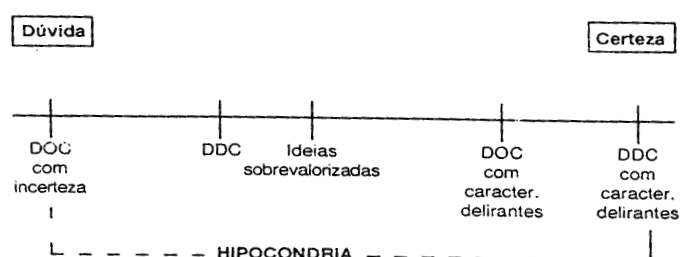


Figura 14: Dimensão dúvida-certeza (in Pocinho & Macedo, 1999)

Hipocondria e Perturbação Obsessivo-Compulsiva

As obsessões de contaminação dos pacientes com P.O.C. envolvem frequentemente o medo de contrair uma determinada doença, ou o chegar mesmo a acreditar que se pode estar doente. A este propósito, Macedo & Pocinho (2000), com base numa revisão de doentes com P.O.C., indicam que 28% tinham obsessões somáticas ou medo de ficar doentes. No que respeita à prevalência de hipocondria em pacientes com P.O.C., segundo os mesmos autores, o estudo de Barsky e cols. (1992) refere uma taxa de prevalência de 9,5%, e o estudo de Fallon e cols. (1991) aponta taxas bem mais elevadas, de 33,3%.

Segundo Fava & Mangelli (2001), os pacientes hipocondríacos apresentam frequentemente um funcionamento obsessivo relativamente aos seus pensamentos e receios acerca de ter uma doença. Neste sentido, os pensamentos sobre doenças dos hipocondríacos serão comparáveis às ideias obsessivas que se introduzem na consciência e conduzem a um aumento da ansiedade (Deacon & Abramowitz, 2008). Estes pacientes procuram reduzir a sua ansiedade através do reassuramento de que não estão doentes mas, tal como acontece com os rituais compulsivos, após algum tempo os níveis de ansiedade voltam a subir, o que requer novos reassuramentos (Warwick & Salkovskis, 1990 in Fava & Mangelli, 2001).

Na hipocondria, os indivíduos tendem a focalizar obsessivamente a sua atenção a quaisquer sinais de transformação na função corporal, analisando desconfiadamente todas as interpretações alternativas possíveis, desdramatizadoras, que lhes possam surgir no seu próprio campo de consciência, ou que eventualmente lhes possam ser fornecidas por outrem

(Pocinho & Macedo, 1999). No caso de J. foi especialmente notória a resistência do doente em conceptualizar explicações alternativas para os seus sintomas, demonstrando total descrédito - não totalmente ultrapassado - relativamente ao que era dito em consulta pelas terapêutas. Este processo tende a enraizar e a manter as suas preocupações obsessivas com o adoecer. Geram-se, portanto, pensamentos disfuncionais, em muito semelhantes aos de natureza obsessiva, em que estão presentes afectos negativos, regras igualmente rígidas e sistemas de crenças condicionais associadas. De seguida, os sujeitos ocupam a maior parte do tempo da sua vida numa procura compulsiva de cuidados de saúde e, sobretudo, de tranquilização. J. procurava frequentemente o médico de família e outros médicos, solicitando em todas as ocasiões a realização de exames no sentido de (des)confirmar os seus receios. Segundo a conceptualização dos mesmos autores, esses comportamentos compulsivos estão na origem das respostas emocionais características da sintomatologia hipocondríaca.

Um dos argumentos possíveis contra a hipótese de que a hipocondria e a P.O.C. possam ser distúrbios similares, embora existindo alguns denominadores comuns, é o facto de que enquanto os doentes com P.O.C. reconhecem a carácter absurdo ou sem sentido das suas obsessões, tal não tende a acontecer relativamente às crenças centrais dos doentes hipocondríacos (Pocinho & Macedo, 1999) - recorde-se, por exemplo, que J. nunca considerou que as suas preocupações em relação à saúde fossem exageradas ou sem sentido. Porém, esse argumento poderá ser considerado pouco consistente, uma vez que a crítica que os pacientes obsessivo-compulsivos detêm em relação aos seus produtos cognitivos - obsessões, rituais encobertos, etc. - é variável, colocando-se ao longo de um *continuum* de dúvida-certeza, como acontece nos pacientes hipocondríacos. Além disso, diversos doentes têm graus diferentes de convicção em relação às suas crenças de doença, e no mesmo doente essa convicção também é variável em diferentes fases da perturbação (Macedo & Pocinho, 2000). Neste sentido, será importante analisar as similitudes dos processos psicológicos que estão subjacentes aos sintomas cognitivos e comportamentais comuns a ambos os quadros clínicos, de modo a esclarecer a relação entre os mesmos (Deacon & Abramowitz, 2008).

Parecem existir, de facto, notáveis similaridades entre a organização cognitiva dos doentes hipocondríacos e obsessivos (Macedo & Pocinho, 1993 *in* Macedo & Pocinho, 2000). A este propósito, Crino (1999) menciona que as preocupações e os comportamentos de verificação e reassseguramento na hipocondria estarão relacionados com as obsessões e compulsões da P.O.C.. A interpretação por parte do doente de certas sensações corporais, como potencialmente perigosas e tradutoras da presença de uma doença grave, leva a que os pensamentos intrusivos normais - comuns na maioria das pessoas - possam transformar-se em verdadeiras obsessões. Isto significa que os pensamentos sobre *estar doente* adquirem uma

intrusividade e persistência que em nada diferem das obsessões da P.O.C., podendo até causar o mesmo sofrimento subjectivo, uma vez que a convicção de ser portador de uma doença mais ou menos grave é, em si própria, geradora de ansiedade. Em J. era notório esse estado permanente de ansiedade, que o doente não reconhecia como tal, classificando-o como um sinal de que, de facto, sofreria de algum problema de saúde. Noyes (2001) defende uma posição no mesmo sentido, ao afirmar que os pacientes com P.O.C., assim como aqueles com hipocondria, podem apresentar preocupações acerca da saúde e obsessões envolvendo receios de doenças ou contaminação. De acordo com Brown (1998 *in* Pocinho & Macedo, 1999), ao contrário, por exemplo, dos casos de fobia específica a uma determinada doença, em que se observa essencialmente um medo de contrair uma doença, tanto na P.O.C. como na hipocondria parece coexistir uma convicção de que se pode contrair, ou ter contraído, uma doença grave. Isto equivale a dizer que há alguma similitude entre os medos das doenças na hipocondria e as obsessões fóbicas de contaminação na P.O.C..

Por outro lado, os comportamentos hipocondríacos e os rituais compulsivos também apresentam similaridades (Barsky, 1992 *in* Noyes, 2001). À semelhança do que acontece na P.O.C., na qual a maior parte das vezes as compulsões têm essencialmente uma função redutora da ansiedade, na hipocondria ocorrem também verdadeiras compulsões que, da mesma forma, procuram atenuar o sofrimento psíquico causado pelas obsessões relacionadas com a doença. Os comportamentos hipocondríacos incluem a verificação do corpo, a auto-examinação, a procura de reassseguramento e a procura de cuidados médicos - em J. eram mais frequentes os dois últimos - que, tal como as compulsões, são orientados e irresistíveis, são excessivos e visam diminuir a ansiedade (Noyes, 2001); ou seja, servem a mesma função que os rituais na P.O.C. (Warwick & Salkovskis, 1994).

Assim, os comportamentos de auto-monitorização de carácter compulsivo-ritualístico, bem como as constantes visitas médicas e pedidos de exames complementares de diagnóstico, podem ser conceptualizados como verdadeiros rituais de verificação ou comportamentos de neutralização, que procuram uma desconfirmação - ou pelo contrário, confirmação - da sua doença imaginária (Macedo & Pocinho, 2000).

Os comportamentos adoptados pelos pacientes com hipocondria são reforçados por uma redução temporária da ansiedade, mas, como acontece nos pacientes com P.O.C., tal ocorre às custas de um aumento a longo prazo da ansiedade e preocupação (Salkovskis, 1989). Outras vezes acontece o mesmo que nas compulsões de verificação dos doentes com P.O.C., ou seja, não ocorre propriamente uma diminuição momentânea do desconforto que a pessoa sente, mas antes um aumento de ansiedade, sobretudo por persistir a dúvida sobre a competência do médico ou sobre a possibilidade deste lhe omitir informação vital (Pocinho &

Macedo, 1999). Esta descrição é bastante típica do comportamento de J., que frequentemente desvalorizava os resultados dos exames, por não confiar nas “*máquinas*”, porque o médico que o atendeu era muito novo e não tinha experiência, ou porque as informações não lhe eram transmitidas por um especialista e sim por um médico de clínica geral.

Porém, têm sido também realçadas algumas diferenças entre a P.O.C. e a hipocondria. Embora as preocupações na hipocondria produzam ansiedade e stress, não são geralmente alvo de resistência por parte dos pacientes. Além disso, a maioria dos hipocondríacos responde aos sinais e sensações físicas com pensamentos acerca de doenças, e não com pensamentos intrusivos indesejáveis (Crino, 1999). Na opinião de Brown (1998 *in* Pocinho & Macedo, 1999), existe alguma pertinência em se estudarem e compreenderem melhor as semelhanças fenomenológicas de ambas as entidades clínicas, uma vez que se trata de aprofundar o nosso conhecimento sobre a essência do “conteúdo “ e das “estruturas” subjacentes a estas duas formas de sintomatologia.

Implicações Terapêuticas

Dada a semelhança, que vem sendo referida, entre os indivíduos que sofrem de perturbações obsessivo-compulsivas e aqueles que revelam preocupações hipocondríacas, tem sido salientado que poderiam ser aplicadas, em ambos os casos, as mesmas metodologias terapêuticas, colocando-se a ênfase na modificação dos processos cognitivos responsáveis pela etiologia e manutenção do quadro clínico (Deacon & Abramowitz, 2008; Pocinho & Macedo, 1999). Neste sentido, alguns autores têm preconizado um modelo cognitivo de avaliação e tratamento da hipocondria, similar ao que Salkovskis (1988) propôs para a P.O.C., sendo que actualmente as metodologias terapêuticas adoptadas nos problemas hipocondríacos baseiam-se essencialmente no modelo cognitivo das perturbações emocionais, utilizando técnicas derivadas da terapia cognitiva para os transtornos mediados pela ansiedade (Magariños *et al*, 2002). Inicialmente, J. mostrou-se muito céptico e afirmou não lhe fazer muito sentido que os seus sintomas tivessem origem ansiosa, porém, naquela fase do processo terapêutico o doente estava menos resistente em aceitar o racional da fisiologia da ansiedade.

O principal objectivo da terapia na hipocondria tem consistido na diminuição dos níveis de sensibilização aos sinais de activação da ansiedade, dos comportamentos sistemáticos de monitorização dos sintomas ou sinais de doença, do recurso exacerbado aos cuidados médicos, e da busca de informação susceptível de confirmar o problema de saúde imaginário (Macedo & Pocinho, 1993; Pocinho & Macedo, 1999). À data, os principais ganhos no caso de J. situavam-se ao nível dos comportamentos constantes de auto-monitorização e da procura de tranquilização médica. De acordo com Warwick & Salkovskis (2001), o tratamento deve ser dirigido fundamentalmente às crenças do doente acerca de ter

ou poder vir a ter uma doença grave. Para a modificação destes aspectos utilizam-se métodos de reestruturação cognitiva em que possam ser discriminados os processos internos interactivos - pensamentos, imagens mentais e sentimentos - , identificando-se aqueles que se revelem inadequados e, portanto, indutores de sofrimento psicológico. O trabalho cognitivo com J. não foi fácil de levar a cabo, pelo facto de o doente demonstrar algumas dificuldades e limitações a esse nível; não obstante, dada a importância desta componente da terapia, procurámos obviamente encetar esse trabalho, embora a um ritmo mais lento do que sucede com outros doentes. Seguidamente, devem testar-se configurações cognitivas alternativas, possivelmente mais estáveis e funcionais, através de exercícios comportamentais e emocionais, ajudando o doente a adquirir informação que lhe permita escolher, de um modo sustentado, entre as alternativas possíveis - através da descoberta guiada (Salkovskis & Warwick, 2001). Do ponto de vista do comportamento observável, o doente é instigado a inibir, progressivamente, as suas buscas compulsivas de cuidados médicos, estratégia similar à prevenção de resposta, o que começava a ser conseguido no caso de J.. Em síntese, este conjunto de técnicas de intervenção permitem modificar comportamentos inadequados, ajudando o paciente a desenvolver aptidões de controlo e de confronto, a partir da criação de significações alternativas (Macedo & Pocinho, 1993).

Por último, interessa realçar a importância, enfatizada por Pocinho & Macedo (1999), de conhecer mais aprofundadamente o tipo de organização cognitiva específica de base, e de saber quais as semelhanças e diferenças que tipificam a patologia cognitiva na P.O.C. e na hipocondria. Desta forma, seria possível compreender a natureza e conteúdo da representação cognitiva destes quadros clínicos, assim como definir os métodos terapêuticos mais eficazes para modificar as representações cognitivas responsáveis pela sintomatologia observada.

COMENTÁRIO PESSOAL

O caso de J. foi talvez aquele que se revelou mais complicado em termos do estabelecimento da relação terapêutica, assim como em termos da avaliação e conceptualização dos problemas do doente. Foi, neste sentido, muito exigente do ponto de vista emocional, pois os níveis de frustração permaneceram, durante muito, tempo elevados.

Embora em todos os casos que acompanhámos, a dedicação, o esforço e o empenho fossem sempre encarados por nós como ingredientes essenciais do trabalho que procurámos levar a cabo no estágio, este caso clínico mereceu empenhamento redobrado, dadas as dificuldades que encontrámos para desenvolver o processo de acompanhamento de J.. De facto, torna-se bastante difícil conduzir um processo terapêutico quando o doente não reconhece as suas dificuldades e o respectivo grau de invalidação, não se mostra muito

motivado para encetar uma mudança que seria desejável e denota grande resistência em aceitar conceptualizações distintas da sua percepção pessoal acerca dos aspectos menos positivos do seu funcionamento. A quase totalidade das consultas realizadas com J. exigiram de nós muita persistência e trabalho para conseguirmos fazer passar para o doente a nossa perspectiva a respeito dos seus problemas, bem como a nossa forma de trabalhar e os objectivos que se pretendem atingir com um acompanhamento terapêutico deste tipo.

Recordamos que as dificuldades surgiram logo nas primeiras consultas, com o processo de estabelecimento da relação terapêutica e envolvimento do doente na terapia. Sendo a primeira vez que nos deparámos com tal dificuldade, dado que com os outros doentes foi relativamente fácil alcançar esse objectivo, os primeiros sentimentos foram de frustração, acompanhados de uma sensação de impotência que ainda não tínhamos experienciado. Com o decorrer das consultas, fomos começando a compreender as possíveis razões dessa situação. Pensamos que, para J., as terapeutas não lhe transmitiam muita credibilidade, por serem jovens - o doente referiu alguma vezes que médicos jovens não lhe inspiravam grande confiança - e por J. ter muito presente um modelo “médico” de consulta - sendo para si difícil compreender a necessidade de um acompanhamento semanal, que nunca veio a verificar-se, e o facto de não lhe ser prescrita medicação. Esta percepção tê-lo-á levado a não acreditar na possibilidade de um acompanhamento deste tipo lhe poder ser útil na resolução daquele que foi por si apontado como principal objectivo - saber se tinha ou não algum problema grave de saúde, o que se traduziu em baixos níveis de motivação e envolvimento. A pouco e pouco, fomos conseguindo alterar algumas das concepções de J. e, embora a situação já fosse substancialmente diferente nas últimas consultas, cremos que seria ainda necessário muito trabalho nesse domínio para se conseguir alcançar com sucesso as mudanças desejadas.

Outro aspecto deste acompanhamento que nos marcou bastante, igualmente pelo facto de não ter sido comum com os outros doentes, foi a grande dificuldade com que nos deparámos para estabelecer o diagnóstico de J., devido à desvalorização que durante muito tempo foi atribuída pelo doente às suas dificuldades, a que se acrescentava o facto de as mesmas se estenderem a várias áreas do seu funcionamento. Tal situação permitiu-nos reflectir sobre uma realidade que possivelmente encontraremos com grande frequência na prática clínica, que diz respeito ao facto de os doentes procurarem ajuda e virem à consulta, mas depois não conseguirem expor claramente os seus problemas, o que implica que a fase da avaliação seja mais longa, pormenorizada e rigorosa.

Embora não tenhamos acompanhado o caso até ao final do processo terapêutico, o mesmo constituiu uma excelente oportunidade de aprendizagem, pelas características particulares do doente, assim como pela complexidade da situação clínica.

CASO CLÍNICO 05

DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: C. M. R. S. M.

Idade: 30 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Habilitações Literárias: 12º ano

Profissão: Estudante do curso de E. de M.

Residência: S.

Agregado Familiar: Pais

MOTIVO DA CONSULTA

A doente foi enviada à Consulta de Stress pelo Dr. Horácio Firmino, psiquiatra a quem tinha recorrido há cerca de duas semanas, sendo referidas dificuldades relacionadas com “ansiedade aos exames e depressão”. Da sua medicação, prescrita pelo Dr. Horácio, constam os seguintes psicofármacos: *Xanax XP*, *Magnesona Plus* e *Efexor 75*.

DIFICULDADES ACTUAIS

C. compareceu na consulta acompanhada pela mãe. Apresentava um semblante carregado e triste, denotando um humor bastante deprimido. O tom de voz era baixo, e o discurso pausado e lento, embora coerente. Adoptou uma postura corporal normal ao longo de toda a consulta e uma atitude cooperante, mostrando também alguma facilidade em estabelecer contacto visual com os terapeutas, ainda que se mantivesse cabisbaixa em muitos outros momentos. Quando lhe foi perguntado se gostaria que a sua mãe entrasse, a doente respondeu negativamente, acrescentando: “*Ela já passa tempo demais comigo*”.

A principal área de dificuldades apontada pela doente diz respeito ao facto de “*estar deprimida*”, considerando que essa situação se vem agravando desde há cerca de um ano. Os sintomas apontados por C. são dificuldades em dormir, ansiedade, agitação interior, taquicardia, dificuldades de concentração e memória, perda de interesse e motivação, mesmo pelas coisas que antes lhe davam prazer, como ler e pintar: “*A maior parte do tempo não me apetece fazer nada, não tenho interesse por nada*”. Acrescenta ainda que sente muita insegurança em relação ao futuro, fica assustada e com medos, embora não saiba explicar porquê. Para além do período de depressão que atravessa, C. afirma sentir dificuldades em se concentrar, acrescentando que tem conseguido estudar, embora não mais de trinta minutos seguidos. Com o aproximar do fim do curso, C. refere que a ansiedade aumenta, considerando que isso se deve ao facto das cadeiras que lhe faltam serem as mais difíceis e exigirem muito tempo de estudo, assumindo o receio de não ser capaz de as fazer por estar tão em baixo. A doente diz achar que o início da depressão teve exactamente a ver com este receio.

A doente menciona igualmente que tem muita pressão por parte dos pais, o que a leva a sentir-se “*a mais*” em casa, pois não tem o seu espaço e não pode fazer o que costumava fazer há algum tempo atrás, por exemplo pintar num quarto usado como *atelier*. Considera que os seus problemas se agravaram depois de o irmão sair de casa, uma vez que os pais mudaram a sua atitude para consigo. Acrescenta que teve de deixar de pintar, pois sente que em casa não querem que tenha o material de pintura “*a ocupar espaço*”; não pode ver televisão quando quer, nem ouvir música à sua vontade, pois nessas alturas é sempre incomodada ou pela sua mãe ou pelo seu pai. Refere também que, ultimamente, a mãe anda a ser “*muito picuinhas*”, nomeadamente em relação à casa e à arrumação, comportamento que a doente explica como resultando de uma saturação por ela estar lá em casa: “*Implica com tudo porque se quer ver livre de mim*”. Por todas estas razões, C. diz que resolveu casar, em Março do próximo ano, altura em que deverá abandonar definitivamente a casa dos pais.

C. refere que começou a namorar com L. aos 25 anos e que, desde o início, vivem muito um para o outro, estando quase sempre juntos. Segundo a doente, o namorado é um grande apoio para si, afirmando que “*quando estou com ele, fico bem*”. Dá como exemplo, o facto de habitualmente ter muitas dificuldades para adormecer, embora o consiga fazer se L. estiver consigo: “*O L. faz-me sentir segura*”. Com a decisão do casamento, diz sentir-se mais motivada e “*até as coisas em casa parecem estar melhores*”, comentando que os momentos que ocupa a comprar as coisas para a sua casa nova são dos mais agradáveis que tem actualmente na sua vida. Na sua relação com o namorado, admite que nem sempre consegue demonstrar as suas emoções: “*Não demonstro que estou mal-disposta, mas também não demonstro que estou contente*”.

Quando questionada acerca de situações que afectem o seu estado de humor, a doente relata que andou muito triste durante as férias da Páscoa, pois as quezílias entre os pais eram bastante frequentes. C. diz que estes conflitos se devem ao facto de o pai querer “*tudo à maneira dele*”, e de não tolerar qualquer contradição ao seu ponto-de-vista: “*Só ele é que sabe, só ele é que pode fazer, eu e a minha mãe temos de nos calar a tudo*”. Nessa altura, conta que pediu ajuda ao irmão e foi ter com a mãe, que entretanto tinha saído de casa depois de ter discutido com o marido, tendo jantado em casa do namorado nos dias seguintes; a doente diz que aí o ambiente familiar é completamente diferente porque os pais do namorado são muito amigos um do outro. No seu entender, as coisas em sua casa não funcionam bem porque, na opinião do pai, “*o homem deve trabalhar e a mulher ficar em casa*”, sublinhando que o pai tem mais dez anos que a mãe e talvez por isso seja tão “*antiquado*”. Em casa, diz que o pai tenta exercer o seu poder sobre ela e a mãe, porque são mulheres, não sendo possível manterem uma conversa com ele, pois não aceita opiniões contrárias à sua,

acrescentando a este respeito que a mãe lhe omite muitas das discussões com o pai, no sentido de a proteger. Esta atitude da mãe deixa-a ainda mais preocupada, pois quando *“as coisas andam demasiado calmas”*, pensa logo que *“algo de mal deve estar prestes a rebentar”*.

Em relação aos problemas da sua vida, a doente diz que muitas vezes evita pensar no pior, procurando desviar o pensamento para outras coisas - por exemplo, tenta ignorar pensamentos que a deixam triste. Outras vezes, não consegue aceitar a sua tristeza e procura dormir, mesmo durante o dia. Ainda que tente distrair-se com alguma coisa para não pensar na situação dos seus pais, admite que *“nesta altura o divórcio seria um choque”*, pois não conseguiria lidar com mais esse problema na sua vida. C. conta que procura ultrapassar os obstáculos sozinha, contudo, também pede ajuda ao namorado. Porém, refere que quando tem problemas que não consegue resolver, e não pode recorrer a L., acaba por ir deitar-se na cama. Menciona que nem com a família mais próxima tem por hábito falar dos seus problemas ou do que a preocupa mas, apesar disso, diz que o irmão a conhece melhor do que os pais.

Segundo a doente, nem toda a gente lhe inspira confiança e considera muito difícil partilhar os seus problemas com as outras pessoas: *“Sou um baú fechado e nem toda a gente tem a chave”*; *“Não gosto de falar de mim, porque as pessoas podem abusar dessa confiança”*. Afirma que gosta de passar despercebida e que a sua vida passe despercebida, acrescentando que é do seu feitio não se abrir com as pessoas, pois se o fizesse iria sentir-se mal consigo própria, e tal atitude só lhe iria trazer o facto de poder desabafar o que, na sua opinião, *“não compensa”*. C. acredita que se as pessoas souberem da sua vida, fica *“despida”*, o que para si significa perder a sua privacidade e os alicerces da sua vida: *“As pessoas ficariam a saber demasiado e poderiam depois aproveitar-se disso”*. A doente conta que houve algumas raparigas da sua terra, a quererem estragar o seu namoro com L., o que veio reforçar mais a sua atitude de guardar tudo para si. Além disso, também considera que não tem que dizer nada a ninguém, mesmo que seja alguém próximo de si. Afirma que quando se abre *“um bocadinho”*, o *feedback* até é bom, mas não esquece que já foi traída quando confiou demais numa pessoa muito próxima, o que a fez passar a não falar de si com ninguém. C. não se considera tímida, embora diga que pensa muito nas coisas antes de as fazer. Os outros sempre lhe disseram que tem um ar triste mas, na sua opinião, o que acontece habitualmente é não expressar muito as suas emoções, nomeadamente a alegria: *“Posso estar com vontade de me rir, mas não demonstro; posso estar chateada, mas não demonstro”*. Afirma que apenas L. a faz rir, acrescentando que se sente muito bem ao pé de animais, porque a compreendem - é o caso da sua cadela - e das crianças, porque são muito sinceras.

A doente menciona que actualmente dorme pouco e, por vezes, mesmo com a medicação não consegue dormir. Afirma que em algumas noites acorda com taquicardia e

tremores, sentindo-se “agitada, ansiosa, com medo e assustada”: “Parece que tenho um balão no peito prestes a rebentar”. Quando isso acontece, C. começa a pensar se terá acontecido alguma coisa ao namorado ou aos pais, procurando depois “relaxar”; porém, “a taquicardia demora a passar”. A última vez que a doente se sentiu dessa forma foi uma noite em que se encontrava sozinha em casa, porque os pais tinham saído, tendo chegado a pensar que lhe podia “acontecer alguma coisa”. C. relata que nessas ocasiões costuma também pensar “no futuro” e “na insegurança” que se sente em relação a si mesma.

C. refere que, hoje em dia, sente muita necessidade de estar sozinha sem fazer nada, precisando de descansar mais que o costume. Diz que com a depressão perdeu a vontade de tudo: arrumou a pintura, o ponto de cruz e a renda, deixou de ler, de ouvir música e de dançar - actividade que gostava muito de fazer. Afirma também que já não pinta há cinco anos, desde que começou a namorar com L., mas considera que tal se deveu ao facto da sua mãe criticar constantemente a desarrumação e o mau cheiro das tintas no quarto que ela costumava usar para essa actividade. Actualmente, passa muito tempo na cama, porque sente que não tem energias para fazer nada. Acrescenta ainda sentir-se muito nervosa e agitada, admitindo que não consegue passar sem tomar o *Xanax*, caso contrário fica muito ansiosa e com tremores.

Os seus objectivos de vida passam por terminar o curso, arranjar um emprego, e ter a sua própria vida, na sua futura casa, com L.. Quando questionada acerca dos seus objectivos para a terapia, C. aponta os seguintes: (1) ser capaz de se concentrar nos estudos e de memorizar os conteúdos; (2) diminuir o seu estado de irritabilidade actual: “Sentir-me mais tranquila ao longo do dia”; (3) ser capaz de confiar mais nas pessoas, comentando que se conseguisse resolver os problemas que a trouxeram à Consulta, tudo ficaria bem na sua vida.

Escalas e Inventários de Auto-Resposta - Resultados

Questionário de Esquemas de Young – Os esquemas com pontuações mais significativas são: *Vulnerabilidade* – 4.73; *Isolamento Social* – 3.6; *Perfeccionismo* – 3.18; *Medo de perder o controlo* – 3.13; *Abandono* – 3; *Incapacidade* – 2.78; *Defeito* – 2.6; *Abuso* – 2.4.

YRAI-1 – C. obteve uma percentagem de 25% de respostas 5 e 6.

YCI-1 – A doente obteve uma percentagem de 27,1% de respostas 5 e 6.

Questionário de Estilos Parentais – Relativamente ao Pai, os esquemas com pontuação mais significativa são: *Punição* – 5.75; *Subjugação* – 5.5; *Privação Emocional* – 5.2; *Procura de Aprovação/Reconhecimento* – 5; *Vergonha* – 4.75; *Padrões Rígidos* – 4.71; *Dependência/Incompetência* – 4.33; *Negativismo/Vulnerabilidade ao Erro* – 4.25; *Inibição Emocional* – 3.4; *Eu Indiferenciado* – 3.25. No que respeita à Mãe, os esquemas mais pontuados são: *Subjugação* – 5; *Vulnerabilidade* – 4.75; *Punição* – 4.75; *Privação Emocional* – 4; *Defeito/*

Vergonha – 4; *Procura de Aprovação/Reconhecimento* – 3.75; *Inibição Emocional* – 3.6; *Padrões Rígidos* – 3.43; *Dependência/Incompetência* – 3.33; *Eu Indiferenciado* – 3.

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão – A doente obteve um total de 37 pontos, indicador de *Depressão Moderada*.

Inventário Clínico de Auto-conceito – A doente obteve um total de 61 pontos, valor abaixo da média e fora do intervalo de normalidade, o que é revelador de um auto-conceito pobre.

Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung – A doente obteve um resultado de 57 pontos na escala total, valor que corresponde a 71,25% da ansiedade medida por esta escala. Este resultado encontra-se acima da média para a população feminina, o que indica que, em determinadas situações, C. experiencia uma ansiedade desajustada quando comparada com os indivíduos pertencentes ao grupo normal.

INDEP – A doente obteve um total de 21 pontos, num máximo de 68 pontos.

FORMULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

De acordo com a informação recolhida, e tendo em conta os critérios do DSM-IV-TR (A.P.A., 2000), é proposto o diagnóstico de **Episódio Depressivo Major, Recorrente** (código 296.31), uma vez que ocorreram dois Episódios Depressivos Major, com intervalo superior a dois meses entre si, e com os seguintes sintomas: humor depressivo, diminuição clara do interesse e prazer em quase todas actividades, insónia inicial, inibição psicomotora, fadiga, sentimentos de desvalorização e diminuição da capacidade de concentração.

Encontram-se ao longo da história de desenvolvimento da doente, um conjunto de experiências, ocorridas principalmente no contexto familiar e durante a infância, que poderão ser hipotetizadas como subjacentes à formação de esquemas precoces mal-adaptativos específicos nos domínios da autonomia, da ligação afectiva e do valor pessoal. O pai da doente é lembrado por ela como um pai ausente, que nunca se mostrou disponível para acompanhar a infância dos filhos, mostrando-se muitas vezes frio e distante quando estava junto deles. Dado que o seu pai já tinha passado pela experiência de ter um filho, do casamento anterior, com problemas de toxicod dependência, mostrou-se desde sempre desanimado e pouco esperançoso em relação ao futuro de C. e do seu irmão, insultando-os e repreendendo-os frequentemente pelos seus erros e considerando-os “*do pior que podem existir*”. No início da adolescência, a doente descreve o seu pai como “*uma parede de betão*”, no sentido de elucidar quanto aos limites rígidos que este lhe impunha na sua vida, não lhe permitindo sair de casa à noite, nem para visitas de estudo ou outras actividades em que geralmente todos os seus colegas participavam, mesmo sem que a filha lhe desse motivo algum para aumentar a sua desconfiança e preocupação em relação ao comportamento dela.

Também por essa altura, a mãe começou a trabalhar fora de casa e a doente sentiu muito a sua falta por não conseguir encontrar ninguém próximo de si que a pudesse substituir, nomeadamente no apoio emocional e na orientação da sua vida diária, mal-estar que se traduziu no insucesso escolar desse ano. A doente recorda que as discussões eram bastante comuns no seu ambiente familiar, ainda que os pais desenvolvessem todos os esforços para os esconder dos filhos, frente aos quais não se sentiam à vontade para falar - este tipo de estratégia assume uma relevância particular quando são tidos em conta os factores de modelação, isto é, os padrões de inibição e controlo emocional empregues pelos pais são formas pouco funcionais de lidar emocional que a doente terá aprendido durante a infância.

Os factores predisponentes para o desenvolvimento das suas dificuldades actuais são traduzíveis em esquemas precoces mal-adaptativos nos domínios da autonomia, da ligação afectiva e do valor pessoal (Leahy, 2006). Em relação ao primeiro, o esquema de subjugação/falta de individuação comporta um conteúdo semelhante ao das seguintes crenças disfuncionais: *“Eu não posso funcionar sozinha”*, *“Os outros são dominadores e controlam o meu espaço”* e *“Os outros não reconhecem as minhas necessidades”*, em relação às quais a doente derivou a assunção de que se não der confiança aos outros, então pode ter mais autonomia na sua vida, adoptando a seguinte regra: *“Tenho de me manter fechada no meu espaço para que os outros não interfiram”*. O esquema de privação emocional, referente às incapacidades dos próximos significativos se constituírem como suportes efectivos das necessidades emocionais da criança, é traduzível em crenças como *“Eu sou diferente dos outros”* e *“É difícil os outros compreenderem as minhas necessidades”*. Em relação ao terceiro domínio, o esquema de incompetência/fracasso manifesta-se nas crenças de avaliação negativa que a doente aprendeu a fazer de si mesma: *“Eu sou uma incompetente e nunca vou fazer nada em ordem”* ou *“Por mais que tente, não consigo resolver os meus problemas”*.

A doente viveu toda a adolescência um pouco separada dos seus amigos e colegas, em consequência das restrições que o pai lhe colocava; quando tinha vinte anos, esses limites rígidos mantinham-se e o seu irmão encarregava-se várias vezes de prosseguir na invasão do espaço pessoal da doente, entrando várias vezes no seu quarto para encontrar coisas com que a pudesse chantagear, perseguindo-a por diversas vezes quando ela saía de casa sozinha. Quando numa noite a doente se atrasou um pouco na festa da sua terra, e o irmão comentou com o pai esse facto, C. foi insultada violentamente pelo pai, que inclusivamente ameaçou agredi-la fisicamente, o que a fez sentir-se desesperada por não conseguir fazer-se compreender, por não encontrar na mãe - que temia também ela o machismo e autoritarismo do marido - uma postura que a auxiliasse e por sentir que estava a sofrer por os outros terem demasiado controlo sobre a sua vida. Aos trinta anos, estando ainda em casa dos pais, de

forma a conseguir terminar o curso, a doente sente-se “*a mais*” naquele ambiente, assistindo a frequentes discussões entre os seus pais, as quais se deviam quase sempre ao facto de o pai desejar impor constantemente a sua vontade sobre os outros. Numa dessas discussões - a mais grave, pois mãe e filha chegaram a sair de casa para procurar ajuda junto de outros familiares - C. pensou que por mais que tentasse para compor os problemas da sua vida, nunca o iria conseguir, sentindo mais uma vez que não podia alcançar um espaço para si, no qual pudesse ver satisfeitas as suas necessidades emocionais, sem experienciar o controlo que o pai exercia sobre si. Este episódio terá levado à activação das estruturas mal-adaptativas anteriormente identificadas, precipitando o desenvolvimento do episódio depressivo major actual.

Na manutenção das dificuldades actuais da doente têm participado diversos factores, nomeadamente: as distorções cognitivas, os evitamentos, o abandono das actividades de mestria e prazer, e os ganhos secundários. As distorções cognitivas influenciam a construção da percepção que a doente faz da realidade, enviesando essa informação de forma a que ela coincida com o conteúdo dos esquemas precoces mal-adaptativos de autonomia, ligação afectiva e valor pessoal, impedindo a desconfirmação das crenças subjacentes e mantendo ou intensificando a sintomatologia depressiva (Beck, 2007). As distorções cognitivas mais frequentemente empregues por C. são: Leitura da Mente - “*Estão a fazer-me estas perguntas para tentar controlar a minha vida*”; Bola de Cristal - “*Isto vai ser sempre assim...a minha vida nunca vai melhorar*”; Raciocínio Emocional - “*Se me sinto tão desesperada, é porque a situação não é de facto solução*”; Personalização - “*Estão a discutir por minha causa*”.

As estratégias de evitamento adoptadas pela doente visavam num primeiro momento mantê-la afastada das situações que lhe poderiam induzir stress e mal-estar, não lhe permitindo, contudo, um confronto directo com as suas dificuldades, o que contribuiria para uma resolução mais efectiva das mesmas e uma desconfirmação da imagem que a doente faz de si enquanto incompetente, dos outros enquanto intrusivos e indisponíveis, e do futuro enquanto perpetuador da tristeza e desespero sentidos actualmente (Bucks & Dobson, 2000). Assim, as dimensões da conduta evitante englobam tanto os planos cognitivo e emocional - evitar pensar em coisas que a deixem triste, não pensar nos problemas actuais da sua vida - , como o plano comportamental - evita envolver-se em discussões para não sair magoada, evita a intimidade com quase todas as pessoas, pois não tem a certeza de que os seus direitos vão ser respeitados pelos outros, e não empreende um plano de resolução dos problemas da sua vida, pois antecipa a ineficácia dessas tentativas da sua parte.

À medida que foi construindo uma imagem de si como incompetente e sem possibilidade de interferir na mudança de curso que a sua vida estava a tomar, C. abandonou gradualmente todas actividades que gostava de fazer e que contribuía para o enriquecimento

do seu auto-conceito e das suas perspectivas de auto-eficácia, incorrendo num isolamento progressivo, propício à intensificação dos sintomas depressivos, uma vez que não eram proporcionadas experiências capazes de desconfirmar a contraproducência do processamento negativista e da conduta evitante sistematicamente adoptados pela doente.

Por último, é pertinente observar que enquanto C. adopta um estilo “miserabilista” ao reconhecer e lidar com os seus problemas, mantém as poucas pessoas em quem confia próximas de si e constantemente preocupadas com as dificuldades que ela possa sentir numa situação adversa; do mesmo modo, os pais procuram muitas vezes falar dos problemas às escondidas, reforçando a ideia de que a filha é incapaz de enfrentar as dificuldades familiares e mantendo-a provisoriamente afastada dessas situações. Estes comportamentos parecem estar a dificultar a aquisição de um sentido de autonomia da doente para funcionar por si só, em situações difíceis da sua vida; o afastamento da doente dos problemas que também lhe tocam, assim como a preocupação excessiva sobre a forma como ela lhes poderá responder, acabam apenas por camuflar as adversidades, que C. reconhece, perpetuando assim as expectativas de ineficácia quanto às suas tentativas de assumir o controlo sobre a sua própria vida.

PROTOCOLO TERAPÊUTICO

Procurou-se desenvolver, desde o início do acompanhamento, o sentido de autonomia de C., ao mesmo tempo que lhe era proporcionado um contexto de suporte emocional não intrusivo, sendo que a adopção de questões preferencialmente abertas e a escuta empática foram algumas das técnicas utilizadas visando o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança (Beck, 1995). Pretendeu-se que C. se sentisse encorajada a abordar os seus problemas de uma forma que não estava habituada a fazer noutras situações, de modo a que esta experiência fosse ela própria desconfirmatória de ciclos interpessoais mal-adaptativos - o recurso ao humor e à auto-revelação foi igualmente facilitador do alcance destes objectivos.

A doente mostrou-se cooperante com o trabalho clínico desenvolvido, mas permanecia reticente quanto às alterações que tanto a equipa terapêutica como ela viam como necessárias para a resolução das suas dificuldades - por exemplo, falar abertamente dos seus problemas e das suas emoções negativas. O enquadramento dessas dificuldades na linha de vida da doente, o uso de metáforas que definissem a importância da mudança, e o balanço crítico das estratégias de resolução de problemas empregues por C., fazendo uso do diálogo socrático, pretenderam alertar a doente para os factores de manutenção das suas dificuldades, bem como contrariar a sua ideia de que não é capaz de participar activamente na construção da sua vida.

O trabalho terapêutico ao nível das emoções prosseguiu ao longo do *continuum* da expressão e do lidar emocional, sendo adoptadas estratégias de validação e aceitação

emocional como ponto de partida para o manejo das situações que as desencadeavam. O treino de resolução de problemas (Gonçalves, 2000) funcionou como complemento ao lidar emocional referido, sendo C. confrontada com a funcionalidade desta nova forma de encarar as adversidades que surgem na vida, ao mesmo tempo que todas estas competências seriam implementadas por si nos contextos reais da sua vida, contribuindo para o enriquecimento das suas perspectivas de auto-eficácia e para o contrariar da visão que a doente fazia de si mesma.

Antes de se proceder a qualquer trabalho no âmbito da reestruturação cognitiva, era necessário que em primeiro lugar se levasse a doente a reconhecer os seus pensamentos e emoções negativas, evitando bloqueá-los. O trabalho terapêutico no sentido de contrariar a conduta evitante característica da doente procurou aproximá-la dos seus problemas, ao mesmo tempo que era encorajada a confrontar-se com eles - como exemplo, C. experimentou falar um pouco mais de si com a sua mãe e com alguns familiares mais próximos de forma a poder avaliar objectivamente as consequências desta nova forma de se comportar perante os outros. Através de esquematizações, do uso de algumas metáforas e do preenchimento de registos de auto-monitorização, a doente foi familiarizada com o modelo cognitivo-comportamental da depressão (Young, Beck & Weinberger, 1993) e ensinada a modificar o seu diálogo interno pautado pelo negativismo. Especificamente, pretendeu-se levar a doente a compreender as relações existentes entre a forma como percebe as situações e o modo como se sente e se comporta perante elas. Reconhecendo o conceito de «pensamento automático negativo» e de «distorção cognitiva», C. deixou de os aceitar incondicionalmente ou de os evitar, passando a reconhecê-los e a avaliá-los directamente. Por fim, a construção de pensamentos racionais alternativos pretendeu uma construção activa da realidade por parte da doente, permitindo-lhe conceber as situações adversas de uma forma mais realista e implementar estratégias que melhor se coadunem com os problemas em causa (Beck, 1995).

As dificuldades familiares da doente assumiam uma proeminência particular na etiologia e manutenção da sintomatologia depressiva, pelo que se procurou uma forma de reenquadramento dos conflitos familiares, sendo reconhecidos os recursos da sua família e reforçado o papel activo de C. no quadro das dinâmicas familiares. As competências de questionamento racional dos pensamentos automáticos negativos foram igualmente implementadas neste contexto, tendo em vista a flexibilização e adequação da resposta emocional da doente no ambiente familiar, a diferenciação de problemas internos e externos a si própria, a avaliação crítica do comportamento controlador que o pai exerce sobre si, e a identificação de modos alternativos de lidar com ele e de conseguir desenvolver a sua autonomia sem proceder a um autêntico *cut-off* emocional, que se poderia mostrar adverso no seu futuro. Ao invés de se isolar ou de responder de forma explosiva aos comentários da sua

família, a doente foi alertada para a inutilidade das estratégias comunicacionais que habitualmente empregava, sendo levada a reconhecer, através do diálogo socrático e do balanço crítico de vantagens e desvantagens, outros modos de se expressar que lhe permitissem dizer o que realmente pensa, ao mesmo tempo que se distanciava da eventual resposta adversa que pudesse receber - contrariando a personalização - , sem negar a sua parte de responsabilidade e actividade na manutenção ou modificação das transacções familiares.

O trabalho clínico nos contextos relacionais da doente contou ainda com a colaboração do seu namorado que esteve presente numa das consultas, no sentido de ele se poder constituir como um elemento facilitador da mudança que C. estava a introduzir na sua vida, tendo sido reconhecidas as áreas de bom funcionamento do casal, assim como identificados os seus recursos e competências interpessoais. Uma vez que o casamento entre os dois se realizava no ano seguinte, foram abordadas temáticas referentes à separação da família de origem e a outros contextos relacionais de cada um, pretendendo-se antecipar algumas dificuldades que pudessem surgir nesse momento das suas vidas. Através do diálogo socrático e do uso da metáfora, a doente foi levada a considerar as áreas do seu funcionamento actual - praticamente cingidas à relação de namoro - , tendo sido debatida a importância de um espaço individual no interior de qualquer relação íntima, aspecto reforçado pelo comportamento do seu namorado que, relacionando-se com muitas outras pessoas, continua a manter-se próximo de C.. O objectivo geral deste trabalho foi promover a funcionalidade da doente em diversas áreas da sua vida e, simultaneamente, conceptualizar a relação amorosa como um espaço de suporte emocional e não como “o único ponto de apoio” na sua vida.

O envolvimento da doente em actividades de mestria e de prazer procurou combater os efeitos nefastos de um dos principais factores de manutenção - a diminuição acentuada de fontes de reforço positivo. Pretendeu levar a doente a reconhecer aspectos positivos do seu auto-conceito, realçar a importância das actividades de mestria e de prazer no sentimento de bem-estar que se retira da vida, e reconhecer que o seu progressivo isolamento apenas a afasta dos objectivos que pretendia alcançar, ou seja, conseguir funcionar bem por si própria. O *prompting*, o reforço positivo e o encorajamento à mudança, assim como a confrontação com a ineficácia do comportamento habitual, foram algumas das estratégias empregues, de forma a que C. pudesse proporcionar a si mesma um conjunto de experiências que consolidassem uma nova imagem de si enquanto uma pessoa capaz, competente e activa (Barks & Dobson, 2000).

FEEDBACK DA INTERVENÇÃO REALIZADA

O processo terapêutico contou com um total de doze consultas de acompanhamento realizadas com periodicidade semanal, tendo sido conseguida uma diminuição substancial da

sintomatologia depressiva, motivo pelo qual o foco da atenção clínica se direccionava nessa fase para a abordagem dos aspectos mais personológicos e interpessoais, que foram pontualmente trabalhados, embora de forma não tão sistemática e aprofundada como se pretendia fazer nesta etapa do acompanhamento.

A doente comunicou a sua satisfação com o desenrolar da terapia, tendo-se constituído como uma mais-valia o tempo inicialmente dispensado à construção de um espaço de confiança no domínio interpessoal da relação terapêutica. C. mostrou-se interessada nos esforços da equipa terapêutica, colaborando activamente na procura de soluções para os seus problemas e procurando ultrapassar as persistências do estilo evitante previamente adoptado para enfrentar a sua vida. De início, surgiram algumas dificuldades na verbalização das suas dificuldades e na expressão emocional delas derivada, contudo, aquelas foram-se esbatendo progressivamente, conseguindo a doente falar sobre os temas que a incomodavam, ao mesmo tempo que reconhecia a preferência por esta estratégia, que implementou progressivamente nos seus contextos de vida, nomeadamente o familiar e da relação íntima.

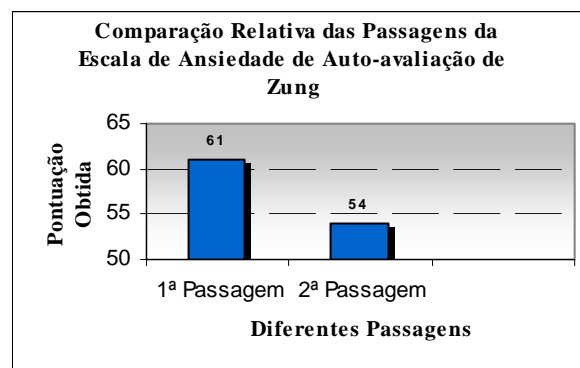
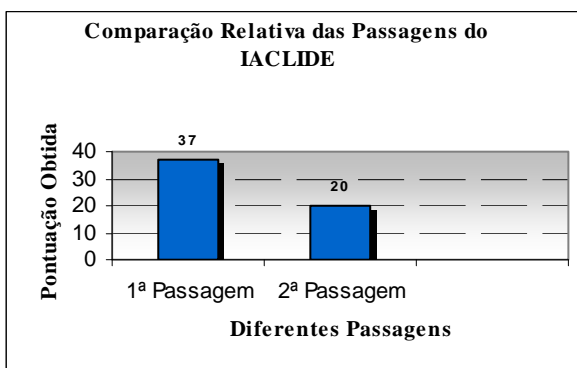
Os ganhos terapêuticos alcançados até essa altura foram significativos, ainda que a equipa terapêutica pretendesse prosseguir na sua generalização e manutenção. Assim, foi observável uma notória diminuição do humor deprimido - a avaliação inicial apontava para depressão moderada, enquanto a última apontou para um estado de disforia ou depressão leve - e da irritabilidade - principalmente no contexto familiar, no qual a doente passou a ponderar mais as suas respostas e a avaliar de forma mais precisa e racional as respostas dos outros; os conflitos familiares também diminuíram de frequência e intensidade. C. retomou algumas actividades que já tinha abandonado há bastante tempo - fazer ponto de cruz, cozinhar, passear sozinha - e conseguiu passar a reconhecer os seus problemas, compreendendo tal atitude como um sinal de força e não como uma fraqueza que anteriormente percepcionava.

No entanto, havia um percurso importante a percorrer numa segunda fase do processo terapêutico: a posição de desconfiança e afastamento em relação aos outros era ainda notória, encontrando a doente frequentes obstáculos para conseguir generalizar essas competências interpessoais a contextos de amizade ou outras relações sociais, prosseguindo-se o encorajamento da mudança terapêutica nesse sentido, nomeadamente através da revisão crítica dos esquemas precoces mal-adaptativos nos domínios da autonomia e da ligação afectiva. Até essa altura, alcançou-se uma forma de lidar mais funcional com o pai, mas aguardava-se a oportunidade de uma consulta com os pais de forma a que esses aspectos pudessem ser trabalhados de uma forma mais efectiva. A doente pareceu reconhecer a importância de funcionar autonomamente numa diversidade de contextos da sua vida, mas o casamento continuava a ser percepcionado - ainda que de forma notoriamente menos rígida -

como “escape” para todos os seus problemas, principalmente os familiares. Finalmente, ainda que se tenha conseguido regularizar o horário de estudo da doente e encorajá-la na realização dos poucos exames a que se tinha proposto para aquele ano lectivo, aguardava-se um novo confronto com essa situação em Setembro, altura em que seria possível uma avaliação mais adequada dos ganhos obtidos nesse âmbito, tendo a equipa terapêutica auxiliado muitas vezes a doente na inclusão do plano de estudo na sua vida, assim como na identificação de formas alternativas que permitissem conciliar esta área de funcionamento com a sua relação conjugal.

O pedido de tratamento expresso inicialmente pela doente poderia sintetizar-se assim: “ajudem-me mas não me mudem”, pelo que o trabalho desenvolvido pareceu ter sido importante no reconhecimento por C. da existência de um problema em termos do seu funcionamento emocional e na adopção de comportamentos que contrariam vigorosamente o padrão disfuncional anteriormente adoptado. Dada a relevância que as dificuldades interpessoais assumiam na compreensão deste caso clínico, a modificação esquemática parecia ser uma vertente determinante na orientação do trabalho terapêutico na segunda fase da terapia. A importância da relação terapêutica e a participação em experiências comportamentais desconfirmatórias, assim como a prevenção dos ciclos interpessoais disfuncionais parecem ter sido aspectos importantes para a obtenção dos ganhos terapêuticos alcançados até essa data. Futuramente, seria necessário um trabalho de flexibilização das estruturas precoces disfuncionais, que permitiria uma segurança maior na consolidação dos ganhos terapêuticos e na antecipação do risco de recaída, uma vez que a vivência de um episódio depressivo aumenta progressivamente a probabilidade da ocorrência de outro episódio subsequente. A doente mostrou-se satisfeita com o desenrolar do processo terapêutico e manifestou disponibilidade para prosseguir esse trabalho após as férias de Verão. Se tiver sido possível consolidar as mudanças no contexto familiar e modificar efectivamente o auto-esquema da doente e a forma como via incondicionalmente os outros, cremos que o risco de recaída terá notoriamente reduzido. C. continuou em acompanhamento na Consulta de Stress.

Os gráficos relativos às passagens das escalas de avaliação são indicados a seguir.



Quanto ao IACLIDE, registou-se uma diminuição significativa da primeira para a segunda passagem, uma vez que o resultado inicial de 37 pontos, indicador de depressão moderada, sofreu um decréscimo para 20 pontos, indicador de ausência de depressão.

Relativamente à escala de ansiedade de auto-avaliação de Zung, registou-se igualmente um decréscimo significativo da primeira para a segunda passagem, mais precisamente de 61 pontos para 54 pontos.

COMENTÁRIO TEÓRICO: VULNERABILIDADE COGNITIVA NA DEPRESSÃO

“From the cognitive perspective, the interpretation people give to their life experiences influences their vulnerability to depression.”

(Alloy, Abramson, Walshaw & Neeren, 2006, p. 728)

A escolha do presente comentário foi determinada pelo interesse pessoal acerca desta temática, assim como pela relevância que a mesma nos parece ter para esta doente em particular. De facto, ao longo do acompanhamento de C., a questão que de forma recorrente nos suscitava as maiores interrogações, e para a qual procurámos encontrar respostas, prendia-se exactamente com o padrão de funcionamento cognitivo e enviesamentos da informação que estariam associados ou predisporiam o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

O presente comentário incide, então, sobre a problemática dos factores que poderão contribuir para que determinado indivíduo apresente uma maior ou menor vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Apresentamos inicialmente uma breve introdução acerca das teorias explicativas dos fenómenos depressivos, desde os primeiros modelos mais comportamentais até aos actuais modelos cognitivos. Seguidamente, procedemos a uma análise da forma como as teorias cognitivas em geral, e alguns modelos em particular, conceptualizam a vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Depois, abordamos de modo particular os principais conceitos da teoria cognitiva da depressão elaborada por Beck e cols., por ser o modelo de maior relevância neste domínio. Por último, analisamos o conceito de vulnerabilidade cognitiva, designadamente a conceptualização que Beck apresenta do mesmo, no âmbito do quadro clínico da depressão.

Breve Introdução

Apesar da importância clínica da depressão, apenas nas últimas décadas do século passado se iniciou uma investigação sistemática sobre a influência dos aspectos psicológicos na vulnerabilidade, início e manutenção da depressão. No domínio comportamental, Skinner fez em 1953 a primeira tentativa de uma análise funcional da depressão, interpretando-a como um fenómeno de extinção, devido à interrupção de comportamentos mantidos por reforços

sociais positivos. Porém, a utilização de metodologias comportamentais no tratamento da depressão aconteceu somente cerca de uma década mais tarde, surgindo em 1962 o primeiro artigo referindo a utilização de métodos de dessensibilização sistemática no tratamento de uma situação depressiva (Gouveia, 1990). Por outro lado, Beck publicou em 1963 e 1964 dois importantes artigos sobre pensamento e depressão, que apresentam algumas das suas ideias fundamentais sobre a importância dos factores cognitivos nos fenómenos depressivos, e em 1967 formulou a sua teoria cognitiva da depressão. Como resultado da “revolução cognitivista”, assistiu-se na década de 1970, em várias áreas da psicologia, a uma viragem de uma perspectiva comportamental radical para uma perspectiva de mediação cognitiva. Deste modo, começa a acentuar-se a valorização dos factores cognitivos no tratamento das perturbações mediadas pela ansiedade, inicialmente e em particular da depressão, o que faz aumentar o interesse pela terapia cognitiva desenvolvida por Beck (Knapp & Beck, 2008).

Em 1979, Beck e cols. apresentam um modelo terapêutico altamente estruturado, que apresenta um equilíbrio entre a utilização de técnicas cognitivas e comportamentais; esta terapia cognitiva assentava na teoria cognitiva para a depressão anteriormente exposta por Beck. Neste modelo, a depressão é encarada como resultante da activação de esquemas depressogénicos por acontecimentos de vida negativos; uma vez activados, esses esquemas vão dar origem a erros no processamento de informação e conceptualizações negativas da experiência, que por sua vez originam uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro, responsável pelos outros fenómenos depressivos (Gouveia, 1990). Alguns anos antes, em 1975, Seligman propôs um modelo para a depressão baseado no paradigma laboratorial do *learned helplessness*, que apresentava alguns paralelismos com os fenómenos depressivos. De acordo com este modelo, a depressão resultaria da percepção pelo indivíduo da não contingência entre as suas respostas e as consequências. Abramson procedeu em 1978 a uma reformulação do modelo de Seligman, ao colocar maior ênfase nos aspectos cognitivos, acentuando que os indivíduos procuram explicações para aquilo que lhes acontece, sendo essas explicações influenciadas pelas atribuições causais utilizadas, as quais seriam um factor importante na etiologia e manutenção do quadro depressivo. Por sua vez, Rehm elaborou em 1977 um modelo de auto-controlo para a depressão, segundo o qual a depressão resultaria basicamente de problemas em diversas áreas do auto-controlo (Gouveia, 1990).

Os progressos alcançados por estas teorias no domínio cognitivo levaram a que a depressão passasse a ser vista como estando associada a determinados tipos de cognições: pensamentos de culpa, desespero, abandono, ausência de valor e morte. Estes pensamentos injustificados e indesejáveis estão na origem da maior parte do sofrimento associado aos quadros depressivos, impedindo igualmente os doentes de procurarem ajuda (Stotland, 2000).

Vários factores terão contribuído para o impacto e atracção que os modelos cognitivos exerceram sobre os investigadores e clínicos interessados na depressão (Gouveia, 1990). Salientam-se dois aspectos: (1) o primeiro está relacionado com a eficácia clínica demonstrada pela terapia cognitiva de Beck, pois a confirmação empírica de que a terapia cognitiva era eficaz no tratamento da depressão chamou a atenção para a importância clínica da abordagem cognitiva; (2) o segundo aspecto resulta do facto das teorias cognitivas para a depressão originarem previsões terapêuticas e etiológicas que são experimentalmente testáveis e, como tal, exerceram um forte estímulo sobre os investigadores (Hunt & Forand, 2005).

Modelos Cognitivos e Vulnerabilidade para a Depressão

A alta incidência da depressão na população geral e as elevadas taxas de recaída após o tratamento, justificam o interesse com que os investigadores procuram identificar os factores etiológicos da depressão (Moreira, Silva & Coelho, 2004). Neste sentido, um conjunto de estudos teóricos, clínicos e de investigação no domínio da depressão têm procurado determinar os possíveis factores que possam predispor alguns indivíduos a desenvolver um quadro do tipo depressivo. Factores biológicos, psicológicos e sociológicos parecem estar implicados no desenvolvimento da depressão, embora estas classes de factores predisponentes ou de vulnerabilidade não sejam necessariamente independentes, sendo que a maioria dos investigadores aceita o facto de a vulnerabilidade ser, muito provavelmente, multifactorial (Blackburn, 1996). Ainda a este propósito, Dobson (1999) refere que os factores de vulnerabilidade para a depressão podem ser divididos em factores distais, ou seja, mais distantes no tempo e habitualmente atribuídos a experiências precoces, e factores proximais, ou seja, mais próximos da altura do início da depressão e relacionados com experiências recentes. No caso de C., pensamos que os factores distais estarão relacionados com as suas vivências durante a infância e adolescência, caracterizadas por relações distantes entre os elementos da família, ausência de hábitos de diálogo, poucas manifestações de afecto por parte dos pais e primazia das punições sobre os reforços. Os factores proximais estarão relacionados com o aumento da pressão por parte dos pais no sentido de C. terminar o curso, assim como as constantes críticas ao seu comportamento e o controlo excessivo de tudo o que fazia, interpretados pela doente como sinal de que os pais queriam que ela saísse de casa.

Embora reconhecendo que na depressão poderão estar envolvidas uma larga heterogeneidade de causas que actuam em conjunto, os modelos cognitivos têm teorizado sobre a possibilidade da existência de uma vulnerabilidade de natureza especificamente cognitiva (Almiro & Lucas, 2007). Tal significa que os modelos cognitivos, além da descrição dos produtos, estruturas e processos cognitivos que caracterizam os episódios depressivos, desenvolveram também um segundo nível de conceptualização, relativo à análise das

estruturas cognitivas que constituem factores predisponentes ou de vulnerabilidade para a depressão (Clark & Beck, 1999). Blackburn (1996) salienta que as teorias cognitivas da depressão, com base nos seus estudos acerca da vulnerabilidade para a depressão, têm considerado determinadas atitudes básicas ou estilos cognitivos como sendo depressogénicos ou predisponentes de sintomatologia depressiva. Por outro lado, Alloy (2001) e Alloy, Abramson, Tashman *et al* (2001) mencionam que os modelos cognitivos enfatizam o papel de crenças maladaptativas, estilos inferenciais e enviesamentos no processamento de informação, como factores de vulnerabilidade para a depressão, aumentando o risco da pessoa desenvolver um quadro depressivo quando confrontada com acontecimentos de vida stressores.

Passemos agora a deter-nos em alguns desses modelos cognitivos.

De acordo com o modelo de Rehm, essa vulnerabilidade cognitiva teria a ver com a forma como o indivíduo auto-monitoriza, avalia e reforça o seu comportamento. Neste modelo, parece implícito que a tendência para auto-avaliações negativas, uma baixa frequência de auto-reforço e uma alta frequência de auto-punição, representariam factores de vulnerabilidade para a depressão (Gouveia, 1990). Em C. estão presentes, sobretudo, as auto-avaliações negativas e um baixo nível de auto-reforço.

O modelo reformulado do desespero aprendido de Abramson e cols. pretendeu analisar o papel que os padrões cognitivos estáveis no estilo atribucional poderiam desempenhar na predisposição para a depressão (Blackburn, 1996). Segundo os autores, o estilo atribucional representa um traço de personalidade estável que predisporia os indivíduos vulneráveis a sintomas depressivos (Persons & Miranda, 1992). Para este modelo, a vulnerabilidade cognitiva seria representada pela tendência para atribuir acontecimentos negativos a factores internos, globais e estáveis. Assim, um indivíduo que possua um estilo cognitivo deste tipo, como se verifica em C., quando confrontado com acontecimentos negativos, terá mais probabilidade de se deprimir do que um indivíduo que não possua este estilo atribucional. Seligman e colaboradores defendem uma posição semelhante, ao referirem que os sujeitos com tendência para atribuírem acontecimentos positivos a causas externas, instáveis e específicas terão também mais probabilidades de se deprimirem (Gouveia, 1990).

Por sua vez, Beck e cols. consideram a existência de um conjunto de atitudes latentes que poderiam ser activadas por determinadas situações ou acontecimentos, tornando-se assim hipervalentes (Hunt & Forand, 2005). Beck e cols. encaram a vulnerabilidade para a depressão como o resultado de um estilo cognitivo caracterizado pela utilização de regras inapropriadas ou demasiado rígidas para a definição da própria conduta, valor ou felicidade, sendo este o padrão cognitivo adoptado por C. na avaliação dos seus acontecimentos de vida. Assim, quando confrontado com acontecimentos negativos relevantes em relação a estas

atitudes, um indivíduo com cognições disfuncionais deste tipo terá mais probabilidades de se deprimir do que outro indivíduo que não possua este estilo cognitivo (Gouveia, 1990). Deste modo, a teoria cognitiva da depressão desenvolvida por Beck e cols. coloca a hipótese de a vulnerabilidade para a depressão ser devida aos efeitos de esquemas negativos estáveis no processamento de informação (McCabe, Gotlib & Martin, 2001).

A investigação empírica acerca dos factores de vulnerabilidade cognitiva na depressão tem incidido de modo particular sobre o modelo de Beck, dada a sua maior capacidade explicativa das diversas manifestações depressivas, as suas importantes implicações terapêuticas, e a sua maior consistência interna (Alloy, 2001). Segundo inúmeros autores, os estilos cognitivos negativos e os enviesamentos no processamento de informação aumentam, de facto, o risco de desenvolver depressão (Alloy, Abramson, Walshaw & Neeren, 2006).

O Modelo de Beck

Beck foi o primeiro autor a estabelecer uma teoria que pretende abordar as relações específicas entre cognições e afecto depressivo. Utilizando material recolhido durante a terapia dos seus doentes, Beck procurou estudar a natureza dos processos de pensamento nos deprimidos, focando especialmente a sua atenção no conteúdo dos pensamentos verbalizados que reflectiam conceptualizações distorcidas ou irrealísticas, nos processos envolvidos em desvios lógicos do pensamento e nas características formais da ideação que mostrava esse desvio, assim como na relação entre as distorções cognitivas e o afecto depressivo (Knapp & Beck, 2008). Neste sentido, Beck verificou que a ideação dos pacientes deprimidos se caracterizava pela predominância de temas de baixa auto-estima, auto-criticismo e auto-acusação, responsabilidades e problemas esmagadores, auto-instruções coercivas e desejos de escape, apresentando assim um conteúdo mais negativo do que nos indivíduos não deprimidos (Brown & Beck, 2002). No caso, de C. são claramente evidentes um baixo nível de auto-estima, uma permanente auto-crítica relativamente a todos os aspectos da sua vida, um grande sentido de responsabilidade por tudo o que acontece a si e aos que lhe são próximos, assim como uma tendência para a fuga ou evitamento do confronto com os problemas.

A par deste conteúdo temático, as cognições dos deprimidos reflectiam diversos graus de distorção da realidade, mostrando um “erro sistemático” contra si mesmo (Gouveia, 1990), assim como um enviesamento negativo no processamento de informação (Brown & Beck, 2002). Esta constatação levou Beck a encarar a depressão como sendo primariamente uma perturbação do pensamento mais do que uma perturbação do afecto, resultando da visão negativamente distorcida que o deprimido tem de si mesmo, das suas experiências e do futuro, postulando o mesmo autor que a resposta afectiva é determinada pela forma como o indivíduo estrutura a sua experiência. Os afectos depressivos típicos seriam, portanto, evocados pelas

conceptualizações errôneas do doente acerca de si mesmo e das suas experiências. Por exemplo, se o doente se percebe incorrectamente como inadequado, abandonado, inferior ou pecador, experienciará os correspondentes afectos de tristeza, solidão, humilhação e culpa.

Beck focou a sua atenção nas alterações cognitivas que influenciavam as manifestações afectivas, motivacionais, comportamentais e vegetativas do deprimido, elaborando assim a sua teoria cognitiva de depressão (Gouveia, 1990). Beck e cols. salientam que a teoria cognitiva da depressão procura explicar o desenvolvimento e manutenção da depressão através de três conceitos específicos: (1) tríade cognitiva, (2) esquemas, (3) erros no processamento da informação.

O conceito de tríade cognitiva refere-se à existência no conteúdo do pensamento do deprimido, de três padrões negativos relativamente espontâneos acerca de si mesmo, do mundo e do futuro, que manteriam o humor disfórico e o comportamento depressivo. Este tipo de cognições apareceria sob a forma de pensamentos automáticos e resultaria de distorções cognitivas originadas pela activação de esquemas depressogénicos associados a experiências prévias (Almiro & Lucas, 2007), levando o indivíduo a ver-se a si mesmo, ao mundo e ao futuro de uma forma negativa (Brown & Beck, 2002). No caso de C., a doente evidenciava uma percepção de si mesma como incapaz, sensível e fraca fisicamente, considerando ainda que as suas capacidades intelectuais já não seriam as mesmas de quando era mais nova; a sua visão do mundo era também negativa, pois as suas experiências eram vistas num sentido de depreciação, frustração, fracasso ou perda; a visão negativa do futuro assentava sobretudo nas antecipações de fracasso que fazia do seu desempenho profissional, embora o futuro do seu relacionamento com o namorado fosse antecipado de forma positiva. Assim, a teoria cognitiva para a depressão descreve através da tríade cognitiva o conteúdo das cognições dos deprimidos, caracterizando-as como distorções cognitivas da realidade.

O conceito de esquemas é utilizado pela teoria cognitiva para explicar a organização estrutural do pensamento depressivo. Os esquemas, enquanto factor de vulnerabilidade cognitiva, tornar-se-iam progressivamente mais preponderantes na modulação dos processos de pensamento à medida que a depressão aumenta de intensidade (Alloy *et al*, 2006). Estes esquemas idiossincráticos hiperactivos de conteúdo negativo, serão responsáveis pelas cognições negativas do deprimido acerca de si mesmo, do mundo e do futuro, e explicarão também as distorções e conceptualizações erradas que o deprimido faz das suas experiências, apesar de evidências contraditórias a essas interpretações (Gouveia, 1990). Neste sentido, os esquemas desempenham um papel importante no processamento de informação situacional, sendo definidos como estruturas cognitivas organizadoras relativamente estáveis que orientam o processamento da informação, e têm um papel determinante na forma como o indivíduo

conceptualiza e interpreta as suas experiências (Knapp & Beck, 2008). Segundo Beck, os esquemas idiossincráticos que estão hiperactivos na depressão consistem em atitudes ou conceitos negativos acerca do valor pessoal do indivíduo, das suas características, realizações e expectativas. Estes esquemas representam generalizações rígidas e absolutas que, quando activados por situações específicas - experiências negativas de alguma forma relacionadas com o conteúdo dos esquemas - , passam a desempenhar um papel progressivamente mais importante no processamento da informação (Almiro & Lucas, 2007). Assim, o pensamento do deprimido vai ficando saturado de ideias negativas, resultantes dos seus esquemas idiossincráticos, organizando-se à volta de temas de perda e fracasso irreversíveis (Brown & Beck, 2002). No caso de C., os esquemas mais nucleares no seu funcionamento cognitivo estão relacionados com dimensões de vulnerabilidade, abandono, incapacidade e defeito.

O conceito de erros cognitivos diz respeito à presença de distorções e conceptualizações erróneas da realidade no pensamento do deprimido, traduzindo a existência de erros no processamento da informação. Estes erros cognitivos, que resultam da predominância dos esquemas depressogénicos nesse processamento, são automáticos e involuntários, contribuindo para que o doente mantenha a convicção dos seus conceitos negativos, mesmo quando confrontados com dados contraditórios (Gouveia, 1990). Beck e cols. apontam seis erros lógicos, frequentes nos indivíduos deprimidos: inferência arbitrária, abstracção selectiva, sobregeneralização, magnificação e minimização, personalização, pensamento dicotómico (Gouveia, 1990). As distorções cognitivas mais frequentes na percepção que C. constrói da realidade são a personalização e a inferência arbitrária.

A teoria cognitiva da depressão aponta o conteúdo dos esquemas, sob a forma de atitudes, crenças e cogações maladaptativas acerca de si próprio, do mundo e do futuro, como estando associados a uma crescente vulnerabilidade para a depressão (Clark & Beck, 1999).

Conceito de Vulnerabilidade Cognitiva

De acordo com Shaw (1999), a vulnerabilidade cognitiva refere-se a um traço interno e estável do indivíduo, que o predispõe ao desenvolvimento de psicopatologia sob condições específicas, tais como a ocorrência de acontecimentos de vida stressores, que no caso de C. estiveram relacionados com o adiamento da conclusão do curso e respectivas consequências a nível familiar. Esse traço interno e estável é cognitivo, significando um extenso meta-constructo constituído por proposições estruturais mentais, operações e produtos relacionados com a percepção, o pensamento e a memória. A vulnerabilidade encerra, assim, a noção interactiva de uma característica estável em combinação com acontecimentos de vida ou outros estímulos ambientais. O mesmo autor salienta ainda que a vulnerabilidade pode não ser um constructo muito claro ou mesmo mensurável, mas é um conceito que nos ajuda a

compreender a razão porque algumas pessoas que vivem em condições de risco não desenvolvem uma depressão, enquanto outras acabam por apresentar esse quadro clínico.

Beck e cols. sugeriram que a existência de regras absolutas e rígidas acerca do valor pessoal, associadas a conteúdos cognitivos disfuncionais sobre temas de fracasso e perda, constituiriam um factor de vulnerabilidade cognitiva para a depressão (Knapp & Beck, 2008). Estas regras ou crenças, designadas por atitudes disfuncionais, reflectiriam as atitudes básicas que surgem durante a depressão e resultariam da activação de estruturas cognitivas - esquemas. A um outro nível encontram-se as cognições negativas relativamente espontâneas, designadas por pensamentos automáticos, que estão relacionadas com a avaliação negativa da experiência e resultariam da interacção entre esquemas hiperactivos e acontecimentos de vida. As atitudes disfuncionais representariam a vulnerabilidade cognitiva para a depressão e, quando activadas por acontecimentos de vida negativos, conduziriam às interpretações negativas da realidade, características do quadro depressivo (Hunt & Forand, 2005). Embora se apresentem hiperactivas durante o episódio depressivo, dada a sua natureza esquemática, as atitudes disfuncionais estarão também presentes durante o período assintomático, ainda que de forma latente (Franck, Raedt & Houwer, 2008). Já os pensamentos automáticos negativos fariam parte do quadro clínico da depressão, não sendo de esperar que estejam presentes durante a remissão ou na fase assintomática dos indivíduos vulneráveis (Gouveia, 1990).

Persons & Miranda (1992) afirmam, de acordo com a teoria cognitiva de Beck, que as atitudes disfuncionais terão subjacentes traços estáveis de personalidade, que estariam “latentes” em indivíduos vulneráveis. Quando os indivíduos experienciam um acontecimento de vida stressor que activa as suas crenças, os sintomas depressivos eclodem. Por exemplo, uma pessoa cuja crença nuclear seja “Não serei nada se a pessoa que amo não me amar”, estará vulnerável a uma depressão depois do fim de um relacionamento amoroso importante. Já uma pessoa que apresente uma crença nuclear do tipo “Se falhar no meu trabalho, serei um fracasso como pessoa”, estará vulnerável a uma depressão após uma falha no trabalho.

Tendo por objectivo uma sistematização dos conhecimentos produzidos neste domínio, Clark & Beck (1999) procederam a uma revisão do conceito de vulnerabilidade cognitiva ao longo do desenvolvimento da teoria de Beck. Os autores começam por afirmar que entre os anos de 1960 e 1970, a vulnerabilidade cognitiva para a depressão era vista em termos de conteúdos esquemáticos idiossincráticos, que ficam hiperactivos durante a depressão e acabam por dominar o sistema de processamento de informação, dando origem aos pensamentos automáticos negativos e aos enviesamentos cognitivos que caracterizam a depressão. A meio dos anos de 1980, a perspectiva cognitiva da vulnerabilidade para a depressão deslocou a sua ênfase nos esquemas idiossincráticos negativos para constelações de

personalidade mais gerais. Foram então introduzidos dois constructos de personalidade como possíveis factores de vulnerabilidade na depressão e em outras perturbações emocionais: os conceitos de sociotropia e autonomia (Knapp & Beck, 2008). A personalidade socialmente dependente caracterizada pela sociotropia atribui um elevado valor às relações interpessoais próximas, procurando o amor e a aprovação dos outros e evitando a rejeição. Por sua vez, a autonomia diz respeito a uma orientação da personalidade que atribui grande valor à independência, realização e mestria pessoais, assim como à liberdade de escolha (Almiro & Lucas, 2007). Parece-nos que em C. estará mais presente uma orientação da personalidade caracterizada pela autonomia. Como dimensões da personalidade, a sociotropia e a autonomia estarão presentes, até certo grau, em todas as pessoas, o que significa que as características de sociotropia e autonomia não se constituem, por elas próprias, factores predisponentes para a depressão. Apenas quando um precipitante stressor entra em conflito com um aspecto maladaptativo da personalidade com o qual é congruente - um fracasso para uma pessoa caracterizada pela autonomia, o fim de um relacionamento para uma pessoa caracterizada pela sociotropia - é que estaremos em presença de uma maior vulnerabilidade para a depressão (Frewen & Dozois, 2006). No caso de C., o fracasso em conseguir a conclusão do curso ter-se-á constituído como o factor de stress que entrou em confronto com as características maladaptativas de autonomia da sua personalidade, predispondo a doente a uma maior vulnerabilidade para a depressão, que culminou no desenvolvimento do episódio depressivo.

Consideramos ainda pertinente fazer referência a um outro aspecto da problemática da vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Dobson (1999) reconhece a importância do conceito de esquema e respectivas implicações, uma vez que os indivíduos desenvolvem, como resultado da sua experiência, uma vulnerabilidade latente que pode ser activada pela presença de acontecimentos ou experiências negativas. No entanto, considera igualmente que as cognições não devem ser analisadas fora do seu contexto, pelo que deverão ser tomados em conjunto os processos cognitivos e interpessoais. A este propósito, Alloy (2001) afirma que a exposição a contextos interpessoais negativos - por exemplo, práticas parentais inadequadas, existência de maus tratos ou *feedback* negativo por parte dos outros significativos - conduz ao desenvolvimento de uma vulnerabilidade cognitiva pessoal para a depressão. Conclui-se, então, que a natureza do contexto interpessoal no qual os indivíduos se desenvolvem, entre outros factores, tem uma importância central na emergência da (in)vulnerabilidade cognitiva para a depressão - o que também terá sucedido no caso de C., dado o seu ambiente familiar.

Beck (1991 *in* Clark & Beck, 1999) considera, porém, que a teoria cognitiva não sustenta que a depressão seja causada por cognições negativas, reconhecendo antes que a depressão é causada por uma combinação de factores biológicos, genéticos, familiares,

desenvolvimentais, sociais e de personalidade. O autor salienta, assim, que a activação de esquemas maladaptativos constitui o mecanismo central no desenvolvimento da depressão, quando outros factores predisponentes estão igualmente presentes.

Em jeito de conclusão, podemos apontar que a maioria dos investigadores considera os factores cognitivos como desempenhando um importante papel mediador na relação entre acontecimentos de vida e depressão, pelo que o significado que um indivíduo atribui a um dado acontecimento stressor irá determinar o seu impacto nesse indivíduo (Hammen, 1985 *in* Clark & Beck, 1999). A investigação neste domínio deverá, portanto, continuar a incidir na análise dos possíveis factores de vulnerabilidade cognitiva que poderão interagir com a ocorrência de acontecimentos de vida, no sentido de melhor explicar as diferenças individuais na susceptibilidade à depressão (Franck, Raedt & Houwer, 2008).

COMENTÁRIO PESSOAL

O caso clínico de C. foi, de todos os que acompanhámos, aquele que envolveu menor desgaste emocional, uma vez que o processo terapêutico decorreu com toda a normalidade, sendo pautado por um grande envolvimento por parte da doente, assim como por resultados terapêuticos bastante significativos. Embora C. não seja uma das doentes mais marcantes que tivemos no estágio, iremos com certeza recordá-la por ser um dos casos que exigiram maior flexibilização da parte dos terapeutas para conseguir fazer passar para a doente a ideia de que seria possível alcançar os objectivos por si ambicionados no processo terapêutico.

O acompanhamento desta doente foi de grande interesse e bastante enriquecedor, pois o quadro clínico de depressão apresenta características muito particulares, que exigiram trabalho de pesquisa e um grande empenhamento na condução do processo, no sentido de conseguir alcançar os resultados pretendidos. De facto, embora C. desejasse encetar mudanças no seu padrão de funcionamento, os pacientes com sintomatologia depressiva tem tendência para acreditar que essas mudanças não serão possíveis de atingir, atitude que se verificou em C.. Este constituiu o principal obstáculo ao bom desenrolar do processo terapêutico; porém, após as primeiras sessões que foram mais difíceis de conduzir, a doente foi gradualmente compreendendo e acreditando que poderia alcançar as mudanças ambicionadas. A partir daí, o caso passou a ser muito gratificante de acompanhar, pois foram bastante visíveis as diferenças no comportamento e postura de C., entre as primeiras e as últimas consultas realizadas.

O processo terapêutico deste caso clínico ter-se-á prolongado por um número indeterminado de sessões, pelo que esperamos que as mudanças iniciadas se tenham consolidado. Da mesma forma, consideramos igualmente que os conhecimentos e aprendizagens que o acompanhamento de C. nos possibilitou serão proveitosos para o futuro.

CASO CLÍNICO 06

DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: R.M.M.

Idade: 20 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Habilitações Literárias: 12º ano

Profissão: Estudante do 1º ano do curso de A.

Residência: C.

Agregado Familiar: Pais e irmão

MOTIVO DA CONSULTA

R. veio à Consulta de Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, encaminhada pelo Dr. Horácio Firmino, a quem recorreu, por iniciativa da sua mãe, há cerca de dois meses. A doente compareceu sozinha à consulta, referindo que se encontra medicada com *Prozac*, por prescrição do psiquiatra.

DIFICULDADES ACTUAIS

R. apresentou um discurso fluente e adequado, utilizando uma linguagem cuidada, mantendo, desde início, um contacto visual directo com as terapeutas e uma postura descontraída. A doente aponta como principal motivo para ter recorrido a acompanhamento, o seu desagrado relativamente à sua imagem corporal e as constantes preocupações com o peso e com a alimentação; faz igualmente referência ao seu elevado rigor e grau de exigência, considerando que “*sou demasiado exigente com tudo*”.

Relativamente à primeira área de dificuldade, R. afirma não gostar do seu corpo, especialmente “*do peito aos joelhos*”. Por tal motivo, conta que de manhã evita olhar-se ao espelho, uma vez que “*acho-me enorme... não gosto do que vejo*”. Acrescenta, ainda, o facto de todos os dias “*ser um tormento*” para se vestir, pois “*nada me fica bem... nada me favorece*”. Actualmente, R. pesa 68 kg e mede 1,65 (IMC = 24.98), afirmando que não tem um peso definido que gostasse de atingir: “*Gostava apenas de me sentir bem no meu corpo e de não ter pneus*”. R. está a tentar seguir uma dieta recomendada por uma nutricionista, mas revela-se insatisfeita com os resultados. Deste modo, tenta comer o “*menos possível*”, fazendo uma alimentação à base de fruta e iogurtes, uma vez que acredita que “*se pisar o risco um bocadinho*”, isto é, se fizer uma refeição normal - carne ou peixe, irá ganhar peso e, para além disso, considera que poderá “*exagerar, perder o controlo e comer demais*”, sendo que o seu grande medo é exactamente “*perder o controlo*”. Na opinião de R., comer para além do que estipula por refeição significa “*quebrar a dieta*”, já que, na sua opinião, “*comer só um bocadinho a mais pode levar a uma crise bulímica*”: “*Não posso pisar o risco porque*

sei que depois vou exagerar". Segundo a doente, há dias em que consegue ter controlo sobre o que come mas, noutras alturas, "*não me consigo controlar e empanturro-me com comida*". Ultimamente, tem tido uma crise bulímica num período de duas semanas. Relativamente ao último episódio bulímico, a doente diz não recordar o que despoletou tal situação mas, segundo refere, quando faz restrições alimentares ou quando anda sobrecarregada com trabalho e "*sob pressão*", existe maior probabilidade destes episódios ocorrerem. Segundo a doente, estes episódios ocorrem sempre em casa, têm uma duração de cerca de vinte minutos, afirmando ter a noção de que perde o controlo: "*Só paro quando me sinto empanturrada*". A forma como lida com eles depende do que irá fazer no dia seguinte: dado que acredita que o episódio de empanturramento conduz a um aumento significativo de peso, considera que se sair nesse dia ou no dia seguinte "*as pessoas vão reparar que engordei*", o que a faz sentir triste culpada, evitando sair de casa no dia a seguir ao episódio de ingestão compulsiva.

R. revela que está sempre preocupada com o que come, por isso, antes da refeição questiona-se repetidamente: "*Como ou não?*"; "*E se engordo?*"; "*E se me descontrolo e como demais?*". Reconhece, contudo, que quando está envolvida em alguma tarefa fica menos preocupada com este tipo questões. A doente refere que antes do Verão fica mais preocupada com a sua imagem e, conseqüentemente, com a dieta que faz. Assim, nessa altura passa a ter mais cuidados com a alimentação, faz mais restrições e, em consequência, "*ocorrem mais situações em que me descontrolo*", ou seja, os episódios bulímicos ocorrem em maior número. Não obstante, considera que as crises bulímicas têm vindo a diminuir de frequência. A doente menciona que quando tem um almoço ou jantar importantes, ou em ocasiões especiais "*em que é super importante estar bem*", tende a fazer mais restrições na alimentação - saltar refeições, não saciar completamente a fome - para que "*nesse dia me sinta bonita, segura*". Acrescenta que para se sentir bem consigo, tem de se olhar ao espelho e gostar do que vê, considerando que para isso tem de se privar de comer durante alguns dias.

Uma vez que as suas refeições são à base de fruta e iogurtes, a doente refere que, habitualmente, sente mais fome depois do lanche, a qual tenta controlar, por exemplo, bebendo água. Depois do jantar procura deitar-se cedo para não voltar a comer: "*Se acordar com fome não me levanto*". Para R. "*sentir fome é uma das sensações que mais aprecio*", uma vez que, na sua opinião, tal significa que não comeu demais. A doente revela que tem sempre o cuidado em ver qual a composição dos produtos alimentares: "*Vejo sempre o seu valor calórico*". Reconhece que a dieta é uma preocupação constante na sua vida e, por isso, "*se a dieta correr bem tudo corre bem, se a dieta corre mal tudo corre mal*".

No que diz respeito à segunda área de dificuldade, designadamente, o seu grau de exigência em relação a si e aos outros, a doente refere que é "*muito impaciente*" e reconhece

que por vezes coloca as suas expectativas num patamar muito elevado, afirmando que sempre sentiu necessidade de ter tudo organizado, e quando não consegue atingir as suas metas “*fico desiludida*”: “*Tenho medo de desiludir-me a mim e aos outros*”. Segundo a doente, sempre a viram como “*certinha*”, metódica, inteligente, “*a filha perfeita*” e, para si, não estar a esse nível é falhar. A este propósito, afirma que os seus pais sempre a viram como equilibrada e responsável, no entanto, actualmente dizem-lhe que ela precisa de ser mais flexível. Em relação aos outros, a doente afirma que a sua “*exigência*” reflecte-se mais ao nível das relações amorosas, acrescentando que “*a outra pessoa tem de ser divertida, inteligente e, acima de tudo, ser aceite pelos meus pais*”. A doente considera que para namorar com alguém, “*essa pessoa tem de pedalar muito*” para conquistar o seu interesse. Sobre essa situação, ocorrem-lhe habitualmente dois tipos de pensamentos: pensar que a outra pessoa não está à altura das suas expectativas ou o contrário, “*pensar que eu não estou à altura das expectativas da outra pessoa*”. Assim, afirma que é “*demasiado controlada*” nas expressões de afecto e nos comentários que faz, pois “*tenho receio de mostrar que sou oferecida*”.

A doente afirma que é, igualmente, exigente no plano académico. Quando tem trabalhos para entregar, conta que chega a passar dias sem dormir “*por causa do meu perfeccionismo*” e para entregar tudo dentro do prazo. R. revela que prefere abdicar de sair ou passar algum tempo com a família para se dedicar aos estudos, pois “*o curso é a minha prioridade*”. A doente refere também que dá muita importância aos pormenores e aos detalhes, referindo, a título de exemplo, que até com a arrumação do seu quarto é exigente, sendo que essa tarefa constitui “*um ritual*”, que realiza com “*um método*” próprio.

R. considera que as suas dificuldades têm interferido a vários níveis. Relativamente à sua família, refere que, neste momento, “*estou muito mais próxima, sinto necessidade de estar com eles e de lhes dizer que gosto deles*”, mas antes passava a maior parte do tempo no seu quarto, isolando-se do resto da família: “*Praticamente não convivía com os meus pais*”. As refeições não as fazia junto da família, preferindo comer sozinha no quarto, uma vez que “*era uma forma de não ter ninguém a controlar a minha refeição*”, atitude sempre respeitada pela família. Hoje em dia, acrescenta que as coisas mudaram, uma vez que sente necessidade do apoio dos pais, os quais têm demonstrado muita compreensão: “*Eles estão sempre a perguntar-me se estou bem, dão-me todo o apoio*”. A doente reconhece que os seus pais, especialmente a sua mãe, têm-na apoiado em continuar a seguir a dieta recomendada pela nutricionista: “*Ela compreende-me porque também se preocupa com o aspecto físico*”. Quanto ao seu irmão, afirma que a relação também melhorou e, neste momento, ele é um dos seus melhores amigos. A doente reconhece que a sua família sempre esteve atenta aos seus problemas e pronta para ajudar: “*Eu é que criava os obstáculos e os afastava*”.

R. menciona que, devido ao seu elevado grau de exigência relativamente ao desempenho académico, as relações afectivas têm ficado em segundo plano. A este propósito, a doente faz referência a F., com quem namorou recentemente, e cuja relação terminou. Na sua opinião, uma das razões que conduziu ao fim da relação foi o facto de sempre a ter colocado num plano secundário, mas reconhece que se sente confusa relativamente a essa decisão e ao que sente por F.. Acrescenta também que devido ao facto de não gostar do seu corpo, acabou por isolar-se dos amigos, referindo, por exemplo, que nunca foi à praia com os colegas ou com o ex-namorado, devido ao receio de expor o seu corpo. R. afirma que as suas dificuldades em lidar com a imagem corporal tiveram início quando aos treze anos decidiu seguir uma dieta vegetariana, a fim de perder peso. Considera que a dieta passou a ser uma prioridade na sua vida porque, acima de tudo, “*ainda não aprendi a gostar de mim e a lidar com o meu corpo*”. Relativamente ao seu padrão de exigência, refere que sempre foi assim, “*muito organizada*” e “*perfeccionista*”, embora considere que neste momento está a interferir com as suas relações amorosas: “*Não consigo ser equilibrada e conciliar as duas coisas*”.

Quando questionada acerca dos seus objectivos de vida, R. afirma que não se imagina dentro de um *atelier* a fazer projectos, afirmando que gosta muito de estilismo, de decoração e de relações públicas. Como principais objectivos para a terapia, a doente refere que gostaria de se “*sentir bem com o corpo que tem e de não ter pneus*” mas, acima de tudo gostaria que a dieta deixasse de ser uma preocupação do dia-a-dia e “*não regesse a minha vida*”. R. afirma que ter o corpo que quer, facilitaria muito as coisas, mas existem outros problemas que a preocupam. Entre estes nomeou: o curso e o facto de os seus colegas já estarem no terceiro ano dos seus cursos, enquanto ela está ainda no primeiro - por entrado dois anos mais tarde; a questão de “*pensar demasiado nas coisas*” - “*não dou um passo em falso*”. No entanto, reconhece que o seu principal problema prende-se com a questão da dieta e, portanto, os restantes problemas são secundários. Quanto aos objectivos para a terapia, R. afirma estar motivada para se esforçar, acreditando que é possível atingi-los.

Escalas e Inventários de Auto-Resposta - Resultados

SCL-90-E – A doente obteve um total de 121 pontos, pontuando as diferentes dimensões da seguinte forma: *Culpa* – 4; *Depressão* – 2.2; *Apetite* – 2; *Sono* – 2; *Obsessão* – 1.9; *Ansiedade* – 1; *Paranóia* – 1; *Somatização* – 0.92; *Psicose* – 0.9; *Hostilidade* – 0.8; *Fobia* – 0.6; *Morte* – 0. Relativamente aos índices globais, as pontuações foram: *Total de Sintomas Positivos* – 62; *Índice de Sintomas Positivos* – 1.93; *Índice Geral de Sintomas* – 1.33.

Inventário Clínico de Auto-conceito – A doente obteve um total de 75 pontos, valor que se encontra dentro do intervalo normativo.

Inventário Clínico de Auto-conceito Físico – R. pontuou os seguintes itens com os quais “concorda muito” ou “concorda muitíssimo”: “*Costumo ter grandes oscilações de apetite*”; “*Gosto de tipo de cabelo que tenho*”; “*Aborreço-me ter uma barriga grande*”; “*Costumo ter demasiado apetite*”; “*Sempre tive muito cuidado com aquilo que como*”.

Questionário de Esquemas de Young – Os esquemas mais pontuados foram: *Padrões Elevados de Realização* – 3.64; *Abuso* – 2.83; *Defeito* – 2.8.

Questionário de Estilos Parentais – Os estilos mais significativos foram: *Privação Emocional* – Mãe e Pai: 5.8; *Vulnerabilidade* – Mãe: 3.25; Pai: 4.25; *Auto-Sacrifício* – Mãe: 3; Pai: 3; *Eu Indiferenciado* – Mãe: 3.25; Pai: 3.25; *Inibição Emocional* – Mãe: 2.6; Pai: 3.8.

SAD – A doente obteve um total de 70 pontos, valor abaixo do intervalo de normalidade.

Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung – A doente obteve uma pontuação total de 41 pontos, dentro do intervalo normal. As pontuações obtidas nos componentes de ansiedade encontram-se igualmente dentro do intervalo normal, à excepção da componente motora, que se encontra acima do intervalo normativo.

FORMULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

De acordo com a análise da informação recolhida e segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (A.P.A., 2000), podemos afirmar que estamos na presença de uma **Perturbação do Comportamento Alimentar, sem outra Especificação** (código 307.50) e **Traços de Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade** (código 301.4).

O primeiro diagnóstico parece-nos apropriado, na medida em que a doente apresenta episódios de ingestão compulsiva, que neste momento ocorrem, em média, duas vezes por mês, referindo igualmente uma sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante estes episódios e, como forma de impedir o ganho ponderal de peso, o recurso a diuréticos.

Consideramos que R. apresenta também traços da Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade porque é patente um padrão global de cuidados, perfeccionismo e controlo mental e interpessoal, que se apresenta nos seguintes contextos: (a) Devoção excessiva ao trabalho e à produtividade, até à exclusão dos amigos e actividades de lazer - a doente afirma abdicar de sair ou passear com amigos ou com a família a fim de se dedicar aos estudos, pois “*o meu curso é a minha prioridade*”; (b) Incapacidade para se libertar de objectos inúteis, mesmo que isentos de valor sentimental - é disso exemplo, o seu quarto que contém inúmeros objectos, entretanto adaptados para outros fins, especialmente por R. não conseguir desfazer-se deles; (c) Relutância em delegar funções ou trabalho nos outros, a menos que respeitem exactamente o seu modo de proceder - a doente prefere trabalhar individualmente ou só com grupos pequenos, sendo que nessas alturas afirma gostar de liderar para ter poder de decisão.

Ao longo da história do desenvolvimento, verifica-se a existência de um conjunto de experiências significativas que poderão ter conduzido à formação de crenças disfuncionais (Beck, 2007), as quais constituem factores predisponentes para as dificuldades actuais de R.

Desde a infância que a doente se recorda de ver a sua mãe preocupada “*com as dietas e com a imagem*”, manifestando o cuidado em “*comer pouco para não engordar*” e revelando-se muito preocupada com a sua imagem sempre que tinha um congresso ou um jantar importante. Em relação a si própria, afirma que sempre se destacou das restantes crianças da sua idade, pelo peso que tinha - “*Eu era espaçosa em tudo... gordinha... uma bola*” - , sendo alvo de comentários depreciativos, por parte dos seus colegas - “*gorda*”, “*baleia*”. Por se sentir embaraçada com estes comentários, a doente isolava-se das outras crianças, não tendo amigos para brincar. Raramente participava nas brincadeiras, temendo ser alvo de alguns comentários relativos ao seu corpo; deste modo, sempre que na escola eram organizados jogos, ou outras actividades recreativas, os seus colegas já não solicitavam a sua participação. A doente observava que os seus colegas brincavam com as outras meninas, receando incluí-la nas brincadeiras, pois devido ao seu tamanho achavam que seria “*mais velha*”. R. afirma que, uma vez que nessa altura se considerava “*gorda*” e “*enorme*”, já se mostrava preocupada com a alimentação que fazia, privando-se de comer gelados e doces, ao contrário das suas colegas que não tinham quaisquer cuidados a esse nível e continuavam magras. Estas experiências de vida vivenciadas pela doente poderão ter contribuído para a formação de crenças disfuncionais do tipo “*Eu sou diferente*”, “*Eu não sou interessante*”, e suposições mal-adaptativas condicionais como “*Se for gorda serei rejeitada*”, “*Se for magra serei bem sucedida*” (Leahy, 2006). R. sempre foi reconhecida como sendo “*a aluna perfeita*”, “*a filha perfeita*” e a “*neta perfeita*”, uma vez que era vista como uma criança “*certinha*”, responsável, madura e “*estudiosa*”. Desde bem cedo, assumiu a responsabilidade de delegada de turma, bem como de todos os aspectos que envolviam a gestão dos assuntos da turma, o que era elogiado e valorizado pelo seu professores, familiares e, especialmente, pelos seus colegas. Apesar de os seus pais não a reforçarem materialmente pelas boas notas que sempre tinha, ambos, e especialmente o seu pai, sempre se mostraram muito atentos e interessados no seu desempenho, expressando a sua alegria pelo seu sucesso escolar. Estas experiências poderão ter contribuído para que a doente acreditasse que “*Tenho de ser perfeita*”, “*Se for perfeita, serei valorizada pelos outros*” (Wright, Basco & Thase, 2008).

Pela a análise da informação recolhida, não se verificou a ocorrência de nenhum acontecimento particular que se constituísse como factor precipitante das suas dificuldades. Assim, coloca-se a possibilidade de ter sido um conjunto de situações, vivenciadas pela doente como significativas, que poderão ter contribuído para a activação das suas crenças

disfuncionais. Deste modo, em Janeiro de 1995, tinha na altura 12 anos - embora não aponte nenhum acontecimento específico ocorrido nesta altura - , R. decidiu iniciar uma dieta, dando a conhecer a sua vontade aos seus pais, que a apoiaram na sua decisão, indicando-lhe a ajuda especializada de uma nutricionista. Ao iniciar esta dieta “*saudável*”, aconselhada pela nutricionista, e ao constatar que a perda de peso era pouco significativa, cerca de seis meses depois decidiu fazer uma dieta mais restritiva, à base de vegetais, incentivada por uma prima.

No que respeita aos factores de manutenção, verifica-se que à medida que ia perdendo peso com esta dieta “*vegetariana*”, começou a ser elogiada pelos seus pais, familiares próximos e colegas, relativamente ao seu aspecto físico, o que nunca tinha acontecido antes. Deste modo, esta situação poderá ter confirmado as suas crenças de que “*Se for magra serei bem sucedida*”. Durante cerca de um ano e meio continuou com a mesma dieta restritiva, chegando a perder cerca de 16 kg. A dieta surge, num primeiro momento, como uma forma de perder alguma peso, no entanto, devido à existência de crenças distorcidas acerca da nutrição e do processo de dieta, patentes em expressões do tipo: “*Se pisar o risco vou perder o controlo e comer demais*”, “*Se a dieta correr bem tudo corre bem, se a dieta correr mal tudo corre mal*” - Pensamento Dicotómico; “*As pessoas vão reparar que comi demais*” - Bola de Cristal; “*Não devia ter comido demais*” - Deverias, a doente envolveu-se numa dieta mais irrealista e restritiva, iniciando então a tal dieta “*vegetariana*” (DeRubeis, Tang & Beck, 2006). Como esta, numa fase inicial, proporcionou resultados significativos, nomeadamente uma perda de 16 kg, funcionou como reforço, conduzindo R. a mantê-la por largos meses.

No entanto, uma dieta muito restritiva, uma vez continuada, leva a um impasse psicobiológico de fome excessiva que, por sua vez, aumenta a vontade de comer, conduzindo a episódios de empanturramento. De facto, foi o que aconteceu. Algum tempo depois, tiveram início os episódios de ingestão compulsiva e, conseqüentemente, o recurso a estratégias de controlo de peso - no seu caso, o uso de diuréticos - e outras medidas - por exemplo, deitar-se cedo para não voltar a comer, manter a sensação de fome, verificar o valor calórico dos alimentos - , como forma de controlar a quantidade de alimentos ingerida. Como este ciclo se torna ineficaz relativamente ao objectivo da doente em atingir um corpo magro, acaba por se perpetuar (Fairburn & Cooper, 1997). Recentemente, ao dar-se conta que a sua “*vida girava em volta da dieta*”, a própria doente decidiu fazer mais uma tentativa de reiniciar uma dieta acompanhada pela nutricionista. Partilhou esta sua decisão com os pais, que se têm mostrado muito preocupados com o seu estado de saúde, tendo sido então incentivada pela sua mãe a procurar ajuda psiquiátrica. Os seus pais têm-lhe dado todo o apoio: têm saído mais vezes juntos, frequenta as danças de salão com o pai, e a mãe tem-na apoiado na dieta, constituindo-se estas atitudes como factores que contribuem para que as suas dificuldades se mantenham.

Quando a doente recorreu à Consulta, já tinha iniciado esta dieta à cerca de dois meses, mas devido às suas dúvidas em que a mesma constituísse uma dieta eficaz, persistia o medo de perder o controlo e a necessidade de fazer restrições, perpetuando-se o mesmo ciclo vicioso.

PROTOCOLO TERAPÊUTICO

<p>Objectivo Geral 1: Estabelecimento de uma relação terapêutica sólida e de confiança, de forma a promover o envolvimento da doente na terapia.</p>	<p>Objectivos Específicos: 1.1 Esclarecer a doente acerca do modo como vai decorrer a terapia; 1.2 Realçar a importância da participação activa da doente e da realização dos trabalhos de casa no desenvolvimento eficaz do processo terapêutico.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitação incondicional da doente; ▪ Escuta empática; ▪ Explicação do funcionamento da Consulta Externa de Stress; ▪ Apresentação do Modelo de Intervenção Cognitivo-Comportamental (Beck, Emery & Greenberg, 1985). 	
<p>Objectivo Geral 2: Intervenção ao nível da Perturbação Alimentar.</p>	<p>Objectivos Específicos: 2.1 Eliminação das restrições alimentares; 2.2 Introdução de um padrão alimentar regular; 2.3 Identificação e modificação de pensamentos e crenças que estão a perpetuar o problema alimentar - acerca do peso, forma corporal e alimentação; 2.4 Desmistificação do conceito “<i>Eu magra</i>” como facilitador da aceitação pelos outros e como sinónimo de valor pessoal; 2.5 Identificação de distorções cognitivas.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesagem semanal da doente; ▪ Auto-reforço dos comportamentos apropriados; <i>prompting</i> das iniciativas da doente; ▪ Racional do modelo cognitivo-comportamental, nomeadamente da sequência Situação → Pensamento → Emoção → Comportamento (Beck, 1995); ▪ Recurso a registos de auto-monitorização; ▪ Explicação das noções de P.A.N. e P.R.A. (Beck, 1995); ▪ Exposição a fotografias datadas da altura em que a doente tinha o peso superior e inferior; ▪ Reforço positivo dos ganhos obtidos. 	
<p>Objectivo Geral 3: Flexibilização dos traços de personalidade de perfeccionismo.</p>	<p>Objectivos Específicos: 3.1 Motivar a doente para a modificação de padrões comportamentais perfeccionistas; 3.2 Identificar experiências significativas da história de desenvolvimento da doente associadas com o comportamento actual no âmbito do perfeccionismo.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diálogo Socrático; ▪ Reestruturação cognitiva (Beck, 1995); ▪ Explicação do papel dos padrões rígidos de realização da doente como um dos mecanismos que mantém as suas dificuldades – Traçado de <i>continuum</i>. 	
<p>Objectivo Geral 4: Prevenção de recaída, manutenção e generalização dos ganhos terapêuticos.</p>	<p>Objectivos Específicos: 4.1 Balanço do processo terapêutico; 4.2 Definição de objectivos a longo prazo; 4.3 Manutenção da aplicação das estratégias aprendidas; 4.4 Previsão de possíveis dificuldades após o término da terapia, nomeadamente no que se refere ao comportamento alimentar.</p>

Estratégias:

- Revisão das técnicas aprendidas;
- Antecipação de dificuldades futuras;
- Reforço positivo e *prompting*;
- Sessões de *follow-up*.

FEEDBACK DA INTERVENÇÃO REALIZADA

A doente ingressou na Consulta Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. a 29 de Maio de 2003. A intervenção contou com nove consultas, em regime semanal.

O processo terapêutico iniciou-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e de confiança, objectivo que pensamos ter sido conseguido com relativa facilidade, pois a doente mostrou-se sempre motivada e disponível para colaborar com as terapeutas, quer ao fornecer a informação que lhe era solicitada, quer ao cumprir as tarefas que lhe foram prescritas. Posteriormente, procedeu-se à explicação do modelo cognitivo-comportamental, nomeadamente da relação Pensamento–Emoção–Comportamento, que a doente compreendeu facilmente. Explicitou-se igualmente a noção de P.A.N., que R. percebeu sem dificuldades, procedendo-se, em conjunto com a doente, ao preenchimento do registo de auto-monitorização para uma situação, e solicitando-se a R. que continuasse a preenchê-lo como “trabalho de casa”. A doente não chegou a indicar nenhuma situação no registo, pois, segundo afirmou, andou muito ocupada com a cadeira de Projecto, e depois entrou numa “*crise*” por causa de F., não tendo por isso conseguido “*pensar nos pensamentos*”. Reconheceu, contudo, que “*evitar não pensar*” foi uma “*técnica*” que não resultou muito, procurando-se então incentivar o doente para a importância do preenchimento desse tipo de registos.

No que respeita ao problema alimentar, foi solicitada a R. uma pesagem semanal, tarefa que a doente cumpriu, pese embora o facto de ter demonstrado, inicialmente, algumas reticências à sua realização - por medo de se confrontar com um aumento de peso. A doente afirmou que esteve muito tempo para conseguir pesar-se a primeira vez mas, quando finalmente o fez, teve uma “*agradável surpresa*” pois verificou que o seu peso era de 66,5 kg - menos 1,5 kg do que havia referido logo na primeira consulta - quando julgava que estaria com mais peso relativamente à última vez que se tinha pesado (68 kg): “*Vi que afinal também consigo emagrecer sem uma dieta rígida*”. R. revelou que contou imediatamente a toda a família, tendo os seus pais ficado muito contentes com a notícia. Nas pesagens seguintes, registou-se um peso de 65 kg, facto encarado pela doente de forma muito positiva uma vez que estava a perder peso sem fazer uma dieta muito restrita, acrescentando também que não se tem privado de “*muitas coisas*” e “*não me culpabilizo tanto*” por isso. Referiu ainda que, gradualmente, foi subindo para a balança sem medo, considerando que se engordasse agora não seria um “*drama*” nem “*um bicho de sete cabeças*”. Para além disso, R. tem-se olhado

mais ao espelho, embora diga que ainda não gosta muito do que vê: *“Continuo a não gostar muito de olhar para o espelho”*. Em suma, a doente considerou que *“as coisas estão melhor”* pois sente que está *“mais estável”* em termos da dieta, mencionando também que está *“menos preocupada”* e que não tem comido em excesso, não tendo crises bulímicas há já algumas semanas: *“Desde que ando nas consultas comecei a controlar-me melhor”*.

Durante o tempo em que teve lugar o acompanhamento, R. retomou a relação com F., embora a mesma tenha terminado algum tempo depois, muito provavelmente devido à falta de tempo que a doente reconheceu ter devido ao facto de estar a atravessar a época de exames - ao falar sobre este assunto, R. mostrou-se muito emocionada, chegando a chorar em consulta. Apesar da situação ser muito difícil de suportar e de a doente se mostrar desiludida com o comportamento do ex-namorado, R. disse acreditar que os conflitos seriam temporários e se resolveriam com o tempo, realçando o aspecto positivo da situação: *“Agora tenho a certeza do quanto gosto dele. E também sei que ele gosta de mim”*. Segundo a doente, esta situação leva-a a confirmar a sua projecção de si no futuro: realizada profissionalmente, mas sozinha. Reconheceu igualmente que tomou os estudos como *“prioridade”*, culpabilizando-se pelo fim da relação. Neste sentido, procurou-se, em conjunto com a doente, conceptualizar os acontecimentos de forma alternativa - por exemplo, como a sua melhor amiga veria a mesma situação - , tentando encontrar outras explicações possíveis para o que aconteceu.

Não obstante estes problemas afectivos, R. afirmou ter conseguido abstrair-se de tudo o que aconteceu quando estudava para as frequências, considerando que os exames correram bem: *“Acho que vou conseguir atingir os meus objectivos”*. A doente foi igualmente reforçada pelo facto de, nessa altura, a preocupação com o corpo não ocupar o primeiro lugar, tendo R. afirmado que *“neste momento estou preocupada com os meus exames”*. Apenas na fase final de avaliações, quando tinha que trabalhar para a última entrega da cadeira de Projecto, a doente referiu que a situação com F. estaria a ter interferência na sua capacidade de concentração: *“A única coisa boa é que a comida já não é uma preocupação primária”*. Porém, reconheceu que quando falou com o ex-namorado, facto que em consulta tínhamos concluído ser importante, o trabalho para Projecto passou a correr muito melhor.

Segundo a doente, *“antes o problema era a dieta”*; neste momento, está a conseguir equilibrar-se em relação à dieta e em termos académicos também conseguiu atingir os seus objectivos. Assim, na sua opinião, *“o problema agora”* é não ter F. a seu lado. Procurámos levar a doente a questionar a importância de cada um dos problemas mencionados, do que contribuiu para o surgimento de cada um e do que pode ser - ou já foi - feito para os resolver. R. considerou que ter a pessoa de quem gosta junto a si é o mais importante, dizendo-se disposta a ser menos racional e a expor os seus sentimentos para conseguir retomar a relação.

Quando questionada acerca do que mudou desde o início da terapia, R. mencionou: (1) a tomada de consciência de que existem coisas mais importantes do que a dieta, afirmando que antes acreditava que se a dieta corria bem, tudo corria bem, mas hoje pensa que “*não é bem assim*”: *Se comer um bocadinho mais o dia pode correr bem. A dieta é só um pormenor!*”; (2) o facto de não ter crises bulímicas há “*imenso tempo*”; (3) o facto de estar muito mais solta e despreocupada, para o qual contribuiu a ajuda dos pais; (4) o facto de estar a ceder aos seus impulsos e ser menos racional, pois já percebeu que “*mais vale arrepende-me do que faço do que do que não faço*”. Porém, acrescenta que ainda existem coisas que gostaria de mudar: ser capaz de mostrar mais os seus sentimentos, por exemplo, dizer a F. que gosta dele; consolidar o seu “*aparente equilíbrio*” na forma como tem funcionado.

A doente continuou em acompanhamento na Consulta de Stress.

COMENTÁRIO TEÓRICO: *PERFECCIONISMO NOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES*

“... core features of anorexia nervosa and bulimia nervosa appear to be inherently perfectionistic in nature.”

(Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002, p. 319)

A pressão para ser perfeito, especialmente no domínio da aparência física, é onnipresente na sociedade ocidental, estando as mulheres, em particular, sujeitas a uma constante pressão para ter o peso e forma corporal perfeitos (Macedo, Pocinho, Soares *et al*, 2002). O caso de R. é um exemplo claro de como a forma de lidar com essa exigência se pode tornar disfuncional, ao ponto de a preocupação com a dieta se tornar central na sua vida e de o aspecto físico ser o principal determinante da auto-estima e valor pessoal.

A escolha do tema do presente comentário foi ditada, exactamente, pelo facto de a doente apresentar um quadro clínico de perturbação alimentar, assim como um conjunto de traços de personalidade que remetem para um padrão pessoal perfeccionista e exigente, caracterizado pela necessidade de controlo permanente em relação a diversos aspectos da sua vida, nomeadamente ao peso e à quantidade de comida ingerida. A existência em concomitância destes dois tipos de situações clínicas despertou grande interesse da nossa parte, facto que nos levou a procurar saber se e quais as investigações que têm sido realizadas sobre esta - presumível - associação, e de que forma os diversos modelos teóricos têm conceptualizado - ou não - a sua posição acerca da especificidade deste tema.

Conceptualização do conceito de Perfeccionismo

O interesse de muitos autores acerca do perfeccionismo advém do facto de este aspecto da personalidade estar relacionado com um conjunto diverso de quadros

psicopatológicos, entre eles a Depressão, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e as Perturbações do Comportamento Alimentar (Maia, 2005).

Na definição de Flett & Hewitt (2002), o perfeccionismo, igualmente denominado *pensamento perfeccionista* (Macedo *et al*, 2002), consiste na procura da perfeição, da ausência de defeitos. Para Castro-Fornieles, Gual, Lahortiga *et al* (2007), o perfeccionismo envolve uma preocupação excessiva com a organização e a precisão. Hollender (1978 *in* Maia, Pereira, Soares *et al*, 2006), por sua vez, define o perfeccionismo como “*o hábito de exigir a si próprio ou aos outros uma elevada qualidade de desempenho, maior do que a requerida pela situação*” (p. 64). Neste sentido, os perfeccionistas “extremos” são pessoas que desejam ser perfeitas em todos os aspectos da sua vida. Por isso, é importante reconhecer o facto de o perfeccionismo ser um aspecto central da identidade de alguns indivíduos, que se mostram relutantes no seu abandono por causa dos seus presumíveis benefícios. No caso de R., esta mostrava alguma flexibilidade para rever a sua forma de funcionamento, contudo, esse foi sempre o seu padrão pessoal, que na altura se mantinha ainda bastante vincado.

Existem, no entanto, algumas diferenças importantes no modo como o perfeccionismo é definido e conceptualizado. Uma das formas que nos permite distinguir as várias conceptualizações é o facto de o perfeccionismo ser visto como um conceito unidimensional ou multidimensional (Macedo, Soares, Maia *et al*, 2007). Historicamente, o “campo unidimensional” integrava uma ênfase em factores cognitivos sob a forma de crenças irracionais - Ellis, 1962 - ou atitudes disfuncionais - Burns, 1980; Weissman & Beck, 1978 - , o que significa que o foco de atenção era centrado exclusivamente nas cognições auto-orientadas, ou seja, na dimensão intra-individual do perfeccionismo (Macedo *et al*, 2002). Mais recentemente, um dos desenvolvimentos mais importantes nesta área foi a descoberta de que o constructo “perfeccionismo” é multidimensional; ou seja, integra quer aspectos pessoais - ou intra-individuais, quer aspectos interpessoais - ou inter-individuais. Flett & Hewitt (1989, 1991 *in* Flett & Hewitt, 2002) identificaram três dimensões do perfeccionismo: (1) perfeccionismo direccionado para o próprio sujeito - perfeccionismo auto-orientado; (2) perfeccionismo direccionado para os outros - perfeccionismo orientado para os outros; (3) crença ou percepção generalizada de que os outros nos impõem exigências irrealistas - perfeccionismo socialmente prescrito. Segundo aqueles autores, a diferença fundamental entre estes três componentes não reside no padrão de comportamento, mas no objecto para o qual é dirigido o comportamento perfeccionista ou a quem tal comportamento é atribuído (Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Vásquez-Arévalo *et al*, 2005).

O comportamento perfeccionista tem sido tipicamente encarado como um estilo disfuncional de personalidade, ligado a várias consequências negativas, tais como sentimentos

de culpa e fracasso, vergonha e baixa auto-estima. Estas perturbações do ajustamento relacionam-se com diversas características e tendências cognitivo-comportamentais resultantes do núcleo perfeccionista, as quais podem constituir factores de vulnerabilidade para formas ainda mais graves de psicopatologia, como alcoolismo, distúrbios alimentares, depressão e distúrbios de personalidade (Macedo *et al*, 2002). Porém, alguns autores (Slaney, Ashby & Trippi, 1995 *in* Flett & Hewitt, 2002) sugerem que a investigação na área do perfeccionismo está marcada pelo mesmo enviesamento que caracteriza a Psicologia em geral - ou seja, uma tendência para enfatizar os aspectos negativos sem reconhecer os aspectos positivos do constructo. Existem, porém, algumas excepções. Hamachek (1978 *in* Franco-Paredes *et al*, 2005), que reconheceu o perfeccionismo como sendo um possível factor positivo de ajustamento ou desempenho, considera que é necessário a existência de uma perspectiva que inclua a distinção entre perfeccionismo *normal* e *neurótico*. O perfeccionismo *normal* é definido como uma procura de padrões razoáveis e realísticos que conduzem a um sentimento de satisfação pessoal e a um aumento da auto-estima; o perfeccionismo *neurótico* é uma tendência para colocar padrões excessivamente elevados e é motivado por receios de falhar e preocupações sobre a possibilidade de desapontar os outros (Flett & Hewitt, 2002).

Outros autores propuseram a distinção entre perfeccionismo *positivo* e *negativo*. O perfeccionismo *positivo* trata-se de um comportamento perfeccionista que tem uma função de reforço positivo, o qual inclui uma disposição para a aproximação dos estímulos e a procura do sucesso (Terry-Short, Owens, Slade & Dewey, 1995 *in* Macedo, Soares, Gomes *et al*, 2006). Pelo contrário, o perfeccionismo *negativo* tem uma função de reforço negativo, envolvendo uma tendência para evitar resultados aversivos e uma incapacidade para tolerar os erros (Macedo *et al*, 2007). No mesmo sentido, verifica-se também a distinção entre perfeccionismo *adaptativo* e *maladaptativo* (Ferrier-Auerbach & Martens, 2009). De acordo com Flett & Hewitt (2002), as formas *adaptativas* e *maladaptativas* do perfeccionismo diferem, igualmente, no facto de o primeiro estar circunscrito e limitado a um ou dois domínios da vida do indivíduo, enquanto o segundo é global e sobregeneralizado, envolvendo todos os aspectos da vida do sujeito. Neste sentido, os perfeccionistas “extremos” serão aqueles que procuram atingir padrões elevados numa variedade de domínios da sua vida, o que pensamos ser o caso de R.. Macedo *et al* (2002) referem a designação de outros dois tipos de perfeccionismo: *enabling perfectionism*, que seria uma espécie de “bom perfeccionismo”, uma vez que confere ao indivíduo alguma vantagem no seu funcionamento; *disabling perfectionism*, que causa diversos tipos de prejuízos intra e inter-individuais. Finalmente, alguns investigadores mencionam que as várias dimensões do perfeccionismo diferem na sua relação com as dificuldades de ajustamento: algumas são descritas como maladaptativas, ou

neuróticas, e outras são descritas como adaptativas, ou *normais* (Hamachek, 1978 *in* Flett & Hewitt, 2002) - o perfeccionismo auto-orientado tem sido considerado como adaptativo, enquanto o perfeccionismo socialmente prescrito tem sido visto como maladaptativo.

Em termos cognitivos, Reilly (1998 *in* Flett & Hewitt, 2002) acentua a preponderância de pensamentos automáticos negativos acerca da necessidade de ser perfeito - que Flett & Hewitt (2002) denominam de cognições perfeccionistas - reconhecendo, deste modo, o papel dos factores cognitivos no perfeccionismo. Por sua vez, Burns (1980 *in* Maia *et al*, 2006) considera o perfeccionismo como uma rede de cognições, que engloba expectativas, interpretação dos acontecimentos, avaliação de si e dos outros.

As Perturbações Alimentares

As perturbações alimentares, na conceptualização da nomenclatura diagnóstica actual, incluem os quadros clínicos de anorexia nervosa, bulimia nervosa e distúrbios associados. A anorexia nervosa é caracterizada pela procura inflexível da magreza, sendo também marcada por padrões excessivamente rigorosos. Por sua vez, a bulimia nervosa é caracterizada por ciclos de dieta restritiva, episódios recorrentes de empanturramento e comportamentos purgativos. Quando a dieta perfeita, o exercício físico perfeito, a forma corporal perfeita ou o peso perfeito saem frustrados, os indivíduos com um distúrbio alimentar experienciam frequentemente sentimentos intensos de vergonha e auto-depreciação. Uma preocupação comum quer na anorexia quer na bulimia é a busca da dieta perfeita, baixa em gorduras e outros alimentos indesejáveis (Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002). No caso de R., a sintomatologia bulímica começava a entrar em remissão, porém, continuavam a ocorrer pontualmente episódios de empanturramento e mantinha-se a existência de uma dieta relativamente restritiva. Embora alguns autores argumentem que os sujeitos com bulimia diferem dos sujeitos com anorexia nervosa, outros sustentam que ambos partilham traços perfeccionistas, os quais desempenham um papel crucial no desenvolvimento e manutenção das duas perturbações (Macedo *et al*, 2006). A este propósito, Maia *et al* (2006), citando várias investigações, referem que o perfeccionismo tem-se constituído como um factor de risco e de manutenção das perturbações do comportamento alimentar, sendo que os doentes com este tipo de psicopatologia apresentam habitualmente níveis elevados de perfeccionismo.

Perfeccionismo e Perturbações Alimentares

As perturbações alimentares têm sido desde há muito associadas com o perfeccionismo, que é considerado uma característica central desses distúrbios, bem como um factor de risco para o seu desenvolvimento (Castro-Fornieles *et al*, 2007; Franco-Paredes *et al*, 2005; Peck & Lightsey Jr., 2008). De acordo com alguns autores, a anorexia nervosa e a bulimia não ocorrem simplesmente em concomitância com o perfeccionismo, sendo em

muitos casos uma expressão desse mesmo traço nos domínios da alimentação, do peso e forma corporal, e do seu respectivo controlo (Macedo *et al*, 2006; Shafran, Cooper & Fairburn, 2002). Existem pelo menos três razões que permitem considerar que as perturbações alimentares serão uma expressão de perfeccionismo: (a) as descrições de pacientes com esse tipo de perturbações, particularmente a anorexia nervosa, salientam os seus traços perfeccionistas, que desempenham um importante papel na manutenção destes distúrbios; (b) a presença significativa de “perfeccionismo auto-orientado” e “padrões pessoais elevados” nos indivíduos com perturbações alimentares - como se verifica no caso da nossa doente -, os quais persistem mesmo após a remissão dos sintomas; (c) dados empíricos que demonstram que o perfeccionismo é um factor de risco para o desenvolvimento de problemas alimentares, nomeadamente anorexia e bulimia nervosas, para além de que pode também interagir com a presença de baixa auto-estima e insatisfação corporal (Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo *et al*, 2003; Franco-Paredes *et al*, 2005; Shafran & Mansell, 2001). Quer a baixa auto-estima quer a insatisfação com a aparência física são aspectos frequentemente salientados por R..

São várias as formulações teóricas que procuram analisar a preponderância do perfeccionismo no desenvolvimento de distúrbios alimentares. Enumeraremos algumas.

1. Perspectiva Histórica e Religiosa. A procura da perfeição tem sido identificada nos primeiros casos conhecidos de perturbações alimentares, sendo uma relação significativa registada ao longo do tempo. Existem estudos históricos que identificam este comportamento como uma prática comum entre as mulheres santas na Europa medieval, existindo opiniões contrárias quanto ao facto de se tratar ou não de casos de anorexia nervosa (Bell, 1985; Brumberg, 1988 *in* Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002).
2. Modelos Psicodinâmicos e Desenvolvimentais. Os teóricos psicodinâmicos reconheceram a presença de características perfeccionistas - tais como excessivo rigor, dedicação ao estudo, necessidades de controlo e perfeição - nos sujeitos com anorexia nervosa, no entanto, o papel específico desta variável da personalidade não tem sido claramente definido nos modelos teóricos. (Bruch, 1978 *in* Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002).
3. Modelos Psicobiológicos. Neste quadro teórico considera-se que os factores genéticos e biológicos são determinantes importantes das perturbações alimentares, podendo operar através de variáveis temperamentais e da personalidade - como uma tendência extrema para o evitamento da crítica, um baixo interesse pela novidade e uma elevada dependência da recompensa - consistentes com o modelo multidimensional do perfeccionismo (Hewitt, Flett & Ediger, 1995; Strober, 1991 *in* Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002).
4. Modelos Cognitivo-Comportamentais. Os modelos cognitivo-comportamentais das perturbações alimentares têm acentuado o papel fundamental desempenhado pelos factores

cognitivos e/ou comportamentais na manutenção desses quadros clínicos. Para além disso, o papel das cognições positivas e negativas na formação e manutenção dos sintomas tem sido também identificado como um factor explicativo determinante (Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002). Os determinantes dessas auto-avaliações disfuncionais encontram-se nas distorções cognitivas, tais como pensamento dicotómico, sobregeneralização, personalização, maximização e inferência arbitrária (Macedo *et al*, 2006). Destes, dois erros lógicos de pensamento estão estreitamente ligados ao perfeccionismo. Em primeiro lugar, o pensamento dicotómico envolve experiências, em termos extremos, de tudo ou nada; esta distorção cognitiva está bastante presente na forma como R. avalia o seu comportamento alimentar e a importância da dieta. Em segundo lugar, a sobregeneralização diz respeito à aplicação de um princípio ou resultado de um acontecimento a situações distintas. Esta distorção cognitiva é comum em mulheres com anorexia nervosa, que interpretam qualquer desvio ao peso desejado como sendo indicador de um fracasso como pessoa em geral (Barrow & Moore, 1983 *in* Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002). Desta forma, e segundo estes autores, o papel do perfeccionismo nos modelos cognitivo-comportamentais das perturbações do foro alimentar parece estar ligado ao desenvolvimento e manutenção de cognições erróneas que reflectem padrões irrealistas acerca do peso e forma corporal, e à interpretação dos “fracassos” nas tentativas para atingir a perda de peso desejada.

5. Outros Modelos. Alguns autores descrevem a importância do perfeccionismo como sendo uma das condições principais para o desenvolvimento da anorexia nervosa; mencionam que os episódios de empanturramento na bulimia nervosa oferecem aos sujeitos que têm expectativas rígidas acerca da magreza, elevada auto-consciência e baixa auto-estima, uma oportunidade para reduzir a auto-consciência negativa; o perfeccionismo é visto, assim, como sendo uma das possíveis causas da dieta e da auto-consciência negativa (Beebe, 1994; Heatherton & Baumeister, 1991; Slade, 1982 *in* Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002). Joiner, Heatherton, Rudd & Schmidt (1997 *in* Shafran & Mansell, 2001) propõem um modelo que descreve a natureza da relação entre o perfeccionismo e os sintomas bulímicos. Este modelo sustenta que o perfeccionismo é um factor de risco para os sintomas bulímicos, na presença de acontecimentos stressores negativos que, neste caso, seriam esforços mal sucedidos para atingir padrões irrealistas acerca do peso e forma corporal. Parece-nos que esta posição descreve perfeitamente aquilo que se verifica com R..

Suporte Empírico

De acordo com Goldner, Cockell & Srikameswaran (2002), as primeiras investigações tinham como principal interesse a determinação da prevalência de traços perfeccionistas nos indivíduos com perturbações alimentares, enquanto as investigações actuais têm como

objectivo a exploração do papel do perfeccionismo na etiologia e manutenção da anorexia e bulimia nervosas. As investigações iniciais que procuraram examinar as características das pessoas com anorexia nervosa confirmaram que o perfeccionismo era uma característica pré-mórbida da personalidade comum a um número substancial de mulheres com anorexia. Os estudos levados a cabo posteriormente acerca do perfeccionismo em indivíduos com distúrbios alimentares foram realizados com o *Eating Disorder Inventory* (E.D.I.). A sua sub-escala de Perfeccionismo compreende seis itens que representam aspectos cognitivos e comportamentais do perfeccionismo (Franco-Paredes *et al*, 2005). Muitas investigações encontraram pontuações significativas na sub-escala de Perfeccionismo da E.D.I. em pacientes com perturbações alimentares, por comparação com populações normais; no entanto, outros estudos não encontraram diferenças significativas nos resultados da sub-escala de Perfeccionismo da E.D.I. de pacientes com distúrbios alimentares e de pacientes com outros problemas médicos/psiquiátricos ou grupos-controlo (Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002). Além disso, existem investigações que sugerem que o perfeccionismo poderá ser um traço persistente não subordinado à presença ou ausência de uma perturbação alimentar, sendo igualmente um traço que se mantém após a remissão do distúrbio alimentar (Castro-Fornieles *et al*, 2007; Macedo *et al*, 2002; Shafran & Mansell, 2001).

Um conjunto de investigações referidas por Franco-Paredes *et al* (2005) e Macedo *et al* (2007) fornecem evidência empírica da relação entre perfeccionismo e distúrbios do comportamento alimentar: (1) Hewitt *et al* (1995), analisando uma amostra de 81 estudantes do sexo feminino, demonstraram a existência de uma associação entre o perfeccionismo e os sintomas de perturbação alimentar, que seriam despoletados pela motivação do sujeito para atingir um conjunto de padrões irrealistas, ou seja, pelo perfeccionismo auto-orientado; (2) Num estudo de Srinivasagam *et al* (1995) as conclusões apontaram para o facto de as mulheres com anorexia nervosa terem pontuações mais elevadas nas dimensões de perfeccionismo e parecerem ter certos traços de personalidade obsessivo-compulsiva, particularmente uma preocupação excessiva com a simetria e a exactidão, quando comparadas com mulheres saudáveis; (3) Cockell *et al* (2002), numa investigação que pretendeu comparar mulheres com anorexia nervosa, mulheres com outros distúrbios psiquiátricos e mulheres saudáveis, concluíram que as primeiras apresentavam níveis significativamente mais elevados no perfeccionismo socialmente prescrito e no perfeccionismo auto-orientado.

Uma investigação de Bulik *et al* (2003), com uma amostra de 1010 mulheres, mostrou que pontuações elevadas numa escala de perfeccionismo estavam significativamente associadas com a presença de anorexia e bulimia nervosas. Ashby, Kottman & Schoen (1998) concluíram que os sujeitos com perturbações alimentares são mais perfeccionistas naquilo que

é considerado como sendo maladaptativo e não tanto no que é adaptativo. Em Portugal, Macedo *et al* (2006) realizaram um estudo com 1163 sujeitos - homens e mulheres - com o objectivo de investigar a associação entre o perfeccionismo e o comportamento alimentar, tendo concluindo que níveis elevados de perfeccionismo, em particular de perfeccionismo socialmente prescrito, estão relacionados com a presença de distúrbios alimentares.

Um outro conjunto de investigações procurou analisar a relação entre a designada auto-apresentação perfeccionista e as perturbações alimentares. Neste sentido, Cockell *et al* (1996 *in* Goldner, Cockell & Srikaneswaran, 2002) concluíram que, quando comparadas com mulheres sem problemas alimentares, as mulheres com anorexia e bulimia mostravam uma necessidade mais forte de apresentarem aos outros uma imagem de perfeição e de evitarem a revelação de imperfeições aos outros. Este tipo de comportamento corresponde claramente às características apresentadas por R. na sua forma de lidar com as pessoas próximas, de quem acaba por se isolar para que não conheçam as suas fragilidades, e nas estratégias que leva a cabo para ter um corpo perfeito.

Modelo Integrador da Relação entre Perfeccionismo e Perturbações Alimentares

Este modelo assenta em diversas conceptualizações acerca da etiologia e manutenção dos distúrbios do foro alimentar, incorporando componentes de modelos já referidos anteriormente. O modelo considera como muito provável que o perfeccionismo seja determinado por múltiplos factores genéticos e ambientais. Assim, devido à substancial contribuição genética que se antevê, algumas pessoas estarão mais susceptíveis a desenvolver características perfeccionistas. Posteriormente, quando combinada com determinadas condições ambientais, essa predisposição genética para o perfeccionismo pode ser intensificada (Frost *et al*, 1991 *in* Goldner, Cockell & Srikaneswaran, 2002). Um dos factores ambientais que poderá promover o perfeccionismo é a modelação pela família e pelos pares de comportamentos perfeccionistas. Para além disso, a exposição a pessoas com elevados níveis de “perfeccionismo orientado para os outros”, que mantêm expectativas elevadas para aqueles que estão à sua volta, poderá exacerbar o “perfeccionismo auto-orientado” ou o “perfeccionismo socialmente prescrito”, e a auto-apresentação perfeccionista; ou seja, se tais expectativas se manifestarem no domínio da aparência física e conformidade aos ideais culturais de beleza física, essas expectativas serão transmitidas aos outros, o que modelará a auto-estima do indivíduo. No caso de R., a sua mãe terá funcionado como “modelo”, uma vez que sempre demonstrou uma grande preocupação com o seu peso, sendo constante o seu comportamento alimentar restritivo através de frequentes dietas. Um outro factor ambiental que poderá promover o perfeccionismo diz respeito às respostas críticas ou inconsistentes dos pais durante o desenvolvimento, a acontecimentos traumáticos e a outras injúrias à auto-

estima. Relativamente a este aspecto, R. relatou-nos a existência de alguns comentários depreciativos por parte de colegas da escola em relação ao seu peso e forma corporal.

Neste modelo, o perfeccionismo é identificado como uma condição necessária para o desenvolvimento de uma perturbação alimentar, embora se constitua igualmente como uma predisposição para vários distúrbios psiquiátricos, tal como depressão, fobia social, e comportamentos compulsivos. Cada um destes quadros clínicos poderá surgir em comorbilidade nos indivíduos com distúrbios alimentares. Nos problemas alimentares e compulsivos, o indivíduo perfeccionista visa um aperfeiçoamento de si próprio, dadas as suas frequentes avaliações auto-críticas e expectativas excessivamente elevadas, procurando ainda uma diminuição da auto-consciência negativa resultante dos traumas ou negligências vividos.

Para explicar o desenvolvimento específico de uma perturbação alimentar devemos considerar a interação entre o perfeccionismo e a auto-estima assente no peso e forma corporal, da qual as influências sócio-culturais e físicas são moderadoras (Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002). Se as preocupações com o peso e forma cultural constituírem um componente relativamente insignificante da auto-estima do sujeito, é pouco provável que essa pessoa venha a desenvolver um distúrbio alimentar, mesmo que seja perfeccionista; pelo contrário, quando um indivíduo perfeccionista experiencia o seu peso e forma corporal como contribuindo substancialmente para a auto-estima, essa pessoa estará em risco de desenvolver um problema alimentar (Ferrier-Auerbach & Martens, 2009) - tal como terá acontecido no caso de R.. Além disso, uma história de peso excessivo do próprio indivíduo ou de algum elemento da sua família tem sido descrito como factor de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Fairburn *et al*, 1995 *in* Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002); R. apresentou desde muito nova um peso excessivo, facto que se terá constituído como uma vulnerabilidade que culminou no surgimento de um quadro clínico ao nível alimentar. Finalmente, a diferenciação entre os tipos restritivo e bulímico dos distúrbios alimentares é primariamente determinada pelo estilo de personalidade dos sujeitos, embora outros factores possam contribuir para essa diferenciação. No primeiro caso, a configuração da personalidade está associada a características de rigidez e controlo excessivo, enquanto no segundo caso estão presentes características de personalidade impulsivas (Franco-Paredes *et al*, 2005).

Considerações a respeito do Tratamento

De um modo geral, verifica-se a existência de poucas investigações sistemáticas acerca do papel do perfeccionismo no desenrolar do tratamento (Flett & Hewitt, 2002). Não obstante, é possível apresentar os dados de alguns estudos que procuraram analisar esse mesmo aspecto. Blatt & Zuroff (1994 *in* Flett & Hewitt, 2002) concluíram que o perfeccionismo está associado com uma fraca resposta ao tratamento e com problemas no

estabelecimento de uma boa aliança terapêutica. Blatt *et al* (1995 *in* Goldner, Cockell & Srikaneswaran, 2002) referem, com base na sua investigação, que o perfeccionismo a níveis elevados tem uma relação significativamente negativa com os resultados terapêuticos de diversos tipos de tratamento - entre eles, a terapia cognitivo-comportamental. Por sua vez, Flett & Hewitt (2002) mencionam que várias investigações têm apontado para o facto de as tendências perfeccionistas serem difíceis de tratar e de o perfeccionismo ser um estilo de personalidade associado a resultados terapêuticos negativos. No caso de R., não nos podemos pronunciar sobre resultados terapêuticos finais, pois o processo encontrava-se numa fase inicial de intervenção. Porém, não consideramos ter sido difícil o estabelecimento de uma boa relação terapêutica com a doente, facto que será devido à sua grande motivação para a mudança, salientando-se também que a vinda à consulta ocorreu por iniciativa da doente.

Goldner, Cockell & Srikaneswaran (2002) consideram que tem havido pouca exploração de modelos terapêuticos direccionados especificamente para a redução do perfeccionismo, sendo igualmente desconhecida a extensão na qual essa característica da personalidade pode ser modificável - embora tal deva ser um alvo importante da terapia (Ferrier-Auerbach & Martens, 2009). Pese embora esse facto, Ferguson & Rodway (1994 *in* Flett & Hewitt, 2002) indicam que a terapia cognitivo-comportamental demonstra ser eficaz no tratamento do perfeccionismo e problemas associados. As actividades cognitivas incluem designadamente a reestruturação cognitiva, a qual se foca nas formas de lidar. Os tratamentos comportamentais assentam no *role-play* e no relaxamento. Da mesma forma, Burns (1980 *in* Goldner, Cockell & Srikaneswaran, 2002) descreveu um tratamento cognitivo-comportamental que envolve a modificação das distorções cognitivas e dos pensamentos automáticos, o *role-play* e os exercícios comportamentais. Por outro lado, Rector, Zuroff & Segal (1999 *in* Flett & Hewitt, 2002) consideram que as atitudes disfuncionais associadas ao perfeccionismo têm um impacto negativo sobre a capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica na terapia cognitiva. No entanto, apesar dessa evidência, uma investigação recente de DiBartolo, Frost, Dixon & Almodovar (2001 *in* Flett & Hewitt, 2002) aponta para a eficácia da reestruturação cognitiva no tratamento dos traços perfeccionistas.

Shafran *et al* (2002) sugerem que o tratamento cognitivo-comportamental para o perfeccionismo deve assentar em quatro componentes: (1) ajudar o paciente a identificar o perfeccionismo como um problema, enquadrando-o numa formulação cognitivo-comportamental que faça sentido para o sujeito e permita conceptualizar o tratamento; (2) estabelecimento dos objectivos da terapia, sendo que o principal deverá ser a modificação do esquema de auto-avaliação do paciente que assenta no pensamento perfeccionista; (3) utilização de experiências comportamentais para testar as hipóteses formuladas,

particularmente a exposição a situações que são habitualmente evitadas; (4) métodos para trabalhar os padrões pessoais e a auto-crítica do paciente, nomeadamente a reestruturação cognitiva, a definição de um *continuum* e algumas estratégias comportamentais; o objectivo é a identificar e modificar regras de funcionamento baseadas no pensamento dicotómico.

Já no que se refere ao tratamento das perturbações alimentares, as terapias cognitivo-comportamentais têm-se constituído como intervenções efectivas, assentando na modificação das distorções cognitivas relacionadas com a comida e com o peso e forma corporal, e na análise dos pensamentos automáticos tendo em conta o auto-conceito. Um dos principais objectivos deste tipo de tratamento é a redução dos pensamentos e comportamentos perfeccionistas, considerando-se que tal é mais difícil de atingir quando o perfeccionismo se manifesta em esforços para perder o máximo de peso possível, do que quando essa característica da personalidade se manifesta em termos académicos (Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002). No caso de R., apesar da intervenção se encontrar numa fase inicial, já foi realizado algum trabalho no sentido da modificação das crenças associadas à alimentação e à aparência física, ao qual a doente parece ter aderido, embora não possamos ainda referir a existência de resultados quanto à redução dos pensamentos perfeccionistas.

No caso particular das perturbações alimentares, o perfeccionismo poderá ter um impacto importante no tratamento de indivíduos com distúrbios do foro alimentar (Ferrier-Auerbach & Martens, 2009). Níveis relativamente elevados de perfeccionismo podem reduzir a probabilidade de o sujeito procurar ajuda (Habke, 1997 *in* Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002). Por outro lado, estilos de auto-apresentação perfeccionista irão tornar extremamente difícil para muitas pessoas com perturbações alimentares, a aceitação de um tratamento para um “distúrbio” ou um “problema”, o que leva a que a sua vinda à terapia seja resultado da pressão de familiares ou amigos, não sendo muito bem vista por elas próprias (Goldner *et al*, 1996 *in* Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002) - o que não foi o caso de R., que demonstrou ter já alguma consciência da gravidade e impacto negativo do seu modo de funcionamento. Quando os pacientes com uma perturbação alimentar se encontram em tratamento, o perfeccionismo pode interferir com o desenvolvimento da aliança terapêutica: os estilos de auto-apresentação perfeccionista podem ser um forte impedimento ao *self-disclosure* necessário ao estabelecimento de uma relação terapêutica - que, como foi referido, não sucedeu com a nossa doente; os perfeccionistas do tipo “auto-orientado” tendem também a apresentar níveis altos de auto-crítica, o que leva a que a discussão dos problemas possa ser experienciada como intensamente dolorosa e nociva. As pessoas com distúrbios alimentares poderão ter ainda dificuldades na definição de objectivos terapêuticos realistas e apropriados, avaliando o desenrolar do tratamento - sucessos e fracassos - através de um pensamento

“tudo-ou-nada”. Essa atitude pode levar a sentimentos de frustração e insatisfação se os resultados não forem imediatos e perfeitos, chegando mesmo alguns pacientes a abandonar prematuramente o tratamento, evitando assim a exposição ao que eles percebem como falhas pessoais (Goldner, Cockell & Srikanth, 2002). Pensamos que tal não acontecerá com R., a qual demonstra uma boa compreensibilidade e aceitação do seu problema, assim como uma grande motivação para a mudança, o que se deixa antever um bom prognóstico.

COMENTÁRIO PESSOAL

O caso clínico de R. foi um dos últimos a ser iniciado e, embora não tenham sido realizadas muitas consultas, tratou-se de um caso que nos despertou um grande interesse e que acompanhamos com muito entusiasmo. R. foi uma doente por quem sentimos uma simpatia especial desde o primeiro contacto, talvez porque nos revimos em alguns dos aspectos por si relatados. Porém, esta situação também nos fez compreender que, por vezes, pode ser um pouco difícil manter uma postura completamente profissional com os doentes, a qual esperamos ter conseguido apresentar no caso de R.. Mas sentimos que tenho de tê-los de estar mais atentos, por comparação com outros casos, à forma como estávamos em consulta. Pensamos que o facto de ter experienciado este tipo de situação durante o estágio terá sido bastante importante, pois permitiu-nos reflectir sobre uma questão que de outra forma não despertaria, possivelmente, a nossa atenção.

Outro dos motivos que levaram a que este caso se apresente de particular interesse, diz respeito ao facto de a doente apresentar um quadro de perturbação alimentar, o que não é comum acontecer na Consulta de Stress. Como os quadros clínicos relativos a distúrbios do foro alimentar sempre nos suscitaram grande curiosidade, e uma vez que pensávamos não ser possível contactar com este tipo de perturbação durante o estágio, foi com muito agrado que encarámos o facto de poder acompanhar o caso de R.. Embora tenha exigido um trabalho cuidadoso de leitura e investigação, pois ainda não tínhamos efectuado nenhuma pesquisa no domínio destas perturbações, este caso clínico representou uma excelente oportunidade de aprendizagem acerca dos distúrbios alimentares. Será, concerteza, um dos casos que mais recordaremos no futuro, por nos ter marcado de uma forma especial.

O acompanhamento de R. foi ainda caracterizado por um outro aspecto, nem sempre presente nos doentes, que tem a ver com o elevado nível de *insight* e sentido crítico da doente relativamente ao seu problema, o que, julgamos, facilitará acentuadamente o bom desenrolar do processo terapêutico. Além disso, pensamos que este facto oferece também um bom motivo de análise pessoal acerca da importância e influência que essas características do doente podem ter na forma como se conduz o seu acompanhamento.

CASO CLÍNICO 07

DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: K.L.J.

Idade: 22 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Habilitações Literárias: 10º ano

Profissão: Secretária numa empresa de construção civil

Residência: L.

Agregado Familiar: Namorado

MOTIVO DA CONSULTA

K. foi internada na Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. no dia 12 de Junho, embora o acompanhamento psicológico apenas tenha tido início no dia 18 de Junho. O internamento ocorreu por encaminhamento do Professor Doutor Vaz Serra, o qual refere como principais dificuldades da doente as frequentes tentativas de suicídio. K. está medicada com *Seroxat* desde Outubro de 2001.

Apesar da doente ser de nacionalidade inglesa, apresenta um discurso fluente, coerente e de fácil compreensão.

DIFICULDADES ACTUAIS

K. aponta como principais dificuldades o seu estado depressivo e as frequentes tentativas de suicídio, afirmando que a última ocorreu há cerca de dez dias. A doente conta que chegou a fazer duas tentativas em três semanas, acrescentando que quando está muito em baixo sente-se desesperada, tendo pensamentos do tipo: “*Não aguento com a vida*”, “*A vida não vale a pena*”, “*Nunca vou conseguir ultrapassar os meus problemas*”, “*Quando fico em baixo e não aguento, só quero morrer*”. As tentativas de suicídio mais recentes têm ocorrido por ingestão medicamentosa, sendo que na última chegou a ingerir cerca de 60 comprimidos - comprados com antecedência - juntamente com álcool: “*A última tentativa foi planeada... fui comprando os comprimidos*”, afirma. Na sua opinião, é a tristeza que sente na altura, que a leva a tentar o suicídio.

Refere que, numa semana, está dois dias contente, dois ou três dias “*mais ou menos*” e dois dias “*muito em baixo*”, acrescentando que oscila muito de humor. Segundo afirma, basta pensar no seu passado, em tudo o que viveu, para começar a sentir-se “*em baixo*”, porém, noutras situações pode não acontecer nada que a leve a ter tais pensamentos, “*e isso é o pior*”. Menciona igualmente que, nessas alturas, sente-se sem energia, com vontade de morrer e demasiadamente preocupada com o seu aspecto físico. A este propósito, K. refere que não gosta do seu corpo, acha-se demasiado gorda e, por tal motivo, diz pretende emagrecer: “*Não*

gosto de mim... de nada". Relativamente a este aspecto, conta que há cerca de seis/sete meses "*passsei por uma fase bulímica*", em que induzia o vômito sempre que comia, contudo, há cerca de um mês e meio que esses episódios bulímicos deixaram de ocorrer: "*Comecei a dar-me conta que em vez de emagrecer, engordava*". Actualmente, K. pesa 53 kg, embora mencione que o seu desejo é chegar aos 48/50 kg, acrescentando que se pesa de três em três dias. Refere também que nunca gostou do seu corpo, "*desde os 15/16 anos... talvez mais cedo.*", havendo um período em que nem era capaz de olhar para ele porque "*via-me enorme*". Agora, quando se olha ao espelho, vê-se como se pesasse 70 kg, afirmando que os seus pensamentos, nessa ocasião, são do tipo "*não gosto do meu corpo*". Afirma que, se pudesse, gostava de mudar o peito, os braços e as pernas e de ter a anca mais fina.

Da sua alimentação actual, que classifica como "*saudável*", constam: frango, peru, febras, massas, comida vegetariana, legumes, fruta, iogurtes e fibras; peixe não come porque não gosta e não come pão; quanto a doces evita. Para além disso, também frequenta um ginásio, habitualmente quatro vezes por semana - durante 01h30m - , como forma de controlar o peso. A doente conta que hoje em dia veste o número 34/36, mas já houve épocas em que vestiu o 38/40, mencionando que quando vai a uma loja para comprar roupa consegue olhar-se ao espelho, mas normalmente fica tão "*em baixo*", que já não consegue ir a mais nenhuma loja nesse dia: "*Detesto comprar roupa!*". K. relata também que tem vergonha de andar de biquini, motivo pelo qual não vai muito à praia, embora a sua casa fique a dois minutos, e quando vai escolhe uma praia mais desconhecida. Refere que tem medo do que as pessoas possam pensar de si, por exemplo, "*Como é que ela pode andar na praia com este corpo?*". Menciona ainda que o namorado a acha muita magra, opinião com a qual não concorda. K. afirma que as partes do seu corpo de que não gosta são, principalmente, as pernas, os braços, o peito e a anca: "*Só gosto dos pés e das mãos*". Mesmo assim, consegue reconhecer que "*há coisas dentro de mim que gosto: sou honesta, sou amiga, gosto de ajudar as pessoas e os animais...*". No entanto, considera que "*também há coisas dentro de mim que não gosto: a depressão, o medo, os pensamentos...*".

Uma outra área de dificuldades apontada por K. diz respeito ao seu comportamento auto-agressivo, referindo que as auto-mutilações são como se fosse um "*castigo*", "*por não ser o que quero*" e "*por não ser o que o meu pai quer*", pois ele sempre lhe incutiu que devia ser perfeita: "*Mereço ser castigada!*". Menciona que a última vez que se auto-mutilou foi há cerca de quinze dias, uma semana antes de ser internada, tendo cortado os pulsos porque "*a dor que sentia por dentro era tanta que tinha que a passar para uma dor física; a dor física era mais fácil de suportar*". Porém, as auto-mutilações podem ocorrer sob diversas formas, designadamente, agredir-se a si própria, puxar os cabelos, bater com a cabeça na parede,

olhar-se ao espelho e apertar a cara com os dedos. Acrescenta ainda que, hoje em dia, *“fumo para ter cancro”*.

Na sua opinião, muitas pessoas não acreditam que é uma pessoa doente, porque não tem uma doença fisicamente visível. Assim, considera que uma doença física é muito mais valorizada e compreendida pelos outros e, acima de tudo, mais fácil de suportar. Por esse motivo, quando se sente *“em baixo”*, refere que é uma dor *“tão insuportável”* que sente necessidade de se auto-mutilar para sentir uma dor física que lhe causa menos sofrimento. Para além disso, K. menciona que noutras ocasiões em que se sente mais em baixo, costuma vestir um blusão com capucho onde se esconde, *“meto-me no meu mundo e desligo-me completamente do que está à minha volta”*, ficando a pensar em tudo o que viveu no seu passado. Considera igualmente que quando tem problemas ou surge alguma contrariedade, prefere *“fugir”* do que enfrentar a situação: *“Sei que fujo dos problemas...”*.

Outra das dificuldades apontadas pela doente diz respeito ao facto de se sentir *“inferior”* em situações sociais, sendo que nessas ocasiões lhe ocorrem pensamentos do tipo: *“Não sou tão bonita, tão divertida e tão magra como os outros”*. Refere também que quando está nesses contextos centra-se muito em si e não ouve as conversas. Diz sentir-se diferente do mundo, afirmando: *“Sinto que as pessoas não gostam de mim. Nem podem gostar...”*, *“Acho que não mereço estar num grupo”*. Considera ainda que dá maior importância aos comentários negativos do que aos positivos, dizendo que não acredita nos elogios que lhe fazem. Menciona que com os amigos sente-se mais à vontade, no entanto, afirma também que a sua melhor amiga é *“tudo”* o que ela queria ser: bonita, magra, popular, simpática.

A doente menciona que um dos seus maiores receios refere-se à possibilidade de voltar a ter ataques de pânico - de que sofreu durante mais de um ano, entre os 18 e os 19 anos - e de voltar a *“sentir insegurança”*, pese embora o facto de já há cerca de um ano não ter ataques de pânico, o que atribui ao facto de ter começado a namorar com R., com quem se sente *“segura”*. Diz que neste momento, já consegue fazer viagens longas de carro com o seu namorado, o que na altura era impossível.

Um outro aspecto relatado por K. diz respeito à sua preocupação com a limpeza em casas-de-banho públicas. A doente conta que no internamento tem por hábito limpar a sanita com dois toalhetes antes de a utilizar - *“Uso dois porque só com um posso estar a espalhar”*, apaga a luz com o cotovelo e, ao sair, abre a porta com papel. Menciona que o seu receio é que existam *“germes”* por falta de cuidado das pessoas, por exemplo, por não lavarem as mãos, acrescentando que tal se verifica *“mais na casas casas-de-banho”*. Porém, diz que às vezes se preocupa com a SIDA, embora conheça as formas de transmissão do vírus. K. afirma que essa sua preocupação iniciou-se há cerca de três anos, lembrando que foi a partir de um

trabalho sobre higiene realizado na escola e de uma notícia que ouviu sobre vírus detectados em amendoins, que começou a preocupar-se com tal questão. Refere ainda que foi durante a fase bulímica que começou a limpar mais a sanita, por estar tão perto dela quando vomitava. A doente menciona que este é um aspecto que não gostaria de mudar, pois acha que não é um grande problema. Quando questionada sobre se a preocupação com a limpeza se estende a outras áreas, K. responde que lava os dentes quatro a cinco vezes por dia, durante três/quatro minutos, e limpa os ouvidos de dois em dois dias, embora não considere tais comportamentos excessivos. A este propósito, a doente relata que a sua mãe também é muito preocupada com a limpeza, o que a leva a considerar que em casa da mãe não precisa de ter estes cuidados. No entanto, no seu local de trabalho também tem “*alguns cuidados*”.

Relativamente ao impacto que o seu problema tem nas pessoas que lhe são mais próximas, K. refere que o namorado a compreende e apoia bastante, acrescentando que ele a tem ajudado muito a lidar com os seus problemas. Assim, conta que frequentam ambos o ginásio, ele coopera com ela nas lides domésticas, partilham a “*alimentação saudável*” e que, acima de tudo, ele fá-la sentir segura: “*Eu sei que ele me ama...*”. Menciona igualmente que a relação com a mãe melhorou substancialmente depois de ter partilhado com ela as suas dificuldades, acrescentando que estão ainda mais próximas depois de a doente ter sido internada. K. faz ainda referência ao facto de tanto o seu namorado como a sua mãe ficarem “*muito preocupados*” quando ocorrem tentativas de suicídio, “*quando isso acontece têm medo de me deixar sozinha em casa*”, preocupação que para si é exagerada. Quanto ao pai, K. afirma que actualmente a relação entre ambos é muito distante.

Segundo a doente, ela e o namorado têm muitos projectos juntos, pelo que, se as suas dificuldades se resolvessem, gostaria de casar e ter filhos: “*Quero ter a minha própria família*”. Uma das suas grandes preocupações é a de não vir a ser uma boa mãe, afirmando que “*eu não quero tratar os meus filhos da mesma forma como me trataram*”. Neste momento, a ideia de ser mãe preocupa-a, uma vez que a vontade de morrer tem aumentado, e as tentativas de suicídio têm sido mais graves, reconhecendo que antes de constituir uma família terá de se tratar. Na sua opinião, a grande solução para os seus problemas será aceitar o seu passado e focar a sua atenção no futuro. A doente considera que não vai ser fácil, mas está disposta a esforçar-se.

No que respeita às áreas de bom funcionamento e interesses, K. menciona que depois do trabalho, costuma passear com a sua cadela, antes de ir ao ginásio com o namorado. Afirma igualmente que costuma escrever muitas vezes e que também gosta muito de ler, referindo que lê todos os dias: “*Não consigo dormir sem ler*”. Na sua opinião, ler um livro pode ser “*bom ou mau*”, pois às vezes lê para se “*esconder*” dentro do livro, “*porque*

alivia". K. menciona que os seus objectivos de vida são: *"Deixar de fumar"*; *"Casar no estrangeiro"* - sem a presença da família; *"Não me deixar afectar pelos pensamentos negativos"*; *"Aprender a gostar de mim"*; *"Aprender a lidar com a depressão"*; *"Enfrentar os meus medos sem fugir"*; *"Deixar a medicação"*; *"Gostar mais de mim e cuidar de mim"* - pensa que vai ser dos objectivos mais difíceis de atingir; *"Não deixar que as coisas negativas tenham mais peso que as positivas"*; *"Ser eu própria, e não um produto do que os outros querem"*; *"Aceitar os elogios e acreditar neles"* - o que não acontece neste momento; *"Não deixar um dia mau estragar três dias bons"*; *"Acreditar nas minhas capacidades para atingir os meus objectivos"*; *"Viver para o meu futuro e não no meu passado familiar"*; *"Arranjar outra forma para libertar as dores"* - por exemplo, desporto e não auto-mutilações. Esta lista foi escrita pela doente no início do internamento, tendo sido trazida por si para a consulta e lida em voz alta.

Os seus planos para o futuro passam por: deixar a medicação; casar, na República Dominicana, talvez em Fevereiro; ter um filho, talvez daqui a dois anos, quando deixar a medicação e se sentir melhor consigo própria, pois, como afirma, *"não quero cometer o mesmo erro que os meus pais"*. Acrescenta que não mudava muito em si, *"não mudava as minhas qualidades"*, mas sim a maneira de lidar com as situações, e, especialmente, a vontade que tem em morrer. Quanto aos objectivos para a terapia, a doente menciona que gostaria de ser mais magra, aprender a gostar mais de si, *"enfrentar os problemas sem fugir"*, *"não me deixar afectar pelos pensamentos negativos"* e, acima de tudo, *"viver para o meu futuro e não no meu passado"*.

Nota: Não nos é possível apresentar resultados de escalas e inventários de auto-resposta, embora os mesmos tenham sido entregues à doente, porque que K. decidiu abandonar o internamento antes do tempo previsto, sem ter devolvido as escalas e questionários que lhe foram solicitados preencher.

FORMULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

De acordo a informação recolhida, poder-se-á considerar que K. apresenta, de acordo com o DSM-IV-TR (A.P.A., 2000), o diagnóstico de **Perturbação Estado-Limite da Personalidade** (código 301.83).

As dificuldades de K. sugerem um padrão global de instabilidade, designadamente no âmbito da sua identidade e auto-imagem, dos seus comportamentos marcadamente impulsivos e dos episódios depressivos recorrentes, os quais conduzem a tentativas de suicídio frequentes. A doente apresenta, designadamente, os seguintes critérios:

- Perturbação da identidade: instabilidade persistente e marcada da auto-imagem ou do sentido de si própria, visível sobretudo no facto de não gostar do próprio corpo, na distorção da imagem corporal e na indefinição do percurso profissional a seguir.
- Impulsividade pelo menos em duas áreas que são potencialmente auto-lesivas: abuso de substâncias, nomeadamente estupefacientes - K. menciona que durante a adolescência consumiu haxixe e *ecstasy* - , e álcool - a doente refere que antes de tomar medicação bebia muito quando saía à noite; ingestão alimentar maciça - como se verificou em alguns episódios de empanturramento.
- Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou de comportamento auto-mutilante, frequentemente presentes desde muito cedo na vida da doente.
- Instabilidade afectiva por reactividade de humor marcada - episódios intensos de disforia, irritabilidade e ansiedade. K. fez referência sobretudo a episódios de disforia, designadamente nos momentos que antecedem as tentativas de suicídio.
- Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado. A doente refere que, pese embora tudo o que passou ao longo da sua vida na companhia do seu pai, ainda hoje se preocupa em lhe agradar, em ser admirada e valorizada por ele. K. descreve situações que reflectem os seus esforços para conquistar a sua admiração, por exemplo: usar um anel por saber que *“ele ia ficar contente”*; tirar um curso superior porque sabe que *“ele se iria sentir orgulhoso”*; as várias tentativas de reaproximação, por exemplo, convidá-lo para os seus anos ou para o Natal, ainda que *“ele nunca esteja presente nas ocasiões importantes”*.
- Sentimento crónico de vazio, presente em expressões do tipo: *“Não aguento com a vida”*, *“A vida não vale a pena”*, *“Não aguento, só quero morrer”*.

As informações fornecidas por K., parecem aludir igualmente à existência de algum desconforto em situações sociais, porém, não nos foi possível avaliar melhor este aspecto dado o espaço de tempo limitado em que decorreu a terapia. Além disso, poderemos colocar a hipótese de tal desconforto se poder dever à auto-imagem negativa, e consequente baixa auto-estima, claramente evidenciadas por K..

A análise da História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias permite-nos considerar a formação de alguns esquemas precoces mal-adaptativos que se constituem como factores predisponentes, sendo que para a formação de tais esquemas terão contribuído determinados acontecimentos e vivências que tiveram lugar nos primeiros anos de vida da doente. K. viveu uma infância problemática, em que eram frequentes as discussões entre os pais, e que culminaram num processo de divórcio, tinha a doente seis anos, assim como os comentários depreciativos do pai em relação à mãe - no período pós-divórcio, nomeadamente, fazendo referência ao facto de a mãe ter abandonado os filhos e destes não serem importantes

para ela - recorde-se que K. e os irmãos ficaram a viver com o pai porque a mãe não tinha condições económicas para os ter a seu cargo, informação que a doente refere só vir a saber recentemente: *“sempre acreditei que a minha mãe não queria saber de nós”*. Tais acontecimentos poderão ter contribuído para a formação de um esquema de abandono (Leahy, 2006), principalmente por K. ter uma relação muito próxima com a mãe antes dos pais se divorciarem e por, ao longo da sua infância e adolescência, ter sido frequentemente expulsa de casa do pai, sem aparente motivo, simplesmente porque *“o meu pai descarregava os seus problemas em nós”*. As constantes críticas dirigidas pelo seu pai ao seu valor pessoal, bem como o facto de ser repetidas vezes alvo de comentários pouco abonatórios relativamente ao seu peso, e ainda o conhecimento acerca da sua gravidez não ter sido desejada, poderão ser associados à formação de um esquema de indesejabilidade/imperfeição (Leahy, 2006). A desvalorização e ausência de reforço pelos seus sucessos escolares terão dado origem a um esquema de fracasso, assim como o facto de todos os irmãos, à excepção de K., terem estudado em Inglaterra e tirado um curso superior terá contribuído para a formação de um esquema de inferioridade (Leahy, 2006). A ausência de demonstrações de afecto e carinho, nomeadamente por parte do pai, estará na base de crenças relativas à privação emocional.

Por outro lado, a valorização excessiva dada pelo pai à aparência física, visível sobretudo nos comentários que fazia para os amigos acerca das suas filhas, estará na origem da extrema importância atribuída por K. à sua imagem corporal, com a consequente utilização de diversas estratégias para atingir ou manter um peso considerado ideal. As interacções agressivas em termos verbais e comportamentais protagonizadas pelo seu pai terão contribuído para um auto-controlo insuficiente e um padrão de comportamento impulsivo, que por sua vez se manifestam nas recorrentes tentativas de suicídio e nos comportamentos auto-mutiladores - considerados pela doente como uma forma de punição por não ser *“perfeita como meu o pai queria”* - e que poderão estar associados igualmente a um esquema de auto-sacrifício. Este conjunto de acontecimentos estarão, assim, na origem de crenças do tipo *“Eu sou inferior”*, *“Eu sou inaceitável”*, *“Eu sou imperfeita”* e *“Eu mereço ser castigada”* (Beck, 2007). Por outro lado, a formação de crenças do tipo *“Eu não tenho lugar”* e *“Eu nunca estou segura”* estará, igualmente, associada ao facto de K. ser sucessivamente expulsa das casas do pai e da mãe, muitas vezes sem motivo aparente, o que a levava a nunca se sentir em segurança onde quer que vivesse, facto frequentemente expresso por si.

K. evidenciou desde cedo todo um padrão de instabilidade comportamental e afectiva, de que são exemplo as auto-agressões e tentativas de suicídio presentes desde muito cedo na sua vida, pelo que não nos é possível identificar um acontecimento e/ou situação que se possa constituir como um factor precipitante para as dificuldades evidenciadas pela doente.

No que respeita aos factores de manutenção, salienta-se a importância das distorções cognitivas, entre as quais podemos referir: Pensamento Dicotómico, presente, por exemplo, quando se avalia a si própria em termos de “*Se não sou perfeita, mereço ser castigada*” e “*Não gosto de mim... de nada*”, ou quando refere que a sua melhor amiga é “*tudo*” o que queria ser - bonita, magra, popular, simpática; Personalização, ao considerar que “*Sinto que as pessoas não gostam de mim*”; Catastrofização, demonstrada em pensamentos do tipo “*A vida não vale a pena*” e “*Nunca vou conseguir ultrapassar os meus problemas*”; Leitura da Mente, quando afirma saber o que os outros pensam de si, por exemplo, em relação ao seu corpo (Beck, 2007). Da mesma forma, também as relações familiares relativamente distantes, tanto com o pai como com os irmãos, as suas dificuldades de expressão emocional e de controlo dos impulsos - designadamente, o recurso sistemático às tentativas de suicídio, que constitui um alvo de preocupação para a sua mãe e o seu namorado - , a utilização de estratégias de *coping* disfuncionais - como por exemplo, o evitamento do confronto com os problemas e os comportamentos de auto-mutilação - , favorecem a manutenção dos problemas de K., ajudando a perpetuar uma visão negativa de si mesma, associada a uma imagem de indesejabilidade, imperfeição e inferioridade (Wright, Basco & Thase, 2008). Finalmente, considera-se também que os ganhos secundários associados às dificuldades da doente, nomeadamente, o apoio por parte do namorado e a re-aproximação com a mãe, contribuem para a manutenção dos seus problemas.

PROTOCOLO TERAPÊUTICO

<p>Objectivo Geral 1: Estabelecimento de uma relação terapêutica de empatia, respeito e aceitação incondicional da doente.</p>	<p>Objectivos Específicos: 1.1 Familiarização da doente com os objectivos gerais e procedimentos da terapia; 1.2 Realçar a importância da participação activa da doente e da realização dos trabalhos de casa, no desenvolvimento eficaz do processo terapêutico; 1.3 Permitir uma experiência interpessoal significativa, ajudando a doente a perceber as terapeutas como pessoas em quem se pode confiar.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitação incondicional da doente; ▪ Garantia do sigilo profissional; ▪ Escuta empática; ▪ Racional do Modelo Cognitivo-Comportamental (Beck, Emery & Greenberg, 1985). 	
<p>Objectivo Geral 2: Identificação e modificação de Pensamentos Automáticos Negativos.</p>	<p>Objectivos Específicos: 2.1 Aprender a noção de Pensamento Automático Negativo e a sua relação com a experiência de emoções; 2.2 Treinar a doente na identificação dos P.A.N.; 2.3 Identificar distorções cognitivas; 2.4 Ensinar a doente a questionar persistentemente a validade dos P.A.N.; 2.5 Modificar o diálogo interno da doente através da substituição dos P.A.N. por Pensamentos Racionais Alternativos.</p>

Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racional da relação Situação – Pensamento – Emoção – Comportamento (Beck, 1995); ▪ Desafio verbal dos Pensamentos Automáticos Negativos, através de Diálogo Socrático e Flecha Descendente, e consequente modificação em Pensamentos Racionais Alternativos (Beck, 1995); ▪ Preenchimento de Registos de Auto-monitorização. 	
Objectivo Geral 3: Flexibilização dos Esquemas Disfuncionais da doente.	Objectivos Específicos: <p>3.1 Reenquadramento do conjunto das dificuldades da doente como tendo uma base comum relacionada com questões de instabilidade emocional e auto-controlo;</p> <p>3.2 Exploração dos episódios e mensagens significativas recebidas durante a infância e adolescência passíveis de terem constituído áreas de maior vulnerabilidade;</p> <p>3.3 Testar a validade dos esquemas mal-adaptativos.</p>
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familiarização da doente com as noções de esquema, processos e produtos (Young, 1990) e esclarecimento da forma como estes estão a contribuir para a manutenção das suas dificuldades; ▪ Promover e rever experiências comportamentais nas quais a doente possa testar a validade dos esquemas mal-adaptativos e expectativas negativas face a si e aos outros. 	
Objectivo Geral 4: Aumento do controlo sobre as emoções.	Objectivos Específicos: <p>4.1 Identificação das habituais respostas emocionais da doente às situações;</p> <p>4.2 Desenvolvimento de alternativas de resposta nas situações-problema;</p> <p>4.3 Aprendizagem de formas adaptativas de expressão das emoções.</p>
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Listagem e registo das situações-problema; ▪ Exame crítico dos pensamentos ocorridos nas situações-problema através de estratégias de reestruturação cognitiva (Beck, 1995); ▪ Identificação de P.A.N. e sua substituição por P.R.A.; ▪ Modelamento de expressões adequadas das emoções; ▪ Escrever uma carta dirigida ao pai, na qual pudesse expressar tudo o que desejasse dizer-lhe. 	
Objectivo Geral 5: Aumento do controlo sobre os impulsos.	Objectivos Específicos: <p>5.1 Desenvolver a capacidade de <i>escolher</i> se quer agir ou não segundo o impulso;</p> <p>5.2 Aquisição do controlo de impulsos, visando a redução e posterior eliminação dos comportamentos de auto-mutilação e dos comportamentos suicidários;</p> <p>5.3 Desenvolver a capacidade de discriminação de estímulos susceptíveis de desencadear a resposta impulsiva.</p>
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorar as vantagens e desvantagens da resposta impulsiva (Beck & Freeman, 1990); ▪ Examinar os pensamentos e emoções associados à resposta impulsiva; ▪ Identificar alternativas ao comportamento de auto-mutilação; ▪ Questionar a tentativa de suicídio como estratégia eficaz de resolução de problemas; ▪ Auto-monitorização dos comportamentos suicidários (Williams & Moorey, 1994); ▪ Listagem de actividades de interesse e prazer e envolvimento da doente nas mesmas. 	
Objectivo Geral 6: Promoção de um sentido mais claro e definido de identidade pessoal.	Objectivos Específicos: <p>6.1 Fomentar o sentimento de autonomia da doente;</p> <p>6.2 Aumentar os níveis de actividades e experiências de auto-eficácia;</p> <p>6.3 Construção de uma imagem pessoal mais realista.</p>
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição de objectivos pessoais e profissionais a alcançar a curto e a médio prazo; ▪ Listagem de qualidades e competências pessoais; 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão acerca de objectivos pessoais e profissionais já concretizados. 	
<p>Objectivo Geral 7: Promoção da manutenção e generalização dos ganhos terapêuticos com prevenção da recaída.</p>	<p>Objectivos Específicos: 7.1 Balanço do processo terapêutico; 7.2 Definição de objectivos a longo prazo; 7.3 Manutenção das estratégias aprendidas e dos ganhos adquiridos; 7.4 Previsão das possíveis dificuldades que possam desencadear episódios de auto-mutilação e comportamentos suicidários.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atribuição dos ganhos alcançados ao esforço e empenho da doente ▪ Revisão das técnicas aprendidas; ▪ Antecipação das dificuldades futuras; ▪ Reforço positivo e <i>Prompting</i>. 	

FEEDBACK DA INTERVENÇÃO REALIZADA

A doente foi internada na Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. no dia 12 de Junho de 2003, por indicação do Professor Doutor Vaz Serra. No entanto, a doente foi contactada por nós apenas uma semana depois, no dia 18 de Junho, uma vez que apenas nesse dia tomámos conhecimento do seu internamento. Tivemos, então, a oportunidade de estabelecer um primeiro contacto com a doente que, na altura, se mostrou surpresa com o facto de não ter tido qualquer acompanhamento psicológico durante a semana. Ainda assim, mostrava-se satisfeita com o decorrer da primeira semana no internamento, referindo que gostava especialmente de frequentar o ginásio, o que fazia diariamente, pela manhã. Mencionou apenas como algo menos bom, as refeições, uma vez que não gosta de algumas carnes e peixe, fazendo uma refeição muito à base de legumes e massas.

O internamento prolongou-se até ao dia 1 de Julho de 2003, de modo que ao longo deste período houve um total de oito consultas. Desde o início, K. mostrou muita dificuldade em falar abertamente das suas áreas de dificuldade, passando a maior parte das consultas a chorar. A própria doente referia que era muito difícil para si falar dos seus problemas, uma vez que tal implicava falar do seu passado, algo que preferia esquecer. Foi debatido com K. até que ponto tentar esquecer o que aconteceu ou, simplesmente, não falar disso, poderia ou não ajudá-la a ultrapassar as suas dificuldades. Assim, foi sugerido à doente que fosse ela a decidir o que pretendia conversar na consulta. Deste modo, todos os dias K. tinha como trabalho de casa preparar a consulta seguinte, isto é, escrever o que pretendia abordar na sessão, sugestão que foi rapidamente aceite pela doente, que refere gostar de escrever. Verificou-se, então, que o que para si constituía maior dificuldade era falar do seu passado, pelo que quando se iniciou a recolha de informação relativa à história do desenvolvimento a doente expressou a sua vontade em ter sessões mais curtas: *“É muito difícil para mim falar nisto... falar sobre coisas que nunca partilhei com ninguém”*. Há medida que a doente foi revelando aspectos significativos da sua vida, foi-nos questionando acerca da nossa opinião

em relação a si, afirmando rezear que a achássemos mentirosa ou que culpabilizasse sempre os outros pelas suas dificuldades. Assim, foi explicado à doente que a nossa função não seria formar juízos de valor mas, antes, perceber as suas dificuldades e ajudá-la a ultrapassá-las. Durante as consultas K. foi referindo que, há medida que partilhava connosco o seu passado, sentia uma grande necessidade de falar com o seu pai e dizer-lhe abertamente o que a tem magoado ao longo destes anos, embora afirme que *“não tenho coragem”*. Perante tal facto, foi sugerido à doente que escrevesse uma carta endereçada ao seu pai, sugestão que a agradou.

Foi transmitido à doente o Racional do Modelo Cognitivo-Comportamental, destacando-se a relação existente entre Situação – Pensamento – Emoção – Comportamento, facilmente percebido pela doente. Assim, procurou-se demonstrar a K. que não são as situações por si só que nos incomodam ou que nos fazem sentir de determinada forma, mas a interpretação que fazemos delas. Neste sentido, explicou-se à doente que muitas vezes a interpretação que fazemos dos acontecimentos não é necessariamente a mais adaptativa, daí a necessidade de termos em conta outros pontos de vista. Deste modo, foi discutida a possibilidade de, muitas vezes, fazermos uma avaliação distorcida e irrealista de nós mesmos.

De seguida, sugeriu-se à doente que fizesse uma descrição das suas qualidades e competências pessoais. Na consulta seguinte, K. afirmou ter elaborado uma lista onde descreve as suas qualidades pessoais, o que foi alvo de reforço. Da sua lista constavam os seguintes tópicos: *“Sou sensível às necessidades dos outros”* - diz que é uma das coisas que não mudava em si; *“Sei ouvir as pessoas”*; *“Gosto de ajudar os outros”* - a este propósito, diz que prefere dar do que receber; *“Sou inteligente. Acho que tenho capacidades”*; *“Sou alegre. Tenho capacidade de fazer os outros rir”*; *“Sou honesta”*; *“Sou uma pessoa em quem se pode confiar”*; *“Sou enérgica”*; *“Gosto de estar em equipa”*; *“Sou educada e adequada”*.

Foram, igualmente, debatidas com a doente áreas de interesse, ou seja, actividades que lhe dão prazer. A doente menciona que gosta muita de ajudar os outros, *“É uma forma de me sentir útil saber que posso fazer alguém feliz”*, e de passear com o seu namorado e com a sua cadela. A doente foi ajudada a reflectir nas coisas boas que tem hoje em dia e até que ponto está ou não a valorizá-las. A própria doente reconhece que *“eu neste momento tenho motivos para estar feliz... tenho o meu noivo, estamos a pensar em casar... mas tenho vontade de morrer, parece uma contradição”*. Assim, mais uma vez, foi debatido com K. até que ponto damos a devida importância às coisas boas que temos.

Na sexta consulta a doente expressou a sua vontade de abandonar o internamento na semana seguinte, uma vez que assim que deu entrada no internamento o seu psiquiatra ter-lhe-á dito que iria ficar duas a três semanas. Debatemos com a doente o facto de ainda estarmos numa fase muito inicial do processo terapêutico, sendo discutidas as vantagens e desvantagens

em continuar internada. Na sessão seguinte, a doente apresentou-se em consulta expressando alguma tristeza e preocupação. A doente comentou que a sua colega de quarto teve alta e, nesse momento, preocupava-a não saber quem irá ocupar o seu lugar. A doente referiu que antes de ir embora a colega teceu o seguinte comentário: *“Não precisas de estar aqui”*, o que a magoou. K. considera que as pessoas, de um modo geral, não compreendem o seu sofrimento, *“as pessoas acham que eu sou mentirosa”*. K. contou que a pedido de uma das doentes do internamento, tem comprado constantemente limões, contudo, devido à frequência com que o faz e aos comentários de alguns enfermeiros que reprovam tal atitude, a doente decidiu questionar a médica da doente acerca disso. K. afirmou que a médica foi indelicada e falou-lhe de forma agressiva, o que a deixou magoada e a pensar que *“não tem lugar”* em lado nenhum. Foi debatido com a doente até que ponto a intenção da sua colega de quarto ou da médica seria ou não magoá-la e identificadas possíveis interpretações alternativas, por exemplo, a colega apenas queria ser simpática; a médica podia estar aborrecida com alguma coisa. Contudo, K. mostrou-se firme quanto à decisão de ir embora: *“Quero ir para minha casa... já não me estou a sentir bem aqui... sinto que aqui não tenho lugar”*, o que para si significa *“não merecer... ser diferente”*. Foi debatido com a doente até que ponto estes incidentes questionavam o seu lugar no internamento e se seria vantajoso ir ou não embora, ao que a doente demonstrou total resistência, acrescentado que estava decidida a fazê-lo.

Na oitava consulta, K. começou por referir que tomou a decisão de deixar o internamento nesse dia. Afirmou que para essa decisão também contribuiu o facto de não ter gostado da nova colega de quarto, dizendo que tem medo que ela não a deixe dormir, pois *“a senhora parece muito perturbada”*. Mencionou igualmente que é uma pessoa que não gosta muito de mudanças, por isso, desde que soube que a sua colega de quarto ia embora começou a ficar *“mais agitada”*. Disse que o facto de ter chegado a nova colega teve peso na sua decisão, pelo que tentou trocar de quarto, e até teve ofertas de pessoas que trocavam consigo, mas as normas do internamento não o permitiram. Apesar da sua decisão, K. considerou ter valido a pena o tempo que esteve internada, afirmando: *“Vocês ajudaram-me muito! Mas já cheguei ao meu limite... Já estou a isolar-me das pessoas”*. Contou que já consultou quatro ou cinco psicólogos, não tendo gostado de nenhum pois *“parecia que não tinham tempo para mim”*, dizendo que esse é um dos motivos porque tem pena de sair, uma vez que aqui não sentiu isso e gostou das terapeutas. Outra das razões pela qual gostou de estar internada deve-se ao facto de ter feito amizade com algumas pessoas, com as quais pretende manter contacto: *“Sei que as pessoas gostam de mim e acho que vão sentir a minha falta... Somos amigas.”*. Considera que o balanço é mais positivo do que negativo, afirmando: *“Gostei muito de estar aqui. Mas agora tenho medo de voltar a ter medo...”*. Refere que o facto de não ter ficado

“em baixo” por não gostar da nova colega de quarto, e apenas “agitada” já é um bom sinal no que respeita à forma como reage a situações adversas. A doente mencionou que a mãe já encontrou uma psicóloga para si na sua cidade, aguardando por isso que as coisas corram melhor desta vez, uma vez que têm boas referências do seu trabalho. A este respeito, demos a conhecer à doente a possibilidade de ficar em internamento de dia - sugestão dada pelo Prof. Dr. Vaz Serra - , se fosse necessário, hipótese que agradou à doente.

K. relatou que ainda não acabou de escrever a carta para o pai, mas tenciona acabá-la e talvez entregá-la, pois “a carta não é muito má, diz-lhe para aceitar as pessoas como são e para lidar melhor com a vida”.

Quando questionada acerca do que aprendeu com a terapia, a doente aponta os seguintes aspectos: (a) “Finalmente estou a conseguir deixar o meu passado onde deve ficar” - considera que para isso terá contribuído o facto de estar internada, nomeadamente, a possibilidade de “libertar” o que tem dentro de si, de saber que não é a única a ter problemas, de falar com as terapeutas e com as colegas, de ter pessoas que a compreendem; (b) “Não me deixar afectar pelos pensamentos negativos” - diz ter aprendido a importância de “cortar” com esse tipo de pensamentos; (c) “Aprender a gostar de mim” - afirma que tem conseguido olhar-se ao espelho, embora apenas a cara e não o corpo.

A doente terá, em princípio, retomado a terapia na sua cidade.

COMENTÁRIO PESSOAL

O caso clínico de K. teve para nós um significado particular, uma vez que foi o nosso único caso de internamento. Além disso, pensamos que o processo terapêutico poderia ter decorrido de forma melhor, mas foram várias as contingências que influenciaram o nosso trabalho.

Desde o início do acompanhamento, logo no dia em que nos dirigimos ao Internamento – Mulheres para ter a primeira consulta com K., tivémos receio de que este não fosse um caso “fácil” ou em que pudéssemos obter sucesso. Recordamos que a doente estava muito aborrecida por já estar há uma semana no internamento, tendo aguardado durante todo esse tempo pelo acompanhamento psicológico que apenas chegava nesse dia, situação que nos deixou particularmente incomodados.

Não obstante o estabelecimento da relação terapêutica ter sido alcançado de forma relativamente rápida, e embora K. referisse, durante a primeira semana, estar a gostar do internamento, foi sempre notório o seu desejo de permanecer no hospital apenas durante duas semanas; esse foi o tempo determinado pelo seu psiquiatra logo aquando da sua entrada, posição que se manteve, mas que a nós pareceu ser manifestamente insuficiente, dada a

gravidade das suas dificuldades. Assim, sentimos que esta situação condicionou de forma acentuada o nosso trabalho, tendo sido especialmente complicado a definição e estruturação das consultas. A este respeito, questionámo-nos frequentemente sobre a melhor forma de proceder, como conseguir conjugar em tão pouco tempo a fase de avaliação com a de intervenção. A acrescentar a isso, verificou-se ainda o facto de a doente nem sempre querer ter consulta ou passar grande parte das mesmas a chorar, o que tornava o nosso papel ainda mais difícil, assim como o facto de K. começar a não gostar do ambiente vivido no internamento.

Em termos emocionais, foi o caso que mais impacto teve em nós, pois o modo de funcionamento da doente era completamente descompensado, tendo-nos impressionado as inúmeras descrições feitas por si de diversos acontecimentos da sua vida. Conjuntamente, sentíamos que a continuação e a qualidade do nosso trabalho estava dependente de factores externos a nós próprios, o que nos fez sentir extremamente frustrados e impotentes. Além de saber que o tempo de que dispúnhamos era limitado - o que não aconteceu em mais nenhum caso, sendo uma situação totalmente nova - , ainda havia um conjunto de condicionantes a interferir no nosso trabalho, como o atraso na solicitação da nossa presença, as opiniões divergentes de outros profissionais de saúde, ou o facto de a doente não se sentir bem no internamento. Temos plena noção de que o acompanhamento, da forma como decorreu, muito dificilmente conseguiria atingir resultados positivos.

Pese embora a extrema importância de todos os aspectos levantados, a principal questão que este caso nos suscitou, e sobre a qual mais procurámos reflectir, está relacionada com o impacto que pode ter uma situação de internamento nos parâmetros em que decorreu o de K.. Será que existirão mais vantagens ou mais desvantagens? Era por demais evidente a necessidade de existir um acompanhamento psicológico, mas de que forma o mesmo deveria ter tido lugar? Será que existia uma avaliação do modo como a doente estava a reagir ao internamento? Que influência teve a questão da distância em relação ao seu local de residência e o facto de serem raras as visitas dos seus familiares? Não chegámos a conclusões definitivas e absolutas, mas reaceamos que K. não tenha retirado grandes benefícios do tempo que esteve internada e, pior do que isso, tememos que essas duas semanas possam ter constituído mais uma das suas experiências negativas, que acabam por confirmar as suas percepções e manter as suas dificuldades.

Este foi, de facto, o caso que maiores dúvidas nos suscitou sobre a forma como e quando deve ser conduzido o acompanhamento psicológico, e que mais nos fez questionar acerca da possibilidade de o nosso trabalho ser ou não aceite e valorizado em determinados contextos e serviços de saúde.

CASO CLÍNICO 08

Neste caso, apenas foi possível realizar um resumo clínico, na medida em que o acompanhamento se resumiu a quatro consultas, devido ao abandono da terapia por parte da doente. Não obstante, apresentamos a informação que foi possível recolher em relação às dificuldades actuais da doente, apresentando igualmente uma hipótese diagnóstica - que sabemos ser pouco sustentada, dado que muita informação ficou por recolher - e uma possível proposta de intervenção.

DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: A. P. G.

Idade: 23 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Habilitações Literárias: 6º Ano

Profissão: Desempregada

Residência: A. – C.

Agregado Familiar: Mãe e dois irmãos

MOTIVO DA CONSULTA

A. foi encaminhada para o Serviço de Consulta Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. pelo Dr. Horácio Firmino, psiquiatra a quem recorreu em consultório privado. O motivo da consulta remetia para múltiplos problemas pessoais, nomeadamente imaturidade emocional, dificuldades em lidar com a frustração, ideação suicida e tentativas de suicídio repetidas.

DIFICULDADES ACTUAIS

A doente compareceu na consulta acompanhada pela mãe. Vestia adequadamente, aparentando ter uma idade superior à sua idade real. Ao longo da consulta, manteve uma postura corporal normal e um tom de voz adequado, embora estabelecesse pouco contacto visual com as terapeutas. Apresentava um discurso evasivo e circunstancial, descrevendo todos os episódios com muito pormenor, e sendo essas descrições acompanhadas de uma grande expressão emocional - como se a doente estivesse a reviver o que contava.

A. começou por perguntar se tinha que falar dos seus problemas em frente de um grupo de pessoas, acrescentando que essa é uma ideia que não lhe agrada. Em seguida, falou das suas dificuldades quase ininterruptamente, debitando a informação à medida que se ia recordando dos episódios, sem seguir propriamente um fio condutor no seu discurso.

A doente menciona que há cerca de um ano atrás teve uma grande discussão com a mãe, da qual não refere o motivo, episódio esse que a levou a sair de casa. Como já era noite,

decidiu ficar dentro de um “latão”, onde pretendia passar a noite “até morrer de fome ou qualquer coisa...”. A mãe procurou-a, mas A. atirou-lhe com um sapato à cabeça para a afastar. Passadas algumas horas, foi uma vizinha que a convenceu a sair do latão e lhe sugeriu que consultasse o Dr. Horácio Firmino. A. afirma que abandonou as consultas com o seu anterior psiquiatra, porque chegou um dia ao seu consultório e o mesmo se encontrava fechado, por se tratar de um dia em que o médico não dava consultas. Começou, então, a ser seguida pelo Dr. Horácio Firmino há quase um ano. A doente refere que não se importa de ser internada, uma vez que pensa que seria bom “para poder reflectir”. Diz que se tal se vier a verificar, não quer visitas da família, pois já sabe que depois a vão insultar.

Algum tempo depois dessa discussão com a mãe - mais precisamente, a 7 de Fevereiro de 2002 - , a doente resolveu procurar um sítio onde se pudesse “atirar e morrer”, tendo sido esta sua última tentativa de suicídio. A. conta que saiu de casa, dirigiu-se a uma azenha com uma altura de seis metros, fumou um cigarro para se “despedir”, e planeou o modo como se atirar para bater com a cabeça e poder morrer. No entanto, refere que “tive azar e caí de pés”, ficando estendida no chão sem se conseguir mexer. Mesmo assim, foi capaz de pedir ajuda e os bombeiros acabaram por socorrê-la, transportando-a para o hospital. Recorda que lhes pediu que a matassem porque achava que não merecia viver, tendo-lhes também solicitado que entregassem à mãe uma carta que tinha escrito. Mais tarde, voltou a pedir aos médicos e enfermeiros que a matassem, pois as dores eram insuportáveis e estava a sofrer muito. No entanto, descreve o tempo em que esteve no hospital como sendo a única altura da sua vida em que sentiu apoiada e compreendida, elogiando muito a equipa médica e os enfermeiros.

A doente afirma igualmente que, mais ou menos na altura em que começou a consultar o Dr. Horácio Firmino, conheceu um rapaz mais novo (P.), com quem começou a conversar bastante sempre que se encontravam no café. Num dia em que estavam sozinhos na sala de jogos do café, Paulo pediu-lhe para a “beijar na boca”, tendo acabado por ter relações sexuais ali mesmo. A. conta que “a partir daí ele nunca mais me largou” embora lhe tivesse dito que “não me queria pegar a ele”. Após esse dia, voltaram a ter relações sexuais na sala de jogos do café várias vezes. A este propósito, A. diz que, de há uns tempos para cá, deixou de dar tanta confiança aos rapazes porque considera que estava a “desvalorizar” o seu corpo e a sua imagem. Como exemplo, menciona que há cerca de duas semanas, tentou por um fim à sua situação com P., até porque “andava com ele e com outros rapazes ao mesmo tempo...”. Há uma semana atrás recusou um convite que P. lhe fez para passar o fim-de-semana em sua casa. Porém, agora acha que o que sente por ele é mais do que atracção e não sabe como dizer-lhe isso, embora já tenha decidido que vai ter uma conversa com ele para lhe falar dos seus sentimentos e saber das suas intenções. Uns dias mais tarde, quando se encontraram no

café, P. voltou a propor-lhe passarem um fim-de-semana juntos. A. diz ter recusado mas P. começou a beijá-la, pelo que acabaram por voltar a ter relações sexuais na sala de jogos.

A doente considera que actualmente se encontra a “*fazer um esforço para mudar*”: volta a referir que não tem dado tanta confiança aos rapazes quando vai ao café para estes “*não abusarem*” de si. Diz que, neste momento, não se quer envolver com ninguém, pensando apenas em “*recuperar a honra e a dignidade*”. Afirmo já ter dito à mãe quais são as suas intenções mas esta não acredita. Na opinião de A., o facto de já não deixar que os rapazes se aproximem dela, significa que está “*diferente*”, referindo dois exemplos que, na sua opinião, mostram como tem conseguido mudar o seu comportamento: recusou o convite de P. para passar um fim-de-semana em casa dele porque “*não me quero entregar sem o amar*”; disse a um outro rapaz que lhe tocou numa perna que tinha de ter respeito por ela e não devia voltar a fazê-lo. Afirmo igualmente que até há algum tempo atrás não teria tido estas atitudes.

A. menciona que “*gostava de sentir apoio por parte da mãe e da tia*”, acrescentando que elas se “*intrometem muito*” na sua vida, nomeadamente na sua forma de vestir. Sobre este aspecto, diz gostar muito de “*vestir roupas vermelhas e coisas diferentes*”, o que está na origem de discussões frequentes com ambas, uma vez que estas se opõem ao seu gosto pessoal. A este propósito, descreve um episódio em que havia comprado “*um cinto largo muito giro*” e do qual a mãe e a tia não gostaram, o que acabou por constituir motivo de discussão. Perante isto, cortou o cinto aos pedaços e depois foi comprar outro exactamente igual. Relata ainda outro episódio, ocorrido num dia em que tinha consulta, em que a tia lhe terá dito que a toalha que estava a bordar para dar à sua afilhada “*estava mal feita*”. Por esse motivo, A. disse em casa que já não vinha à consulta porque ninguém a apoia e compreende. Foi, no entanto, a tia quem a “*obrigou*” a vir, acabando por acompanhá-la ao hospital.

A doente refere que as discussões com a sua mãe são uma constante, ocorrendo praticamente todas as semanas, e tendo como principais motivos a sua forma de vestir e as suas idas ao café. A. descreveu algumas das discussões mais sérias que teve com a mãe ultimamente. Uma delas foi por causa de uma carteira que a mãe lhe comprou para usar no dia do baptizado da sua afilhada. A. afirma que só quando chegou a casa é que se deu conta que a carteira estava rasgada na parte de trás. Ainda comprou um tecido para tentar arranjá-la mas, como a mãe e a tia não gostaram do que tinha comprado, acabou por deitar tudo fora para se “*vingar*”. Numa outra ocasião, discutiram por A. estar a sair de casa para ir ao café. Segundo a doente, a mãe não gosta que ela vá ao café porque pensa que A. vai falar da sua vida para pessoas estranhas. No entanto, a doente diz que houve uma altura em que de facto falava muito da sua vida, pois não tinha com quem falar em casa e sentia-se mais aliviada quando o fazia, mas agora arrepende-se, sendo menos frequente isso acontecer. Apesar da discussão, A.

acabou por ir ao café na mesma, tendo estado à conversa com uma senhora, a quem acabou por contar que já tinha feito sexo oral e anal. Afirma que no fim se arrependeu, achando que apenas o fez porque estava “*eufórica*”, uma vez que tinha ido ao cabeleireiro e sentia-se bem. Na sua opinião, quando fica assim acaba sempre por contar muitas coisas da sua vida.

A doente considera que a sua mãe não a entende e “*exalta-se*” muito facilmente, considerando que fala dos seus problemas “*na rua*” porque não pode falar deles com a mãe. Acrescenta que o irmão não acredita na sua doença, e costuma dizer-lhe que “*é mania*”. Refere que já chegou à conclusão de que tem que fazer as coisas por si porque a sua mãe e os seus irmãos irão sempre criticá-la. A. menciona que, actualmente, ainda lhe passam pela cabeça “*ideias de suicídio*”, relatando que no dia em que discutiu com a sua mãe por causa das idas ao café pensou em suicidar-se: “*Cheguei a pôr os comprimidos de lado...*”. Porém, refere que desistiu da ideia porque seria “*deitar abaixo*” este esforço que está a fazer e também porque pensou na “*equipa*” que está disposta a tentar ajudá-la.

No que respeita à forma como decorre a sua vida hoje em dia, a doente conta que aguarda uma decisão acerca do seu ingresso num curso do I.E.F.P.. Neste momento não tem nenhuma actividade, dividindo os seus dias entre a casa, em que se ocupa com algumas tarefas domésticas ou trabalhos manuais, e o café da terra. Revela igualmente que durante os fins-de-semana fica na cama porque sabe que não vai conseguir fazer o que a mãe quer e porque não tem “*vontade de arrumar a casa*”, afirmando que o faz para se “*castigar*”. Nestes dias, só se levanta para almoçar e jantar, raramente vai ao café à noite e não cuida da sua higiene pessoal: “*Parece que já não me apetece cuidar de mim. Não me sinto bem com o meu corpo*”. A. comenta que “*antes*” preocupava-se muito com a casa, mas depois que se manifestou a sua “*doença*” já não tem “*gosto em fazer nada*”.

Quando questionada acerca do que gostaria que mudasse na sua vida, A. refere querer reaproximar-se do seu irmão mais velho - com quem se aborreceu porque um dos seus namorados, que viveu algum tempo em sua casa, não contribuía para as despesas - , modificar o seu relacionamento com a mãe, e voltar a ser como foi - “*Dar-me ao respeito, ter amor pelo meu próprio corpo, ser honesta e com honra*”. Menciona ainda que gostava de arranjar um emprego para se ocupar, mas diz que tem dificuldades de transporte e também acha que será melhor fazê-lo depois do internamento, para o qual aguarda ser chamada em breve.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

De acordo com a informação recolhida nas quatro consultas realizadas e tendo em conta os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (A.P.A., 2002), colocamos a hipótese de a doente preencher os critérios para as **Perturbações Histriónica e Borderline da**

Personalidade (cujos códigos são respectivamente: 301.50 e 301.83). No entanto, dado o número reduzido de consultas e os limites da avaliação realizada, apenas podemos inferir a presença de alguns traços dessas mesmas perturbações.

No que respeita à perturbação histriónica, a doente apresenta características de uma excessiva emocionalidade e teatralidade, visível na forma como se comportava nas consultas e como descrevia todos os acontecimentos da sua vida. Neste sentido, poderemos dizer que as emoções são expressas de maneira intensa, numa atitude exagerada e pouco convincente. A. denota igualmente uma constante busca de atenção através da adopção de um comportamento dramático, por exemplo, a forma como falava acerca da sua vida íntima com pessoas estranhas, e da preocupação excessiva com a atractividade física. Para além disso, poder-se-á considerar também a presença de um comportamento excessivamente reactivo e intenso, bem como relacionamentos interpessoais tempestuosos e não gratificantes, quase sempre com finais dramáticos. Por último, foi ainda visível o estilo provocador com que se vestia, exagerando na maquilhagem e na coloração do cabelo, sendo esta uma das suas formas de chamar a atenção.

Quanto à perturbação *borderline*, pensamos estarem presentes as seguintes características: (a) comportamentos impulsivos em áreas potencialmente prejudiciais, nomeadamente no que respeita a relacionamentos sexuais - como é notório nos sucessivos comportamentos sexuais de risco que mantém com inúmeros rapazes; (b) ameaças, gestos ou comportamentos auto-mutiladores e suicidas frequentes - nomeadamente, tentativas de suicídio recorrentes e auto-agressões.

Na medida em que a recolha de informação relativa ao Início e Desenvolvimento das Dificuldades e à História de Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias não foi plenamente conseguida, não nos é possível identificar factores precipitantes e predisponentes.

Relativamente aos factores de manutenção, e dado que a informação disponível não nos permite a identificação de distorções cognitivas, poder-se-á referir os ganhos secundários que A. obtém do seu estatuto de doente - como por exemplo, ficar na cama ao fim-de-semana evitando assim a realização das tarefas domésticas - , as estratégias que adopta para lidar com as situações - discussões frequentes, auto-mutilações, tentativas de suicídio - , o tipo de funcionamento familiar - ausência de diálogo, desvalorização constante da sua pessoa e do seu comportamento - e a forma como se relaciona com os elementos do sexo oposto - por exemplo, o facto de não recusar qualquer envolvimento mais íntimo (Beck, 2007).

Embora esta hipótese diagnóstica tenha partido do pressuposto de que as informações fornecidas pela doente são verdadeiras, levanta-se, contudo, a questão da veracidade dessas mesmas declarações.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

<p>Objectivo Geral 1: Estabelecimento de uma relação terapêutica empática e colaborativa, com vista ao envolvimento da doente no processo terapêutico.</p>	<p>Objectivos Específicos: 1.1 Esclarecer a doente acerca da forma como irá decorrer a psicoterapia; 1.2 Realçar a importância da participação activa da doente no desenvolvimento eficaz do processo terapêutico.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitação incondicional da doente; Garantia de sigilo profissional; ▪ Apresentação do Modelo de Intervenção Cognitivo-comportamental (Beck, Emery & Greenberg, 1985). ▪ Solicitação de <i>feedback</i> acerca da forma como a doente está a perceber o processo terapêutico; Negociação com a doente acerca de objectivos para a terapia. 	
<p>Objectivo Geral 2: Intervenção ao nível dos comportamentos para-suicidários.</p>	<p>Objectivos Específicos: 2.1 Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção; 2.2 Promover a adopção de modos funcionais de regulação emocional alternativos aos comportamentos para-suicidários; 2.3 Trabalhar o controlo do impulso.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Listagem de “razões para morrer” e de “razões para viver”; ▪ Estabelecimento de um contrato em que a doente se comprometa a adiar a decisão de suicídio; ▪ Auto-monitorização dos comportamentos para-suicidários; ▪ Treino de resolução de problemas (Gonçalves, 2000); ▪ Apresentação e debate do esquema “Pontos de Intervenção no Processo de Controlo do Impulso” (Beck & Freeman, 1990). 	
<p>Objectivo Geral 3: Intervenção ao nível da sintomatologia depressiva.</p>	<p>Objectivos Específicos: 3.1 Promover a adopção de estratégias de <i>coping</i> mais funcionais para lidar com as situações; 3.2 Promoção do envolvimento da doente em diversas actividades visando aumentar os níveis de actividade e as expectativas de auto-eficácia; 3.3 Estabelecimento de experiências comportamentais.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de P.A.N. e sua substituição por P.R.A. (Beck, 1995); ▪ Diálogo Socrático (Beck, 1995); ▪ Promoção do envolvimento da doente em tarefas de mestria e prazer; ▪ Reforço positivo e <i>prompting</i>. 	
<p>Objectivo Geral 4: Promover a integração emocional relativa às dificuldades na relação com a mãe, a tia e o irmão mais velho bem como na relação com elementos do sexo masculino.</p>	<p>Objectivos Específicos: 4.1 Estimulação de uma expressão emocional adequada; 4.2 Ajudar a doente a melhorar os seus relacionamentos interpessoais; 4.3 Explicação dos três tipos de comportamentos possíveis na relação com os outros: passivo, agressivo e auto-afirmativo; 4.4 Modelamento de competências auto-afirmativas; 4.5 Reenquadramento dos acontecimentos do passado com o objectivo de ajudar a doente a criar alternativas de significado; 4.6 Debater com a doente formas alternativas de lidar com as situações.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do racional dos comportamentos passivo, agressivo e auto-afirmativo (Vaz Serra, 1999); ▪ Recurso ao Treino Auto-afirmativo (Matos, 1989b); ▪ Estratégias de activação emocional: recordação e debate de memórias de acontecimentos desagradáveis ocorridos no passado; ▪ Listagem de vantagens e desvantagens da adopção de determinado tipo de comportamentos. 	

Objectivo Geral 5: Flexibilização dos Esquemas Disfuncionais da doente.	Objectivos Específicos: 5.1 Reenquadramento do conjunto das dificuldades da doente como tendo uma base comum relacionada com questões de instabilidade emocional e interpessoal, padrões impressionistas e auto-controlo.
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familiarização da doente com as noções de esquema, processos e produtos (Young, 1990) e da forma como estes estão a contribuir para a manutenção das suas dificuldades; ▪ Rever experiências comportamentais nas quais a doente possa avaliar a validade dos esquemas mal-adaptativos e expectativas negativas face a si e aos outros. 	

FEEDBACK DAS CONSULTAS REALIZADAS

A doente ingressou nas Consulta Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. no dia 7 de Março de 2003, tendo o acompanhamento contado com apenas quatro consultas em regime semanal. Após estas, a doente deixou de vir às consultas, não voltando a contactar o serviço. O processo terapêutico foi iniciado com o estabelecimento da relação terapêutica, empática e colaborativa, objectivo que nos parece não ter sido totalmente conseguido. De facto, embora a doente se mostrasse motivada no início da terapia, referindo ter ficado “*muito contente*” por saber que viria às consultas - “*Quero muito ficar bem!*” - , o seu envolvimento não foi suficiente para que continuasse por mais tempo no processo clínico.

As consultas que tiveram lugar foram essencialmente dedicadas à avaliação dos problemas actuais da doente e à recolha de informações acerca de algumas áreas da sua história de vida. Foi sempre difícil conduzir as consultas numa determinada linha orientadora, uma vez que a doente debitava a informação de forma contínua, sem seguir, no entanto, um fio condutor no seu discurso. Além disso, raramente respondia às questões das terapeutas, ou fazia-o de forma muito breve, abordando os assuntos que lhe pareciam mais importantes ou interessantes, e ignorando muitas vezes o que lhe era perguntando. Tal atitude dificultou-nos uma melhor compreensão do caso, levando igualmente a que as consultas tivessem uma duração maior do que a habitual, pois a doente demonstrou sempre grande necessidade de contar os episódios de forma muito descritiva, o que exigia que lhe fosse dispensado bastante tempo. Ou seja, ao longo das consultas, A. foi descrevendo pormenorizadamente todos os acontecimentos que considerava relevantes e, embora tivéssemos tentado questioná-la no sentido de que relatasse apenas o essencial de cada episódio, tal não foi possível dada a sua resistência em quebrar o raciocínio. De referir, será também o facto de a doente demonstrar uma forte activação emocional durante a descrição dos episódios, assim como o facto de oscilar frequente e rapidamente entre o choro e o riso, demonstrando alguma teatralidade.

A par da avaliação e recolha de informação, objectivos primordiais nas consultas iniciais de qualquer processo terapêutico, procurou-se igualmente estabelecer com a doente algumas tarefas e promover um sentido crítico dos seus comportamentos, no sentido de se

fortalecer a sua motivação e envolvimento no processo de mudança. Na segunda consulta, solicitou-se à doente que procurasse cuidar da sua higiene pessoal diariamente, uma vez que A. tinha referido não estar a conseguir fazê-lo como gostaria. Tal tarefa foi prescrita no sentido de se discutir até que ponto este aspecto seria ou não relevante na forma como a doente se sentia em relação ao seu próprio corpo. Na consulta seguinte, A. apresentou-se com um ar sorridente e um novo visual - nova cor de cabelo, lábios e unhas pintadas, roupas diferentes - , referindo que apenas não tinha realizado a higiene diária duas vezes: um dia porque esteve a bordar a toalha para a sua afilhada até às seis da manhã e outro dia porque lhe veio a menstruação, o que a levou a ficar com muitas dores de barriga. Não obstante as duas excepções, A. reconheceu que se sentiu melhor consigo própria, pelo que se reforçou o seu comportamento, incentivando-a a continuar com o mesmo esforço na semana seguinte.

Uma das grandes dificuldades referidas por A. tinha a ver com o facto de falar sobre a sua vida pessoal com muitas pessoas, comportamento do qual arrependia mais tarde, mas que tinha dificuldade em controlar. Neste sentido, a doente foi incentivada a “parar e pensar” quando se encontrasse nessas situações, questionando se deve ou não falar, porque deve ou não falar, e o que é que as pessoas poderão fazer com a informação que A. lhes dá a conhecer.

Outra das áreas em que nos pareceu importante começar a realizar algum tipo de intervenção diz respeito à ideação suicida, aspecto central na doente. A este propósito, pareceu-nos útil elaborar com A. uma lista das “razões para morrer” e das “razões para viver”, começando-se, na terceira consulta, por elaborar a segunda lista. A. apontou como razões para viver as seguintes: esperanças que tem em recuperar o seu amor-próprio e as coisas boas que tinha no passado - auto-estima, honra, dignidade, respeito - , ou seja, ser “*uma rapariga digna de respeito*”; esperanças em encontrar alguém de quem goste, que a compreenda e com quem possa constituir uma família; esperanças em conseguir um trabalho de que goste; conquistar a confiança do irmão mais velho; mostrar à mãe e ao irmão mais velho que está diferente; mostrar a si própria e à sua mãe os seus verdadeiros valores; mostrar à sua mãe que vai conseguir ser uma pessoa e não o “*monte de merda*” que ela diz; voltar a estudar. Salientou-se a importância de A. ter e manter estes objectivos, lutando pela sua concretização. A elaboração da lista de “razões para morrer” tinha ficado remetida para as consultas seguintes, mas dado o abandono da terapia por parte da doente, não foi possível realizá-la.

Na quarta consulta, a doente fez referência ao facto de ter por hábito ficar na cama aos fins-de-semana, comportamento que adopta para se “castigar” por saber que não vai conseguir fazer o que a mãe quer e porque não tem “*vontade de arrumar a casa*”. Procurou-se debater com A. as vantagens e desvantagens da adopção desta atitude, acabando ela própria por concluir não se tratar da melhor forma de lidar com as situações. No final de uma das

consultas, tivemos ainda oportunidade para conversar a sós com a mãe de A.; procurámos explicar-lhe como iria funcionar o acompanhamento da filha e incentivámos a adopção de estratégias de *coping* mais funcionais para lidar com a doente.

Dado o número reduzido de consultas, não nos foi possível introduzir o Modelo Cognitivo-comportamental, pelo que não poderemos fazer referência à compreensão que a doente pudesse ter das noções e conceptualizações associadas a este modelo de intervenção.

COMENTÁRIO PESSOAL

Embora o processo terapêutico com A. se tenha resumido a apenas quatro consultas, este caso clínico foi, de todos os que pudemos acompanhar, aquele que consideramos ter sido mais interessante. A. foi daquelas doentes que despertam um sem-número de sentimentos contraditórios. Era uma doente que despoletava em nós uma enorme curiosidade e interesse, pela forma como estava em consulta, pelas descrições expressivas dos seus problemas e vivências, pela excentricidade das suas características clínicas. Porém, era também uma doente que nos deixava irritados e impacientes, pelo modo como monopolizava as consultas, pelo pouco interesse que mostrava em nos ouvir, por dizer que queria mudar e não nos deixar ajudá-la. Devido ao seu carácter e forma de estar muito particulares, será daquelas doentes que dificilmente esqueceremos.

Foram quatro sessões completamente diferentes de tudo o que experienciámos no decorrer do estágio, pois parecia que o ambiente se modificava com a presença de A.. Muitas vezes, tivemos a sensação de entrar num filme, cujas cenas se repetiam a um ritmo alucinante, sem nos permitir perceber o fio da história. Mas A. tinha também o poder de nos envolver, fazendo crescer em nós o desejo de transformar a sua vida, de promover um comportamento mais funcional. No entanto, muitas questões nos iam sendo suscitadas: como trabalhar estas características de personalidade, como mudar um padrão de funcionamento enraizado há tanto tempo, como ultrapassar os ganhos secundários, como levá-la a considerar que são mais as razões para viver do que para morrer?

Com A., aprendemos que não podemos ter a pretensão de ajudar todas as pessoas que nos procuram. Muitas delas nem têm a certeza de que querem realmente ser ajudadas ou modificar alguma coisa nas suas vidas. Em outras ocasiões, é o seu próprio contexto familiar e social que não lhes permite ser de outra forma, ser uma pessoa diferente. Temos que estar sempre preparados para ouvir quem nos chega à consulta, mas tendo sempre presente que são as pessoas que decidem se, como e quando querem ser ajudadas. No entanto, ainda hoje, ao pensarmos em A., nos questionamos acerca dos motivos que a levaram a abandonar a terapia e do que estará a acontecer na sua vida. Será que alguma coisa mudou?

CASO CLÍNICO 09

Tal como no caso anterior, apenas foi possível realizar um resumo clínico, uma vez que o acompanhamento se resumiu a quatro consultas, devido ao abandono da terapia por parte da doente, não sendo possível recolher informação suficiente para a elaboração de uma história clínica. Refira-se que, desde o início do acompanhamento, a doente se mostrou indecisa quanto a se haveria ou não de continuar na terapia, acabando por fazer *drop-out* ao fim de quatro sessões. Pese embora o facto, apresentamos a informação que foi possível recolher relativamente às dificuldades actuais da doente, apresentando também uma tentativa de formulação - que reconhecemos ser pouco sustentada, dado que muita informação ficou por recolher - e uma possível proposta de intervenção.

DADOS BIOGRÁFICOS

Nome: A. M. C. S.

Idade: 26 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Habilitações Literárias: Licenciatura

Profissão: Assistente Social

Residência: A. – S.

Agregado familiar: Pais e dois irmãos

MOTIVO DA CONSULTA

Segundo A., há cerca de quatro anos foi seguida na Consulta Externa de Stress, durante sensivelmente seis sessões mas, entretanto, deixaram de a contactar, tendo decidido agora pedir novamente ajuda. No pedido de consulta, A. menciona ansiedade elevada, depressão - nos momentos de maior ansiedade - , angústia, desespero e baixa auto-estima.

DIFICULDADES ACTUAIS

A doente refere como uma das suas principais dificuldades, o receio que sente em ser avaliada negativamente, especialmente perante pessoas com uma posição social superior. Nestas situações ocorrem-lhe pensamentos do tipo “*Eu sou inferior...*”; “*As outras pessoas vão pensar que eu sou burra...*”; “*Isto só vai confirmar aquilo que eu sou...*”. A. diz que a ansiedade sempre a bloqueou, por exemplo, em momentos de avaliação durante o curso. A. afirma que, ao longo do curso, eram frequentes estes bloqueios em contexto de avaliação, em que era incapaz de recordar determinados conteúdos das disciplinas. A doente faz igualmente referência ao ano de estágio como sendo “*um ano difícil*”, uma vez que sentiu dificuldade em se integrar: “*Muitas vezes preferia não exprimir a minha opinião porque achava que os outros poderiam dizer coisas mais interessantes do que eu*”. Actualmente, também sente essa

ansiedade de avaliação no contexto profissional, relativamente aos seus superiores. A este propósito, a doente menciona que questiona muito tudo aquilo que faz e também o seu desempenho, colocando todas as suas capacidades em dúvida quando acontece alguma situação em que se sente desvalorizada.

A. reconhece que este seu receio em ser avaliada de modo negativo ocorre também com o seu namorado - P., com quem começou a namorar em Agosto de 2002 - , referindo que o facto de ele ser director de uma empresa a faz sentir inferior: *“Sinto-me inferior... Ele tem formação académica, mas para além disso, vive numa cidade e pertence a uma família de médicos e de professores... Eu pertenço a uma família mais modesta e vivo numa aldeia”*. Segundo a doente, existem grandes diferenças entre os dois, de modo que quando está na sua companhia *“sinto que não estou à altura dele”*. Em determinadas reuniões sociais em que estão presentes familiares e amigos do seu namorado, a doente afirma que prefere *“estar calada”*, mas como consequência deste seu comportamento, *“acabo por mostrar aquilo que não sou... ficam a pensar que sou antipática”*. Reconhece que este seu comportamento constitui uma forma de evitar ser questionada acerca de um determinado assunto com o qual não domine porque, tal como afirma, *“sei que devia saber mais coisas”*. Segundo a doente, já existiram situações em que se expressou de modo incorrecto e o seu namorado corrigiu-a, *“sei que ele não faz por mal... mas às vezes fico chateada sem razão nenhuma”*.

Ainda a propósito da sua relação com P., a doente descreve-se como uma pessoa *“muito insegura”* e ciumenta, acrescentando que o facto de saber que o seu actual namorado namorou com outras pessoas com formação académica *“aumenta a minha responsabilidade em estar à altura dele”*. Como se sente inferior, A. diz-lhe frequentemente *“que é melhor [ele] arranjar outra pessoa”*.

A. considera o namorado como sendo uma pessoa *“instável”*, porque *“devido ao seu trabalho e à grande responsabilidade, nem sempre está bem-disposto”*. Mas quando o namorado não está *“bem-disposto”*, A. afirma que coloca sempre a possibilidade de ser ela a responsável e, por isso, *“começo a picá-lo e a mandar indirectas”*, o que gera algumas discussões. Além disso, quando não gosta de alguma coisa que P. faz, culpa-se a si. A doente pensa que o namorado *“quer ao seu lado uma pessoa estável, equilibrada”*, precisamente aquilo que ela não é, o que a leva a questionar-se e a aumentar as suas dúvidas: *“Acho que ele está arrependido...”*. Na sua opinião, ela não merece o seu amor, afirmando a doente: *“Não percebo porque é que ele gosta de mim”*. Em termos afectivos, A. menciona que o namorado é mais carinhoso do que ela, *“embora neste momento eu já esteja melhor”*. Segundo a doente, sempre que se imaginava a namorar *“tinha idealizado uma relação com alguns limites”*, especialmente em termos de expressão de afectos: *“Impus para mim alguns limites e fiz*

algumas idealizações...”. Relativamente a esta situação afirma: “*Sinto que não cumpro com determinados limites*”, e sempre que pensa nisso acabam por surgir conflitos entre os dois, embora reconheça que tais limites nunca foram abertamente definidos por si relativamente a P.. Segundo a doente, com o seu actual namorado, para além de terem sido ultrapassados aqueles limites, o que a faz sentir mal consigo própria, não consegue aceitar o facto de ele se ter envolvido sexualmente com outra mulher. Refere que não consegue parar de se comparar com as suas anteriores namoradas, temendo que ele faça as mesmas comparações, acrescentando estar permanentemente a questionar-se sobre até onde a relação dele com outras pessoas terá ido. Afirma que quando está com o namorado não consegue usufruir do momento, por um lado, porque a sua consciência está constantemente a acusá-la e, por outro, porque receia desiludir o seu namorado. Considera que este é o único aspecto em que os dois “*não encaixam*”, “*tudo o resto nele é perfeito... ele é o homem que todas as mulheres gostariam de ter ao seu lado*”, o que, na sua opinião, aumenta a sua responsabilidade como namorada, bem como o medo de o perder. A. menciona que não pode mudar o passado mas, ainda assim, expressa a dificuldade que sente em aceitar algo que não vai de encontro ao que idealizou durante tantos anos.

A doente conta que, recentemente, o seu namorado recebeu uma proposta para ir trabalhar para a Alemanha, que só aceitaria se ela o acompanhasse, afirmando que acabou por aceitar, pois “*embora a minha vontade fosse dizer que não, não o quero perder*”. Segundo refere, o que mais a preocupa é ter de se separar sua família, “*sinto que eles precisam de mim*”, “*assusta-me a ideia de ter me separar deles*”. Por este motivo, A. e o namorado acordaram, entre si, que apenas aceitariam a proposta se esta fosse por um tempo limitado. A doente menciona que preferia casar antes de P. ir para Alemanha - ele viajará seis meses antes para se adaptar ao trabalho e preparar a ida de A. - , pois tem receio do que os outros possam pensar: “*É mais pelos meus pais do que por mim. Eu sei como são as pessoas na minha terra...*”. A. diz saber que sofre “*por antecipação*”, tal como os pais.

A este propósito, refere que sente muita ansiedade em relação ao futuro, o que a “*bloqueia*”. Questiona-se muito se irá ser boa mulher e boa amante, se irá ser boa mãe e se será capaz de cuidar dos filhos, mas reconhecendo que a sua ansiedade é exagerada. No entanto, embora afirme que “*com a ansiedade bloqueio*”, por vezes consegue “*ultrapassar isso e continuar*”. Mesmo assim, considera que o seu receio em relação ao futuro a impede de viver o presente, afirmando que o namorado está constantemente a dizer-lhe que ela tem de inventar sempre alguma coisa para não estar bem, facto com o qual assume concordar. De acordo com a doente, às vezes pensa que só sabe “*estar em casa*”, outras vezes pensa que pode “*ir mais além*”, o que acentua ainda mais a sua ansiedade por não saber o que irá fazer

quando estiver na Alemanha. Por outro lado, também tem pena de deixar o seu emprego na instituição, pois está envolvida num projecto que só terá início em Março do próximo ano - altura que coincide precisamente com a sua ida para a Alemanha - , afirmando que gosta de deixar alguma coisa feita nos sítios por onde passa, para que se sinta valorizada.

A. menciona que a sua principal preocupação prende-se com a questão da aceitação, ou seja, *“se sou ou não aceite pelos outros”*. Segundo a doente, a grande questão é o seu medo de falhar e, em consequência disso, não ser aceite. A doente sente que as pessoas estão sempre a avaliá-la negativamente e pensa que os outros não gostam da sua companhia, acrescentando que *“custa mais com pessoas conhecidas”*. Por esse motivo, culpabiliza-se muito, principalmente quando acha que os outros não gostam de si, pensando que a culpa é sua: porque não foi capaz de os cativar, porque fez ou disse alguma coisa errada. Na sua opinião, a situação tem-se agravado porque agora tem outras exigências e um maior sentido de responsabilidade, afirmando a doente que os seus comportamentos não são tão aceites hoje como seriam se fosse uma adolescente: *“Já não sou uma adolescente de 15 anos. Devia comportar-me de outra maneira...”*; *“Eu sou esquisita... não sou normal”*.

Como exemplo desta sua dificuldade, A. conta um episódio que se passou durante as aulas de Mestrado. Numa das últimas semanas, as aulas foram dadas em Inglês, por isso, a doente optou por faltar de manhã *“pelo receio de não perceber nada da aula”*. Na parte da tarde acabou por ir às aulas, tendo ido já a pensar que não ia acompanhar nada, e sentindo-se embaraçada durante o tempo que lá permaneceu. A. afirma que, ao longo da aula, sentia que todas as outras pessoas estavam a compreender, menos ela, ocorrendo-lhe pensamentos do tipo: *“Sou a única burra que aqui está que não percebe nada!”*, *“Os outros estão a perceber tudo...”*. Antes de entrar na sala, a doente tinha planeado sentar-se junto à porta *“para poder sair mais facilmente”*, como é seu costume fazer. No entanto, como não conseguiu lugar, por ter faltado durante a manhã, sentiu alguma dificuldade em concentrar-se na aula pois *“fiquei a pensar nisso toda a tarde...”*. No final do dia, como tinha que sair mais cedo, começou a ficar ansiosa à espera que alguém se levantasse para ela sair ao mesmo tempo, uma vez que não conseguiria ser a primeira a fazê-lo porque acha que os outros iriam pensar mal de si. Menciona que este receio de sair da sala mais cedo, e principalmente sozinha, advinha do facto da sua atitude poder conduzir a interpretações erradas por parte dos colegas: *“As pessoas viram que eu não estive de manhã e que iria sair mais cedo... o que iriam pensar?...”*. Além disso, outro dos seus receios era, precisamente, *“ao levantar-me, cair no chão ou tropeçar”*, ou seja, chamar a atenção dos outros. Assim, esperou que alguém saísse da sala para sair também, mas conta que nem conseguiu dizer porque motivo tinha que sair e, por isso, começou a culpar-se por não ter saído ao intervalo.

A. refere que antes de se confrontar com as situações costuma pensar no que deve dizer ou fazer “*para me sair bem*”. Depois das situações, A. afirma ter o hábito de pensar no que disse ou fez, onde falhou e no que as pessoas poderão ter ficado a pensar ou “*no que pode levar os outros a pensar mal de mim*”, procurando identificar qualquer sinal de aprovação ou desaprovação por parte dos outros - por exemplo, um comentário, um olhar. Quando faz uma avaliação do seu desempenho, ocorrem-lhe pensamentos do tipo: “*Disse uma asneira... vão pensar que eu sou uma incompetente... uma falhada...*”, acrescentando que se algo corre mal ou alguém não simpatiza consigo “*a culpa é sempre minha*”. Na sua opinião, a pior consequência que pode advir de fazer alguma coisa mal, seria os outros pensarem que é uma incompetente. Contudo, reconhece que quando tem dúvidas de que fez bem as coisas, aceita o reforço que os outros lhe dão; porém, se interioriza que não fez bem, não acredita nos elogios ou reforços que as pessoas lhe dirijam.

A doente menciona que muitas das suas interpretações acerca das situações são feitas em dois pólos: “*bem ou mal*”; “*sucesso ou fracasso*”: “*Para mim ou está tudo bem ou está tudo mal*”. A. reconhece que tem dificuldade em aceitar uma falha, afirmando que nessas alturas pensa “*eu sou uma falhada*”. Considera ainda que aquilo que faz mal é sinal de incompetência, acrescentando que “*se alguma coisa correr mal, vou-me abaixo*”. Porém, reconhece que nas situações em que se apercebe que sabe mais do que os outros, desvaloriza, enquanto nas situações em que ocorre o oposto tende a dar demasiada importância: “*Os outros acham que desvalorizo o que faço bem*”.

Segundo a doente, sempre que durante o dia ocorre algum episódio que a faça sentir-se embaraçada, isto é, “*sempre que sinto que não estou à altura das situações*”, tende, posteriormente, a “*perder o controlo*”, o que a leva “*a chorar, a gritar e a agredir verbalmente os outros [que lhe são próximos]*”, deixando em algumas circunstâncias de lhes falar. De acordo com a doente, deixa de dormir e de comer, sentindo-se “*fraca fisicamente*”: “*Fico mais sensível*”. Quando tal acontece, há uma fase em que culpabiliza os outros, mas acaba sempre por se culpabilizar a si. Estes episódios de maior agressividade podem durar horas, dias ou, no máximo, uma semana, considerando a doente que há sempre uma semana no mês em que “*as coisas não correm bem... mudo completamente... pareço outra pessoa*”. Depois de acalmar, a doente refere que “*pareço outra pessoa... sinto que exagerei e sinto-me mal pelo que fiz*”. Considera também que este seu comportamento foi piorando ao longo do tempo, pois “*antigamente o desconforto não levava a estes comportamentos*”. Acrescenta ainda sentir que na altura perde o controlo, mas depois vem a “*vitimização*”, pois muitas vezes não percebe porque reage de forma tão impulsiva e “*sem motivo*”. A doente menciona que este seu comportamento, esta forma como tende a lidar com determinadas situações, tem

prejudicado a sua relação com P. e, por tal motivo, teme que esta termine, acrescentando que *“sou em que crio os problemas e as discussões”*. Não obstante, A. considera que funciona por *“picos”*, uma vez que há alturas em que está bem e outras em que está mal, sem que muitas vezes haja explicação para essas oscilações. Afirma que quando está bem diz *“coisas acertadas”*, e, pelo contrário, quando está mal diz *“asneiras”*, referindo: *“Eu oscilo muito... E isso também acontece em termos emocionais”*.

A. trabalha num Centro Social, como directora técnica. Contudo, neste momento sente-se muito mal no trabalho, pois tem muitas coisas para fazer e não consegue - *“Não consigo passar para o papel”* - , embora considere que não é por falta de capacidade: *“Sinto que sou capaz de fazer”*. Refere que, por esse motivo, costuma comparar-se com algumas colegas. A. afirma igualmente que tem sempre a tendência para pensar que tudo tem a ver consigo, contando, a propósito, que quando o director do Centro está *“mal disposto”* parte logo do princípio de que a responsabilidade é sua: *“Penso logo que fiz alguma coisa...”*.

Ainda no âmbito profissional, A. refere sentir que tem dificuldades em impor limites nas suas funções, pois não consegue dizer que não às pessoas e acaba por fazer tudo o que lhe pedem, mesmo o que não lhe compete. A doente relata também que no local de trabalho tendem a tratá-la por Doutora, mas sempre que pode A. pede para não a tratarem assim e diz que não gosta, porque pensa que não está à altura desse *“título”*: *“Sinto-me mal! Acho que deveria saber mais...”*.

Quando questionada acerca de aspectos positivos que aprecie em si, a doente responde que *“não encontro nada em que sou boa, ou que faça bem feito”*. Afirma igualmente que se uma *“pequena coisa”* corre mal *“vou-me abaixo”*, sentindo nessas alturas *“uma ansiedade exagerada”*. Na sua opinião, a sociedade *“exige determinados padrões”* que, quando não são alcançados pela pessoa, levam a que seja desvalorizada. Em relação a si própria, A. considera que em determinadas situações não está à altura desses padrões de exigência. Além disso, reconhece que *“o medo de não conseguir, bloqueia-me”*. No entanto, por vezes pensa que não valoriza o que tem, afirmando: *“Sei que não valorizo o que tenho. Acho que tenho mais do que muitos desejariam ter. Mas também tenho menos do que outras pessoas”*. Acrescenta ainda: *“Se calhar é o desejo de querer ter sempre mais, de não dar valor ao que tenho”*.

Relativamente aos três desejos que mais gostaria de pedir, A. refere que *“gostaria de ser mais culta”*, *“de ter mais conhecimentos”* e de não se sentir tão inferior, acrescentando que o seu grande desejo é *“sentir que estou ao mesmo nível que as outras pessoas”*. Afirma igualmente que gostava de se afirmar mais, mas considera que não o faz pelo medo de desiludir as pessoas. A doente reconhece que por se preocupar com o que os outros pensam de si *“não consigo viver e desfrutar do presente... só penso no passado e no futuro”*.

No que se refere aos seus objectivos para a terapia, A. menciona que, neste momento, procura “*a confirmação ou desconfirmação da anormalidade do meu comportamento*”, assim como saber se um dia vai conseguir ultrapassar a situação. A doente pensa que deveria conseguir resolver os seus problemas sozinha e, assim, o facto de não o conseguir faz com que se sinta “*pior*”. Porém, considera que as outras pessoas devem procurar ajuda se necessitarem. A doente afirma ainda que tem medo de ter uma recaída em relação ao seu estado depressivo.

TENTATIVA DE FORMULAÇÃO

Perante a informação recolhida e segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (A.P.A., 2000), podemos afirmar que estamos na presença de uma **Fobia Social**, sub-tipo Generalizado (código 300.23).

O diagnóstico de Fobia Social parece-nos apropriado na medida em que existe um medo claro e persistente sentido pela doente em determinadas situações sociais, acompanhado por antecipação ansiosa, evitamentos e mal-estar perante essas mesmas situações, o que acaba por interferir grandemente na sua rotina diária, tanto no funcionamento profissional como nas suas relações interpessoais.

Apesar das reduzidas consultas e, conseqüentemente, da pouca informação relativa à História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias, ainda assim podemos referir a existência de algumas experiências significativas que poderão ter levado à formação de crenças disfuncionais, constituindo-se estas como possíveis factores predisponentes para as dificuldades actuais de A. (Beck, 2007). A doente conta que os seus pais sempre a compararam com outras crianças, nomeadamente com um primo da sua idade que era constantemente elogiado pelo seu pai. Recorda, especialmente, os frequentes comentários por parte do seu pai, relativos a si própria - “*Não vales nada!*” - ou aos filhos, de um modo geral - “*Vocês não hão-de chegar a lado nenhum...*” - , sendo praticamente inexistentes os elogios.

Assim, desde bem cedo, a doente sentia a necessidade de provar que era capaz de fazer as coisas bem feitas para ser elogiada e reconhecida. É disso exemplo, a prioridade que sempre dava em ajudar a sua mãe nas lides domésticas; a importância atribuída à aquisição da carta de condução - “*Foi uma forma de provar ao meu pai que apesar de ser rapariga também era capaz*”. Durante a sua infância, A. presenciou diversos conflitos entre a sua mãe e a família do seu pai, constatando que a mãe era constantemente criticada quando não estava presente: “*Faziam-no pelas costas*”. Em casa, a temática da sexualidade era tabu, de modo que frequentemente o seu pai ameaçava-a a si e à sua irmã que, se as encontrasse com algum rapaz, seriam castigadas, destacando o facto de os rapazes “*andarem com as raparigas só*

para gozarem com elas". Estes acontecimentos poderão ter levado a doente a desenvolver crenças do tipo: *"Eu sou inferior"*; *"Eu sou incompetente"*, *"Se não tiver cuidado, os outros podem prejudicar-me"* (Leahy, 2006).

Relativamente a possíveis factores precipitantes, e perante a pouca informação que foi possível recolher, parece-nos razoável apontar a ocorrência de alguns acontecimentos significativos que poderão estar relacionados com o início das suas dificuldades. Destaca-se, por exemplo, a abordagem violenta que sofreu em 1997, pouco depois da sua avó morrer, que ainda hoje se reflecte no comportamento que tem perante elementos do sexo oposto, assim como a relação que manteve durante cerca de sete anos com um rapaz, que acabou por terminar porque *"não consegui cativar o interesse dele"*. Estes acontecimentos poderão ter levado a doente a confirmar que, realmente, é inferior, não é interessante, e que os outros não são bem intencionados quando se aproximam de si, tendo provavelmente despoletado o início das suas dificuldades (Wright, Basco & Thase, 2008).

Quanto aos factores de manutenção das dificuldades de A., os quais contribuem para a perpetuação do problema por não permitirem a desconfirmação das suas crenças disfuncionais, podemos referir um conjunto de comportamentos e formas de lidar da doente. Em virtude das suas suposições disfuncionais, A. terá passado a perceber as situações de interacção social como uma ameaça ao seu valor pessoal, que a pode levar a sentir-se desadequada e inferior. Tal significa que a confrontação da doente com situações nas quais está sujeita a uma possível avaliação por parte dos outros, activa as suas crenças disfuncionais que, por sua vez, levam a que A. percepcione tais situações como ameaçadoras e perigosas (Gouveia, 2000). Nessas ocasiões, os pensamentos automáticos negativos mais frequentes são: *"Eu sou inferior..."*; *"As outras pessoas vão pensar que eu sou burra..."*; *"Isto só vai confirmar aquilo que eu sou..."*; *"Eu sou uma falhada"*.

Quanto aos sintomas somáticos, não foi possível proceder à sua identificação durante as consultas que tiveram lugar. Outros componentes que parecem ser importantes na manutenção dos problemas de A. são os comportamentos de segurança por si adoptados - tais como, não conversar ou conversar pouco - e os evitamentos de situações nas quais poderia ser um alvo potencial do escrutínio dos outros - ou, quando tal não é possível, sair da situação o mais rapidamente possível. Quer os comportamentos de segurança, quer os evitamentos não permitem à doente a possibilidade de ter experiências desconfirmatórias das suas crenças irrealistas disfuncionais. As situações sociais constituem, assim, padrões disfuncionais de interacção que confirmam os seus receios de uma avaliação negativa por parte dos outros.

O facto de a doente ter por hábito pensar no que deve dizer ou fazer *"para me sair bem"*, antes de se confrontar com as situações, conduzirá à activação das suposições

disfuncionais e à percepção dos outros como avaliadores do seu comportamento. Depois das situações, A. afirma ter o hábito de pensar no que disse ou fez, onde falhou e no que as pessoas poderão ter ficado a pensar ou “*no que pode levar os outros a pensar mal de mim*”, procurando identificar qualquer sinal de aprovação ou desaprovação por parte dos outros - por exemplo, um comentário, um olhar. Quando faz uma avaliação do seu desempenho, ocorrem-lhe pensamentos do tipo: “*Disse uma asneira... vão pensar que eu sou uma incompetente... uma falhada...*”, acrescentando que se algo corre mal ou alguém não simpatiza consigo “*a culpa é sempre minha*”. Esta autópsia dos acontecimentos ocorridos assenta fundamentalmente na sua percepção dos acontecimentos, e não naquilo que realmente aconteceu, o que leva a que as situações sejam avaliadas como sendo mais negativas do que realmente foram (Gouveia, 2000). Para além dos factores referidos, também as distorções cognitivas assumem grande importância na manutenção do problema de A.. De entre esses erros no processamento de informação podemos salientar: o Pensamento Dicotómico - “*Para mim ou está tudo bem ou está tudo mal*”; a Catastrofização - “*Disse uma asneira. Vão pensar que eu sou uma incompetente, uma falhada...*”; a Leitura do Pensamento - “*Os outros não gostam da minha companhia*”; e a Personalização - “*Quando algo não corre bem a culpa é sempre minha*” (DeRubeis, Tang & Beck, 2006).

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

<p>Objectivo Geral 1: Estabelecimento de uma relação terapêutica empática e colaborativa, de forma a promover o envolvimento da doente na terapia.</p>	<p>Objectivos Específicos: 1.1 Familiarização da doente com os objectivos gerais e procedimentos da terapia; 1.2 Realçar a importância da participação activa da doente e da realização dos trabalhos de casa, na eficácia do processo terapêutico.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitação incondicional da doente; ▪ Garantia do sigilo profissional; ▪ Apresentação do Modelo de Intervenção Cognitivo-comportamental (Beck, Emery & Greenberg, 1985). 	
<p>Objectivo Geral 2: Familiarização da doente com o Modelo Cognitivo-Comportamental da Fobia Social.</p>	<p>Objectivos Específicos: 2.1 Identificação dos PAN associados ao medo de ser avaliada negativamente pelos outros; 2.2 Identificação dos comportamentos de segurança utilizados pela doente nas situações receadas; 2.3 Identificação dos aspectos relacionados com o processamento do “Eu” como objecto social; 2.4 Identificação dos sintomas somáticos e cognitivos associados à ansiedade social; 2.5 Construção do Modelo Idiossincrático da doente.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racional do Modelo Cognitivo-comportamental da Fobia Social (adaptado de Clark & Wells, 1995 in Gouveia, 2000); ▪ Registos de auto-monitorização de pensamentos disfuncionais; ▪ Construção do Modelo Idiossincrático. 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diálogo Socrático (Beck, 1995). 	
<p>Objectivo Geral 3: Intervenção ao nível da Ansiedade Social.</p>	<p>Objectivos Específicos: 3.1 Promover o auto-conceito da componente vegetativa da ansiedade da doente, sentida em situações onde julga poder ser avaliada negativamente pelos outros; 3.2 Mudança do foco da atenção, da informação interoceptiva para estímulos externos; 3.3 Terminar com os comportamentos de segurança e os evitamentos nas situações referidas; 3.4 Modificação dos pensamentos automáticos negativos associados ao medo de uma possível avaliação negativa por parte dos outros; 3.5 Identificação e correcção dos erros de processamento da informação; 3.6 Promoção de pensamentos racionais alternativos em substituição dos pensamentos automáticos negativos; 3.7 Modificação das suposições disfuncionais da doente, nomeadamente da crença: “<i>Eu sou inferior</i>”.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racional dos processos desencadeados pelo auto-focus; ▪ Treino de exercícios que envolvam um aumento do foco de Atenção na situação vs. Atenção auto-focada (Gouveia, 2000); ▪ Estratégias de exposição (Gouveia, 2000); ▪ Técnicas de distração activa (Gouveia, 2000); ▪ Racional dos Erros de Processamento de Informação (Beck, 1995); ▪ Debate dos pensamentos automáticos negativos associados ao medo específico da avaliação pelos outros (Gouveia, 2000); ▪ Diálogo Socrático; ▪ Flecha Descendente (Beck, 1995). 	
<p>Objectivo Geral 4: Construção de uma auto-imagem social mais realista.</p>	<p>Objectivos Específicos: 4.1 Desenvolvimento de aptidões sociais facilitadoras do envolvimento da doente em situações de interacção social e capacidade de auto-afirmação; 4.2 Implementação do sentimento de autonomia da doente; 4.3 Promoção de um sentido mais claro e definido de identificação pessoal pela concretização dos objectivos estabelecidos.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confrontar a doente com a sua imagem em situações sociais, através do <i>feedback</i> do seu comportamento e imagem dado pelos outros; ▪ Encorajar a doente a desempenhar novos papéis em situações de interacção social; ▪ Planificação de objectivos pessoais a alcançar a curto e médio prazo; ▪ Promoção da auto-estima; ▪ <i>Prompting</i> das iniciativas da doente e reforço dos progressos alcançados. 	
<p>Objectivo Geral 5: Manutenção e generalização dos ganhos terapêuticos com prevenção da recaída.</p>	<p>Objectivos Específicos: 5.1 Balanço do processo terapêutico; 5.2 Definição de objectivos a longo prazo; 5.3 Manutenção da aplicação das estratégias aprendidas, e sua generalização no quotidiano da doente.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atribuição do sucesso alcançado ao esforço pessoal da doente; ▪ Avaliação de possíveis dificuldades que possam surgir após o final da terapia, identificando os obstáculos à manutenção dos ganhos obtidos; ▪ Implementação de outras estratégias de prevenção da recaída, tais como técnicas de argumentação e contra-argumentação; ▪ Reforço positivo e <i>prompting</i>; ▪ Sessões de <i>follow-up</i>. 	

FEEDBACK DAS CONSULTAS REALIZADAS

A. ingressou na Consulta Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. a 15 de Maio de 2003, tendo o acompanhamento contado com um total de quatro consultas, que ocorreram semanalmente. Segundo a doente, há cerca de quatro anos foi seguida na Consulta de Externa de Stress durante sensivelmente seis sessões mas, entretanto, deixaram de a contactar até que, passados estes anos, decidiu pedir novamente ajuda. No que respeita a esta situação, afirmou que “*senti-me usada*”. Contudo, agora que está a retomar o processo terapêutico, A. mencionou que se tem questionado acerca da sua utilidade: “*Não sei se neste momento quero recomeçar ou não...*”.

Tendo em conta as dúvidas expressas, foi explicado à doente o papel preponderante desempenhado pelo factor motivação na eficácia do processo terapêutico e a importância de ser a doente a reflectir até que ponto estaria ou não interessada em iniciar um processo de mudança. Após quatro sessões, A. faltou à quinta consulta, deixando de contactar o serviço. Assim, procuraremos de seguida descrever, da forma mais clara e articulada possível, dado o tempo reduzido de acompanhamento, aquilo que foi realizado em consulta com a doente.

Um dos grandes objectivos iniciais foi o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e colaborativa que, neste caso em concreto, vinha sendo alcançado lenta e gradualmente, em especial devido à grande incerteza que a doente tinha relativamente a continuar ou não com a terapia.

Ao longo das consultas, foi notória a dificuldade da doente em verbalizar os seus pensamentos e a sua interpretação das situações. Porém, em função das áreas de dificuldade apresentadas, nomeadamente da dificuldade da doente em perceber experiências positivas no seu dia-a-dia, A. foi solicitada, na segunda consulta, a fazer um registo diário das situações que lhe corresse bem, sendo necessário, portanto, que estivesse atenta a situações em que tivesse um bom desempenho. Relativamente a esta sugestão, na consulta seguinte, a doente referiu que teve muitas dificuldades na identificação de situações em que tivesse avaliado o seu desempenho como positivo, pelo que este tema foi debatido na consulta, nomeadamente através da exploração de algumas situações onde esse bom desempenho se verificou. Foi igualmente sugerido à doente continuar a fazer este registo diário.

Posteriormente, a doente veio apenas a fazer referência a um episódio que ocorreu no trabalho, no qual, segundo afirma, conseguiu algo que uma colega não tinha conseguido com uma determinada família. Ainda assim, desvalorizou essa situação, dizendo que não foi nada de importante. Na quarta consulta, A. afirmou que começava a associar as suas “*fases baixas*” com os dias que antecedem a menstruação. Como exemplo, a doente contou que no Sábado anterior disparatou com P. sem razão aparente - nessa altura, pensou que “*estava a começar*”

um daqueles dias depreciativos” - , acrescentando, contudo, que passadas algumas horas “*já estava tudo bem*”. A este propósito, foi transmitido à doente que muitas mulheres sofrem desse tipo de problema, pelo que é importante que A. aprenda a lidar com a situação de forma mais funcional, procurando ajuda médica se necessário.

Uma vez que a doente mencionava frequentemente não saber o porquê da sua reacção a determinados acontecimentos, foi-lhe explicado que não são as situações, por si só, que nos fazem sentir de determinada forma mas a interpretação que fazemos delas. Foi também devolvido à doente o Racional de Pensamento Automático, bem como o ciclo Situação – Pensamento – Emoção – Comportamento, que A. percebeu sem dificuldade. Para além disso, procurou-se, ao longo das consultas, proceder à reestruturação cognitiva de alguns dos pensamentos que a doente referiu como sendo os mais comuns em si, embora não tenhamos dados que nos permitam apontar resultados desse trabalho cognitivo.

COMENTÁRIO PESSOAL

O acompanhamento deste caso teve apenas quatro consultas, mas A. foi uma das doentes que mais nos marcou, pelo elevado grau de invalidação que as suas dificuldades impunham ao seu funcionamento quotidiano, e pelo facto de tal ter parecido não ser suficiente para que a doente continuasse em terapia.

No entanto, as razões que estarão por detrás de um abandono do processo terapêutico serão, sem dúvida, muito mais complexas do que a simples constatação de que aquele doente precisa claramente de apoio. Pensamos que em A., o confronto com as suas dificuldades durante as consultas causaria um sofrimento ainda maior do que a vivência do seu dia-a-dia de uma forma a que a doente já se tinha habituado. Assim, parece ter sido mais fácil deixar a terapia e continuar a viver do modo que sempre viveu, mesmo que tal fosse invalidante e limitativo, do que enfrentar e aceitar os seus problemas e trabalhar para a mudança.

Embora a procura de explicações que justifiquem o abandono da doente nos ajude a lidar melhor com a situação, tal facto não impediu que tivéssemos um sentimento de grande frustração. É inevitável que inúmeras questões se levantem, designadamente acerca de alguma possível falha da nossa parte. Afinal, porque não teremos conseguido que uma doente que necessitava de acompanhamento permanecesse no processo terapêutico? Para nós, foi muito difícil compreender e aceitar esta situação sem um auto-questionamento profundo, mesmo sabendo que A. nunca se mostrou muito convicta da sua continuação nas consultas.

São estes casos, porém, que nos permitem entender que um processo de mudança não pode avançar sem a vontade e motivação da própria pessoa, pelo que o nosso trabalho apenas poderá ter lugar quando o doente se mostra empenhado e envolvido nesse processo.

COMENTÁRIO TEÓRICO: *PORQUE ABANDONAM OS DOENTES A TERAPIA?*

“... não há uniformidade nas situações associadas ao abandono, que variam desde fatores sociodemográficos a características pessoais e clínicas [...] variáveis específicas do paciente, variáveis do tratamento e do terapeuta, variáveis interpessoais e institucionais.”

(Benetti & Cunha, 2008, p. 51)

A escolha do tema deste comentário foi ditada pelas questões que nos foram suscitadas pelos abandonos da terapia que se verificaram em dois dos doentes que tivemos durante o estágio - casos 8 e 9 - sendo, portanto, um comentário comum a esses dois casos.

Quando, ao longo de um processo terapêutico que parece constituir-se como vantajoso para o doente, nos confrontamos com um *drop-out*, é natural que inúmeras interrogações se levantem acerca dos aspectos que terão conduzido a esse término precoce da terapia, muitas vezes ainda sem os resultados que se pretendiam alcançar. Essa situação foi vivida por nós nas alturas em que A. (caso 8) e A. (caso 9) deixaram de comparecer nas consultas, ambas ao fim de quatro sessões, comportamento que se constituiu como inesperado, pese embora o facto de alguns sinais poderem anunciar tal desfecho. No primeiro caso, a doente dizia estar motivada para a mudança, mas o seu contexto de vida e os ganhos secundários, assim como a manutenção dos seus comportamentos e as características do quadro clínico, faziam prever um abandono das consultas - embora talvez não tão precoce. No segundo caso, foi a própria doente que afirmou desde o início não saber se desejaria prosseguir com a terapia, porém, esperámos sempre que A. conseguisse motivar-se a continuar, por nos parecer realmente haver benefícios que poderiam ser retirados pela doente do processo terapêutico.

O propósito deste comentário é, exactamente, proceder a uma discussão e reflexão das possíveis causas que poderão explicar o abandono da terapia por parte dos doentes, o qual se poderá considerar como um fracasso terapêutico, na medida em que a terapia termina anteriormente ao que estaria previsto, sem que os progressos desejados, e eventualmente possíveis, tenham sido alcançados. Essas razões poderão estar relacionadas com inúmeros aspectos, nomeadamente, os doentes acharem que já atingiram os seus objectivos, considerarem que não estão a fazer progressos ou porque a terapia revela um processo doloroso (Goldfried, 2002 *in* Spruill, Rozensky, Stigall *et al*, 2004).

Bueno e cols. (2001 *in* Benetti & Cunha, 2008), nas conclusões de um trabalho de revisão sobre diversas publicações, indicam que entre 25% e 50% dos pacientes desistem da terapia. Perante tais dados, e tal como afirma Garfield (1980), podemos dizer que não deixa de ser intrigante que doentes que necessitam claramente de psicoterapia, abandonem esse processo após somente algumas consultas.

Os factores que influenciam o processo e a eficácia da terapia, e que poderão estar igualmente por detrás do abandono prematuro da mesma, podem ser conceptualizados como tendo origem em três áreas intimamente relacionadas, embora a sua divisão possa facilitar e sistematizar a respectiva exposição. Habitualmente, entre outras, as áreas mais consideradas são as seguintes: *variáveis do terapeuta*, *variáveis do doente* e *relação terapêutica*. Por razões de ordem prática, serão abordadas separadamente as variáveis relativas ao terapeuta e ao doente, enquanto os factores associados à relação terapêutica serão referidos ao longo do texto, quer do ponto de vista do terapeuta, quer do ponto de vista do doente.

Variáveis associadas ao terapeuta

Em primeiro lugar, iremos referir os factores associados ao próprio terapeuta, os quais podem ter influência sobre o decurso do processo terapêutico e respectivo (in)sucesso, e cujos efeitos são considerados importantes por muitos autores (Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers & Schauenburg, 2008; Sousa, 2006).

É relativamente razoável pensar que as qualidades pessoais do doente têm influência no desenrolar da terapia. A este propósito, Meichenbaum & Turck (1987) mencionam que os terapeutas atribuem, geralmente, a aderência ou não aderência dos doentes ao tratamento, às características pessoais de cada doente. Porém, o processo terapêutico pode ser igualmente influenciado, negativa ou positivamente, pelas características individuais do terapeuta e pela forma como ele se relaciona com o doente (Garfield, 1980). Neste sentido, é muito importante que os terapeutas estejam conscientes de que as variáveis que lhe estão associadas podem influenciar os resultados do processo terapêutico (Spruill *et al*, 2004).

Segundo um estudo de Kipnis e cols. (1989) referido por Kendall, Kipnis & Otto-Salaj (1992), os terapeutas, quando questionados acerca das principais razões para o sucesso da terapia, atribuem os progressos terapêuticos a eles próprios, designadamente à relação que estabeleceram com o doente e ao apoio disponibilizado. Apenas depois são apontados motivos relacionados com o doente, nomeadamente, o seu esforço e a sua capacidade de *insight*, seguidos do recurso a determinadas técnicas terapêuticas. Ainda de acordo com o mesmo estudo, os terapeutas de orientação teórica psicanalítica, humanista e eclética tendem com maior frequência a atribuir os ganhos terapêuticos ao próprio doente, comparativamente aos terapeutas de orientação cognitivo-comportamental, o que estaria, segundo os autores, em consonância com os respectivos princípios teóricos das diferentes abordagens.

A investigação de Kipnis e cols. verificou igualmente que os terapeutas que atribuíam os progressos terapêuticos a factores intrínsecos do doente, avaliavam os doentes de forma mais favorável, relativamente, por exemplo, à sua competência, flexibilidade e capacidade de manter os ganhos terapêuticos. Este resultado parece ir ao encontro do que defende a teoria da

atribuição, ou seja, que as avaliações dos outros estão associadas ao grau em que os mesmos são percebidos como sendo responsáveis pelo seu próprio comportamento. Assim, quando os resultados se mostram favoráveis, e os indivíduos são vistos como responsáveis pelo seu comportamento, as avaliações feitas sobre esses indivíduos são mais favoráveis (Kipnis, 1976; Weiner, 1980 *in* Kendall, Kipnis & Otto-Salaj, 1992).

De acordo com estudos citados por Safran & Segal (1990), as características de personalidade do terapeuta podem desempenhar um importante papel no processo de mudança terapêutica. Tais resultados poderão levar-nos a concluir que as características personalísticas do terapeuta são mais importantes do que as técnicas por si utilizadas, sendo suficiente possuir determinados “atributos” para se ser um bom terapeuta. Este tipo de perspectiva reflecte a posição segundo a qual se torna possível conceptualizar o terapeuta, enquanto pessoa com determinadas qualidades, e as técnicas terapêuticas como entidades independentes. No entanto, será mais válido conceber a parte técnica, relativa aos aspectos específicos de um tipo particular de terapia, e a parte pessoal, referente aos factores não específicos comuns a todas as psicoterapias, como constituindo partes inseparáveis de um mesmo todo (Butler & Strupp, 1986 *in* Safran & Segal, 1990). Também Burns & Auerbach (1996) consideram artificial a distinção entre intervenção técnica e intervenção empática, dada a interdependência entre ambas. Tal significa que nenhuma técnica cognitiva ou comportamental, que não seja aplicada no contexto de uma relação terapêutica de confiança, terá resultados satisfatórios. Os autores mencionam ainda que os terapeutas que têm a capacidade de associar e integrar os aspectos técnicos e relacionais serão efectivamente mais eficientes e flexíveis do que os terapeutas que optam por investir apenas numa dessas dimensões.

Pese embora esta abordagem mais integradora, torna-se possível identificar algumas características importantes do terapeuta, das quais pode depender a eficácia do processo terapêutico. Segundo Safran & Segal (1990), as qualidades pessoais do terapeuta podem ter uma influência positiva no processo terapêutico, pois ao promoverem a participação activa do doente nas actividades terapêuticas, envolvem uma atitude empática e calorosa. As terapias centradas no doente enfatizam estas características como elementos essenciais para o envolvimento do doente na terapia, enquanto que as abordagens comportamentais encaram esses atributos de uma forma instrumental, uma vez que permitem aumentar a influência social do terapeuta.

Garfield (1980) faz igualmente referência a características consideradas desejáveis no terapeuta, acrescentando à atitude empática e calorosa, a genuinidade. O autor considera que a empatia é relativa à capacidade para avaliar e compreender os sentimentos que o doente procura expressar, e para comunicar aquilo que se vai conhecendo acerca do doente; uma

atitude calorosa implica a aceitação incondicional do doente; por último, a genuinidade refere-se à adopção de uma atitude verdadeira na expressão de sentimentos e na comunicação com o doente. No mesmo sentido, Feller & Cottone (2003) salientam a importância da congruência, da aceitação incondicional do doente e da capacidade de comunicação do terapeuta, enquanto condições necessárias ao processo de psicoterapia. Porém, estes autores destacam como aspecto mais relevante a empatia, que definem como a tentativa do terapeuta em trabalhar dentro do quadro de referências do doente, demonstrando consistência com o mesmo. Na perspectiva de Safran & Segal (1990), a empatia é mais do que o mero reflexo das emoções do doente, envolvendo antes um processo de “imersão” no mundo subjectivo do doente, de forma a aceder a aspectos mais profundos e tácitos das suas experiências. A empatia envolve ainda processos cognitivos e afectivos, que actuam como mecanismos interdependentes.

Garfield (1980) menciona que tais qualidades, encaradas por alguns autores da psicoterapia centrada no doente como necessárias e suficientes para a eficácia do processo terapêutico, constituem essencialmente características e condições do terapeuta, identificáveis nas suas interações com o doente. Neste sentido, o mesmo autor verificou que não era dada qualquer relevância a variáveis inerentes ao próprio doente para o sucesso da terapia, sendo até referido por alguns autores que as variáveis do terapeuta seriam determinantes para o progresso da terapia, independentemente do tipo de doente. Não obstante o facto de as características do terapeuta, acima referidas, serem geralmente consideradas como condições, teoricamente, necessárias e suficientes para o sucesso terapêutico, Garfield (1980) indica que os resultados de alguns estudos concluíram que uma dessas qualidades, e não necessariamente a mesma, não se encontrava relacionada ou estava correlacionada negativamente com a eficácia da terapia. Estes dados colocam, assim, em causa a imprescindibilidade de tais características no processo terapêutico, podendo mesmo, em determinadas condições, não ter qualquer importância e, noutras, prejudicar a terapia. Daí que, segundo o autor, para avaliar a eficácia da terapia seja necessário ter também em consideração as variáveis do doente e as interações que decorrem na terapia, para além das qualidades do terapeuta.

Também Ellis (1993 *in* Burns & Auerbach, 1996) refere que nem sempre o estabelecimento de uma relação empática constitui uma condição desejável ao sucesso terapêutico, uma vez que pode fomentar uma relação de dependência do doente em relação ao terapeuta. Por outro lado, as eventuais melhoras de humor no doente, como consequência de uma atitude empática e calorosa do terapeuta, seriam apenas temporárias e impediriam o doente de empregar os esforços necessários à sua recuperação. Porém, e apesar da posição de Ellis, as características do terapeuta não devem ser descuradas. A este propósito, Burns & Auerbach (1996) remetem para uma série de estudos que indicam que os doentes que tinham

terapeutas calorosos e empáticos tiveram melhoras significativamente superiores aos doentes cujos terapeutas eram menos empáticos, o que nos leva a concluir pela importância da qualidade da relação terapêutica no tratamento. Os autores chegam a afirmar que existem fracassos na recuperação terapêutica de doentes, que podem ser explicados pela falta de empatia do terapeuta e não devido a falhas na aplicação de técnicas. Langhoff, Baer, Zubaegel & Linden (2008) e Sousa (2006) também salientam que aspectos interpessoais como o suporte emocional, a empatia, a compreensão e a aceitação incondicional do doente são decisivos para potenciar a competência do terapeuta - para além dos aspectos técnicos. Por sua vez, Feller & Cottone (2003) consideram que a mudança terapêutica será maior quando o terapeuta transmite confiança, aceitação, colaboração e respeito pelo paciente, num contexto de terapia que forneça suporte e segurança.

Um outro factor importante diz respeito à confiança que o terapeuta deposita nas estratégias e procedimentos terapêuticos utilizadas, sendo que a mesma é apontada como uma condição essencial para uma terapia eficaz. De facto, os sentimentos e crenças do terapeuta - que são transportados para a relação terapêutica - podem influenciar as expectativas do doente em relação à terapia e, conseqüentemente, todo o processo terapêutico (Garfield, 1980). Não obstante, independentemente das técnicas empregues e da sua eficácia, a interacção entre terapeuta e cliente pode fazer a diferença na obtenção de melhores ou piores resultados (Critchfield, Henry, Castonguay & Borkovec, 2007; Sousa, 2006).

Relativamente ao acompanhamento terapêutico dos casos aos quais este comentário se refere, não será possível saber se as verdadeiras causas do abandono da terapia estarão relacionadas com as variáveis associadas aos terapeutas, uma vez que não se procedeu à identificação de sinais implícitos ou explícitos acerca do que as doentes sentiam ou pensavam em relação às co-terapeutas. O estabelecimento de uma relação empática e colaborativa terá sido relativamente conseguido em ambos os casos, no entanto, tal objectivo não deverá ter sido plenamente atingido, pois as doentes abandonaram o processo terapêutico somente após quatro consultas. A terapia encontrava-se ainda numa fase de avaliação, mas já tinha tido lugar algum tipo de intervenção em termos das características comportamentais das doentes, sobretudo no sentido de flexibilizar traços mais rígidos, o que poderá também ter precipitado o abandono precoce da terapia.

Independentemente da percepção do terapeuta acerca da forma como decorreu o processo terapêutico ser ou não satisfatória, existem estudos que revelam existir frequentemente uma discrepância de juízos entre a empatia que o terapeuta julga ter demonstrado perante o doente e a que este regista a respeito do terapeuta (Vaz Serra, 1997). Burns & Auerbach (1996) sustentam uma posição no mesmo sentido, ao afirmarem que

apenas a percepção que os doentes têm em relação à empatia demonstrada pelo terapeuta parece estar associada, com maior fiabilidade, à recuperação clínica desses doentes. Mais uma vez, não se solicitou da nossa parte um *feedback* das doentes sobre a forma como percepcionavam a nossa intervenção, quer técnica, quer empática, pelo que não se tornou possível ter acesso a eventuais obstáculos ao progresso da terapia, que nos pudessem ser imputados enquanto co-terapeutas. De qualquer forma, torna-se claro que as variáveis associadas ao terapeuta têm efeito no processo de terapia e contribuem decisivamente para o sucesso terapêutico (Dinger *et al*, 2008).

A relação terapêutica pode ser definida como as transacções interpessoais entre terapeuta e cliente que se desenvolvem ao longo da terapia (Critchfield *et al*, 2007). No que se refere ao desenvolvimento da aliança terapêutica, Spruill *et al* (2004) consideram que o mesmo assenta nas capacidades interpessoais e de comunicação do terapeuta, em conjunto com as variáveis do doente. Assim, e segundo os autores, essas características pessoais devem ser trabalhadas pelos terapeutas, uma vez que a maioria das intervenções requerem o estabelecimento de uma relação efectiva com o doente.

Isto significa que a aliança terapêutica constitui uma dimensão importante e um componente central em qualquer processo de psicoterapia (Clemence, Hilsenroth, Ackerman, Strassle & Handler, 2005; Critchfield *et al*, 2007; Sousa, 2006), verificando-se que a solidez da relação terapêutica é fundamental para potenciar as mudanças desejáveis no desenrolar da terapia, influenciando positivamente o resultado do tratamento e promovendo a mudança terapêutica (Langhoff *et al*, 2008). Para Spruill *et al* (2004), a construção e manutenção da aliança terapêutica passa essencialmente pela capacidade de comunicar eficazmente com o paciente, razão pela qual é muito importante que os terapeutas trabalhem as suas competências de comunicação.

De acordo com Garfield (1980), a relação terapêutica é influenciada tanto pela personalidade e competência do terapeuta, como pelos problemas e percepções do doente, sendo que o terapeuta influencia decisivamente a construção da aliança terapêutica (Dinger *et al*, 2008). Assim, numa perspectiva teórica integradora, deve ter-se em consideração, por um lado, o papel que os sentimentos e comportamentos do terapeuta ocupam no sistema interpessoal criado pelo doente e pelo terapeuta, e, por outro, os aspectos técnicos que possibilitam a utilização desses mesmos sentimentos e comportamentos pelo terapeuta em proveito da terapia, e não como obstáculos ao seu desenvolvimento (Safran & Segal, 1990). É ainda importante mencionar que as perspectivas do terapeuta e do doente relativamente à aliança terapêutica nem sempre são coincidentes, facto que deve ser tido em conta quando se analisa a qualidade dessa aliança e os resultados percebidos da terapia (Langhoff *et al*, 2008).

Em suma, é fundamental que os terapeutas tenham presente a importância de uma relação empática e colaborativa com o doente, não esquecendo que as dificuldades no desenvolvimento da aliança terapêutica poderão ter como consequência o abandono precoce do tratamento por parte do doente (Benetti & Cunha, 2008) e, pelo contrário, que a qualidade da relação na terapia contribui para o sucesso dos resultados (Critchfield *et al*, 2007; Sousa, 2006).

Variáveis associadas ao doente

No que diz respeito aos factores inerentes ao doente, iremos considerar as seguintes variáveis: o modelo pessoal explicativo, as expectativas, a percepção de controlo e a motivação para o envolvimento na terapia - variáveis importantes nos resultados da terapia.

Relativamente ao modelo pessoal explicativo do doente, Vaz Serra (1997) menciona que o próprio doente, antes de recorrer ao auxílio do terapeuta, constrói habitualmente as suas explicações e interpretações acerca das suas dificuldades. Fá-lo pela necessidade de compreender a causa, o início dos sintomas, a evolução, a gravidade e os eventuais tratamentos a serem feitos. Tais interpretações são, muitas vezes, distorções da realidade, que interferem significativamente na sua vida e nas relações com os outros, levando-os a aperceberem-se da sua vulnerabilidade. Este modelo explicativo do doente pode não ser de natureza médica ou psicológica, verificando-se, segundo Helman (1990 *in* Vaz Serra, 1997), que as causas são frequentemente procuradas no próprio indivíduo, no seu ambiente natural ou social, ou no mundo sobrenatural. No caso das nossas doentes, e dado o número reduzido de consultas, não foi possível averiguar quais seriam os seus modelos explicativos ou a que atribuiriam os seus problemas.

O modelo explicativo que o doente concebe acerca das suas dificuldades irá interferir significativamente com as suas expectativas de auto-eficácia em relação à sua recuperação. Segundo Bandura (1977 *in* Vaz Serra, 1997), as expectativas de auto-eficácia são importantes na medida em que constituem a condição que conduz o indivíduo à aquisição de um sentido de competência pessoal e à percepção de ser capaz de responder às exigências definidas numa dada situação, o que permite prosseguir com o tratamento. Sousa (2006), por sua vez, refere, com base na investigação empírica, que a sua expectativa de o processo terapêutico ter um efeito positivo leva o doente a acreditar na eficácia da terapia para resolver as suas dificuldades - facto que só por si contribui para a mudança terapêutica.

Por outro lado, e de acordo com Horowitz & Marmar (1985 *in* Safran & Segal, 1990), qualquer doente pode ser descrito através de vários modelos relacionais, que poderão ser utilizados para estruturar as suas expectativas e objectivos no início da terapia. Neste sentido, podemos afirmar que determinados modelos relacionais facilitam a construção da relação

terapêutica, enquanto outros interferem negativamente - sendo que os dados da literatura indicam que os doentes que abandonam a terapia apresentam habitualmente uma aliança terapêutica problemática (Benetti & Cunha, 2008).

A este propósito, Safran & Segal (1990) referem-se às rupturas na relação terapêutica como importantes fontes de informação acerca das sensibilidades particulares do doente. Na terapia cognitiva, a aplicação de técnicas de modificação de pensamentos automáticos e de crenças disfuncionais torna particularmente provável uma ruptura na relação terapêutica. Nos casos de A. (caso 8) e A. (caso 9), embora a fase do processo terapêutico fosse ainda de avaliação, tinha-se já iniciado algum trabalho em termos de familiarização com a noção de Pensamentos Automáticos Negativos e respectivo registo - no segundo caso - , assim como de flexibilização de padrões comportamentais associados a determinadas crenças - no primeiro caso. Assim, poderemos levantar a hipótese destes tipos de intervenção terem interferido com a motivação e envolvimento das doentes na terapia, culminando mesmo no fracasso terapêutico que se verificou.

Segundo Horowitz & Marmar (1985 *in* Safran & Segal, 1990), podem surgir alguns obstáculos ao desenvolvimento de modelos relacionais na construção da relação terapêutica, nomeadamente:

- Os doentes podem encontrar-se assustados com as suas próprias experiências e percebem-nas como uma invasão da sua privacidade, a pretensão do terapeuta em estruturar a comunicação das suas vivências;
- Os doentes podem estar demasiado deprimidos e desmoralizados para se envolverem na terapia, encarando o terapeuta como pouco preocupado ou demasiado optimista em relação à sua capacidade de mudança;
- Os doentes que agem de forma agressiva para com o terapeuta podem perceber as suas intervenções como constituindo críticas.

Relativamente a A. (caso 8) pensamos que nenhum dos três aspectos caracterizará a sua situação. Quanto a A. (caso 9), supomos que a doente estaria muito desmoralizada e descrente na possibilidade de resolução dos seus problemas, pelo que se mostrou desmotivada desde o início do processo, não se envolvendo efectivamente na terapia.

Retomando a questão das expectativas, Vaz Serra (1997), citando outros autores, indica que a mobilização de expectativas é importante por cinco motivos essenciais:

- a) A presença de expectativas positivas ajuda o doente a sentir-se mais calmo e confiante, o que facilita o confronto com as situações temidas;
- b) As expectativas facilitam a cooperação com os procedimentos terapêuticos nas consultas e entre consultas;

c) As expectativas reforçam a motivação para o tratamento, ajudando no confronto com as situações desconfortáveis para o doente;

d) As expectativas criam a oportunidade de o terapeuta proceder ao estabelecimento de objectivos a atingir e de instruções, que passam a constituir as etapas exigidas para a melhoria;

e) As instruções ajudam a modificar os processos cognitivos, se o doente avaliar gradualmente as situações temidas de forma mais realista, o que facilitará a redução do medo.

Além disso, uma pessoa pode ter expectativas de auto-eficácia elevadas e possuir as aptidões necessárias para a execução de uma determinada tarefa, mas não a conseguir executar somente por falta de incentivos (Vaz Serra, 1984). No caso das nossas doentes, pensamos que ambas teriam expectativas de eficácia pessoal muito baixas; porém, no primeiro caso, as expectativas em relação ao tratamento eram bastante optimistas e irrealistas, pois a doente esperava obter progressos muito rapidamente, chegando a relatar mudanças que, não cremos, correspondiam ao que de facto se passava; no segundo caso, as expectativas em relação ao tratamento eram igualmente baixas, pelo que a doente não acreditava que fosse possível mudar. Tanto uma como outra situação, poder-se-ão ter constituído como motivos que levaram as doentes a abandonar o processo terapêutico, embora por razões opostas. Recorde-se ainda, a propósito do primeiro caso, que se as expectativas do doente mostram ser incongruentes com os progressos que parecem estar a verificar-se, o doente desmotiva-se e pode abandonar a terapia (Garfield, 1980).

As expectativas de auto-eficácia estão estreitamente relacionadas com a percepção de controlo por parte do doente em relação a determinadas circunstâncias, o que dita a avaliação que faz delas e, igualmente, o seu comportamento (Vaz Serra, 1997). Wilson (1980 *in* Vaz Serra, 1997) considera que a percepção de controlo só melhora e se torna terapêutica se se basear, ainda que parcialmente, no controlo real das situações ameaçadoras, já que, de outra forma, pode tornar-se ilusória e pouco ajustada à realidade e, em consequência, facilmente desconfirmada e indutora de perturbação. Quando um doente não se sente capaz de lidar com as situações temidas, por percepcionar tais situações como estando fora do seu controlo, pode acabar por abandonar a terapia, ao considerar que nunca será possível curar-se. Esta trata-se, efectivamente, de uma outra hipótese plausível para o abandono da terapia que se verificou por parte das duas doentes. De facto, devido às suas baixas expectativas de eficácia pessoal, A. e A. encaravam a melhoria das suas dificuldades como não estando sob o seu controlo, uma vez que essas dificuldades seriam consequência de factores externos - como por exemplo, o tipo de funcionamento familiar - , sendo a resolução dos problemas independente do seu esforço e envolvimento pessoais na terapia.

Finalmente, faremos referência ao envolvimento do doente na terapia, o qual diz respeito à sua participação positiva no processo terapêutico, com reduzidas manifestações de hostilidade (Garfield, 1980). De acordo com esta definição, parece-nos que as duas doentes ter-se-ão envolvido na terapia; porém, tal envolvimento não terá sido suficientemente intenso e profundo, ao ponto de as levar a persistir e trabalhar no sentido da mudança. Para além do envolvimento, Langhoff *et al* (2008) consideram que são ainda necessários níveis elevados de cooperação e confiança por parte do doente durante o processo de terapia, os quais se constituem como pré-requisitos essenciais para o sucesso do tratamento. Clemence *et al* (2005), por sua vez, salientam que aspectos como o comprometimento e colaboração do paciente, o seu investimento, dedicação e confiança face à terapia, são decisivos para que a aliança terapêutica se torne efectiva. De acordo com estes autores, os doentes que classificam como forte a aliança com o terapeuta e que acreditam nos benefícios da terapia, reportam melhorias no seu funcionamento, progressos na redução de sintomas e na mudança terapêutica, e um sentimento de maior satisfação. Podemos concluir, assim, que o envolvimento e investimento do doente na terapia é um factor significativo para a relação terapêutica, para o processo de terapia e para os resultados obtidos (Clemence *et al*, 2005).

Na perspectiva de Burns (1989), não é possível avaliar de forma rigorosa tudo o que ocorre durante as sessões de psicoterapia, assim como não podem ser feitas previsões precisas acerca dos resultados, como acontece nas denominadas ciências exactas. Deste modo, dada a multiplicidade de variáveis que estão envolvidas no processo terapêutico, e que se prendem com o terapeuta, com o doente e com a própria relação terapêutica, apenas poderemos colocar hipóteses acerca daquilo que terá estado na origem da interrupção da terapia nestes dois casos analisados, sem que possamos chegar a conclusões definitivas.

Não obstante, a análise das situações associadas ao abandono precoce dos doentes constituem importantes fontes de informação acerca do processo terapêutico, permitindo uma maior compreensão dos aspectos envolvidos na eficácia da terapia e a identificação dos factores de risco que potenciem o abandono da mesma (Benetti & Cunha, 2008). Neste sentido, alguns autores mencionam a importância de estabelecer intervenções dirigidas à prevenção do abandono precoce do processo terapêutico, as quais incluem: o estabelecimento de contacto com os doentes e/ou os familiares, quando os primeiros deixam de comparecer às consultas; a preparação do doente para o trabalho terapêutico, com informações sobre a sua situação e sobre as características do processo terapêutico; sessões específicas para a identificação de crenças do doente e distorções acerca do processo; intervenções dirigidas aos próprios terapeutas procurando melhorar as suas competências e técnicas de trabalho (Bueno *et al* 2001, *in* Benetti & Cunha, 2008).