

**SANDRA ISABEL DA CRUZ CAIXEIRINHO**

***PERSPETIVA INTEGRATIVA:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO  
NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS***

**RELATÓRIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**2018**

**SANDRA ISABEL DA CRUZ CAIXEIRINHO**

***PERSPETIVA INTEGRATIVA:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO  
NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS***

**RELATÓRIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL**

**Mestrado em  
Psicologia Clínica e da Saúde**

**Trabalho efetuado sob a orientação de:  
Professor Doutor Luís Janeiro**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**2018**

***PERSPETIVA INTEGRATIVA:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO  
NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS***

**RELATÓRIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL**

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Sandra Isabel da Cruz Caixeirinho

### Copyright

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus mestres: aos professores, aos colegas de trabalho, aos meus amigos e a todas as pessoas que, ao longo da minha vida profissional, me deram o privilégio de contactar com a riqueza das suas narrativas.

À minha família de origem que possibilitou o equilíbrio entre a pertença e a individualidade, criando espaço e incentivo para a exploração de outras *realidades*.

Ao Ricardo e aos meus filhos pela maravilhosa narrativa que temos construído juntos e pelo apoio incondicional.

Ao Professor Doutor Luís Janeiro pela disponibilidade, escuta paciente e, sobretudo, por me ensinar a simplificar e a sintetizar, possibilitando a partilha das minhas ideias.

A M., pela sua colaboração, sem a qual este trabalho não seria possível.

## RESUMO

A realização do Relatório de Atividade Profissional pretende constituir um documento de apresentação e integração da experiência profissional, para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, para licenciados pré-Bolonha.

O relatório visa a creditação do percurso académico e profissional da candidata, através da validação das competências decorrentes do percurso profissional e da formação realizada pós-licenciatura, desde 1998.

As dificuldades encontradas no âmbito do tratamento dos comportamentos aditivos motivaram a procura contínua de formação e tornaram evidente a necessidade de fundamentação dos planos terapêuticos, salientando a importância de encontrar novas formas de intervir.

A formação em diferentes modelos terapêuticos como a terapia cognitivo-comportamental, a terapia sistémica e a intervenção neuropsicológica resultou numa abordagem teórica integrativa que é explicitada e defendida no Relatório. Esta abordagem é efetivada na prática clínica através da intervenção que inclui os contributos de vários modelos, de forma coerente. Apresenta-se um estudo de caso ilustrativo do modelo proposto, que se considera evidenciar as vantagens da abordagem integrativa.

Palavras-chave: Relatório de Atividade Profissional, Comportamentos aditivos, Abordagem integrativa, Estudo de caso

## ABSTRACT

The Professional Activity Report aims to be a document of presentation and integration of the professional experience, to obtain the master's degree in Clinical and Health Psychology, for pre-Bologna graduates.

The report aims to accredit the candidate's academic and professional background, through the validation of the competences deriving from the professional course and post-graduate training, since 1998.

The difficulties found in the treatment of addictive behaviors motivated the continuous search for training and made evident the need of providing theoretical support to the therapeutic plans, stressing the importance of finding innovative ways of intervention.

The training in different therapeutic models such as cognitive-behavioral therapy, systemic therapy and neuropsychological intervention resulted in an integrative theoretical approach that is explicated and argued in the Report. This approach is implemented in clinical practice through intervention that includes the contributions of several models, in a coherent way. An illustrative case study of the proposed model is presented, highlighting the advantages of the integrative approach.

Keywords: Professional Activity Report, Addictive Behaviours, Integrative Approach, Case Study

# ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	
1.1. Identificação da candidata	1
1.2. Objetivos do relatório e enquadramento contextual	1
1.3. Informação sobre a organização do relatório	3
1.4. Descrição breve das atividades realizadas no âmbito da intervenção em comportamentos aditivos	4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: NARRATIVA DE UM PERCURSO INTEGRATIVO	
2.1. Narrativa inicial: contributos das terapias cognitivas	7
2.1.1. Terapia Cognitiva de Beck	8
2.1.2. Terapia Focada nos Esquemas	10
2.1.3. Terapias cognitivas e comportamentos aditivos	14
2.2. Complexificação narrativa: epistemologia construtivista e integração dos pressupostos pós-modernos	17
2.2.1. Terapia narrativa	20
2.2.2. Perspetiva sistémica	24
2.3. Desenvolvimentos recentes: abordagem neuropsicológica dos comportamentos aditivos	
2.3.1. Comportamento aditivo como doença do cérebro	26
2.3.2. Avaliação e reabilitação neuropsicológica	34
2.4. Integração de modelos e nova narrativa de intervenção	37
2.4.1. Ecletismo técnico	38
2.4.2. Integracionismo teórico	40
2.4.3. Fatores comuns	41
2.4.4. Conclusões	43
3. CASO CLÍNICO	
3.1. Metodologia e Contexto	45
3.2. Caracterização sumária	46
3.3. Breve história clínica	47
3.4. Métodos de avaliação	49
3.5. Resultados da avaliação e formulação diagnóstica	
3.5.1. Observação	51
3.5.2. Resultados das provas	52
3.5.3. Formulação	56
3.6. Intervenção: psicoterapia integrativa	59
3.6.1. Plano de Tratamento	60
3.6.2. Curso e resultados da terapia	64

4. DISCUSSÃO CRÍTICA DA METODOLOGIA E DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO	69
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	
5.1. Análise crítica do percurso profissional	75
5.2. O potencial criativo da narrativa integrativa: projetos	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	86

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 2.1</b> Quadro-síntese das funções predominantes e correspondentes alterações neuropsicológicas	31
<b>Quadro 2.2</b> Quadro-síntese de alterações neuropsicológicas e substâncias	32
<b>Quadro 2.3</b> Abordagens de reabilitação neuropsicológica	37
<b>Quadro 3.1</b> Indivíduo M - identificação das áreas-problema	54
<b>Quadro 3.2</b> Indivíduo M - Elementos do funcionamento executivo e alterações observadas na clínica	55
<b>Quadro 3.3</b> Abordagem integrativa - contributos dos modelos teóricos na intervenção no caso de M.	59
<b>Quadro 3.4</b> Estrutura das sessões de intervenção	61

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo A</b> - Consentimento informado	86
<b>Anexo B</b> - Provas de avaliação	89
<b>Anexo C</b> - Breve descrição das provas utilizadas	91
<b>Anexo D</b> - Avaliação das FE – componentes e principais provas	94
<b>Anexo E</b> Resultados das provas	96
<b>Tabela E1:</b> UPPS-P	97
<b>Tabela E2:</b> HADS e BDI-II	97
<b>Tabela E3:</b> QEY	97
<b>Tabela E4:</b> NEO PI-R	98
<b>Tabela E5:</b> BADS, TMT, WCST	99
<b>Tabela E6:</b> FDT, Fluência verbal, T. Hanoi	100
<b>Tabela E7:</b> Gnosias visuais, TP, EMW-R, RAVLT, FCRey	101
<b>Tabela E8:</b> WAIS III	102
<b>Anexo F</b> - Processos cognitivos focados na reabilitação e tipo de tarefas	104
<b>Anexo G</b> - Plano geral das sessões de reabilitação (programa de reabilitação modelo)	107

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Identificação da candidata**

Sandra Isabel da Cruz Caixeirinho, nascida em Palmela, 42 anos. Sou licenciada em Psicologia, ramo Clínica pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, desde 1998.

Sou membro efetivo da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (SPTF) desde 2006, estando habilitada como terapeuta familiar e interventor sistémico. Realizei o Estágio da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde (TSS) do Ministério da Saúde, obtendo o grau de Especialista em Psicologia Clínica em 2007. Em 2011 e 2013 realizei duas pós-graduações em Intervenção Neuropsicológica: avaliação e reabilitação e em Neuropsicologia Clínica, no Instituto Português de Psicologia.

Sou Especialista em Psicologia Clínica e em Psicoterapia (Especialidade Avançada em Terapia Familiar) pela Ordem dos Psicólogos Portugueses e candidata à Especialidade Avançada em Neuropsicologia.

Atualmente exerço funções de Técnica Superior de Saúde – Psicóloga Clínica, com a categoria de Assistente de Saúde, e de Responsável da Equipa, na Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET) do Barlavento, do Centro de Respostas Integradas da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve, IP), no âmbito da intervenção na área de tratamento dos comportamentos aditivos.

Desempenho ainda função de psicóloga clínica em clínica privada desde 2000 e de terapeuta familiar desde 2006.

### **1.2. Objetivos do relatório e enquadramento contextual**

A realização de um relatório de atividade profissional pretende constituir um documento de apresentação e integração da experiência profissional, para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. O relatório visa a creditação do percurso

académico e profissional da candidata. Pretende-se, assim, a validação das competências decorrentes do percurso profissional e da formação realizada pós-licenciatura (pré-Bolonha).

A opção pela realização de um relatório decorre da necessidade pessoal de sistematizar e integrar as aprendizagens desenvolvidas ao longo da experiência profissional, que resultaram num modelo de intervenção que inclui contributos de múltiplas abordagens.

A experiência profissional inicial realizou-se com uma orientação clara do modelo cognitivo-comportamental, na Consulta de Stress do Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Com o decurso da experiência profissional senti necessidade de realizar formação no modelo sistémico (chamo-lhe agora *pensamento sistémico*) e mais tarde na abordagem neuropsicológica. Mais recentemente, devido à intervenção em saúde mental infantil a tempo parcial nos Centros de Saúde de Lagos e Portimão (cessada em junho 2017), evidenciou-se a importância de reatualizar o modelo psicodinâmico, já antes aprofundado no âmbito das atividades realizadas no Estágio da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde realizado no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) no Serviço de Psiquiatria - Unidade de Psicologia, e da atividade na Consulta de Crianças e Adolescentes no então Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) do Barlavento.

No âmbito do Estágio da Carreira, tive oportunidade de contactar com modelos de intervenção não restringidos à área da saúde mental, através da atividade no âmbito da psicologia da saúde hospitalar. A minha experiência, nesse contexto, deixou assim de estar centrada no psicodiagnóstico, na psicopatologia e na psicoterapia, e passou a abranger a intervenção psicológica mais focada na promoção e manutenção da saúde, na adesão a terapêuticas, nos comportamentos preventivos da doença e na comunicação entre doentes, técnicos e os serviços de saúde.

As escolhas profissionais e formativas têm sido demonstrativas da diversidade dos modelos teóricos e práticas com as quais foi possível contactar ao longo de 19 anos de experiência. Foi assim necessário ir construindo narrativas integrativas do conhecimento que os novos contextos e modelos foram possibilitando.

De entre os vários contextos onde exerci psicologia clínica, optei por centrar o relatório numa área de intervenção que tem sido dominante, pelo tempo no seu exercício, não obstante o interesse e prática em outras áreas.

Com efeito, foram as dificuldades encontradas no tratamento dos comportamentos aditivos que motivaram a procura de mais formação, a necessidade de fundamentação dos procedimentos e a elaboração da presente reflexão sobre *o que é tratar*. Esta busca tem possibilitado a elaboração de novas narrativas profissionais, cujo resultado agora se expõe.

Deste modo, faz-se recurso à metáfora narrativa como organizadora da análise do percurso como psicóloga clínica, expondo o caminho de complexificação dos processos de construção de conhecimento e o resultado da integração da multiplicidade de experiências. Produzir uma narrativa é transformar uma realidade (Gonçalves, 2000), atribuindo-lhe coerência e um rumo.

### **1.3. Informação sobre a organização do relatório**

O objetivo do relatório é descrever o percurso profissional e a evolução das narrativas pessoais baseadas em modelos teóricos, que foram orientando a atividade clínica, com foco principal na intervenção na área dos comportamentos aditivos.

O relatório será dividido em 5 capítulos. No primeiro e presente capítulo constou a identificação da candidata, os motivos da opção pelo tema, a contextualização do processo de formação e da atividade profissional e a organização geral do documento.

No segundo capítulo serão apresentados os modelos que têm fundamentado a intervenção e a sua evolução em direção a uma perspectiva integrativa. É utilizada a metáfora narrativa para descrever o percurso no sentido da integração teórica.

O terceiro capítulo pretende ilustrar através de um caso clínico a possibilidade de conjugar múltiplas abordagens clínicas na intervenção. O caso será apresentado com o objetivo de traduzir a experiência terapêutica, constituindo-se como um estudo de caso pragmático - *pragmatic case study* (Fishman, 2005; McLeod, 2010).

A discussão crítica da metodologia utilizada e dos resultados da intervenção será explorada no quarto capítulo.

No último capítulo será realizada uma breve análise crítica do percurso profissional, com reflexão sobre os aspetos que limitaram ou contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional e os projetos decorrentes dessa reflexão.

#### **1.4. Descrição breve das atividades realizadas no âmbito da intervenção em comportamentos aditivos**

A intervenção na área dos comportamentos aditivos foi iniciada em 1998 com a integração na equipa da Comunidade Terapêutica “Encontro”, da Cáritas Diocesana de Coimbra. Além do acompanhamento psicológico individual, a intervenção era maioritariamente realizada em grupo. A intervenção grupal assumia a forma de grupos temáticos (psicoeducativos), grupos de autoajuda e grupos de encontro.

Em 2000 inicio funções de psicóloga clínica no Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, no então Centro de Atendimento Toxicodependentes do Barlavento (CAT-B), realizando acompanhamento psicológico individual de utentes, seguindo o enquadramento do modelo cognitivo-comportamental. Além desta modalidade de intervenção eram ainda realizados Grupos de Acolhimento (admissão de utentes), com o objetivo de avaliar o estágio de mudança do utente, de forma a planear o tratamento de forma mais ajustada.

No CAT-B colaborei na criação da Consulta de Crianças e Adolescentes para filhos de utentes do serviço e da Consulta de Terapia Familiar. A necessidade de procurar novos modelos de intervenção e ampliar as respostas surgiu da diversidade casuística. Foi no âmbito da intervenção nos comportamentos aditivos, no CAT-B, o primeiro contacto com uma realidade que estimulou a perspetiva integrativa e pragmática que até hoje defendo.

Em 2003 participei na organização e implementação da Consulta de Psicologia do Projeto "A CORDA" da Câmara Municipal de Portimão, dos Planos Municipais de Prevenção Primária das Toxicodependências. A intervenção tinha como população-alvo crianças e jovens em risco do concelho e visava o desenvolvimento de fatores protetores relativamente ao uso de substâncias.

Entre 2003 e 2006 decorre o Estágio da Carreira dos TSS para obtenção do grau de Especialista em Psicologia Clínica, que implicou a realização de estágio de atividade clínica no Serviço de Psiquiatria - Unidade de Psicologia do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. O plano de Formação Técnico-Científica para Psicólogos Clínicos realizado no decurso da especialidade abrangeu várias áreas de intervenção em psicologia e estimulou o interesse, nomeadamente, pela área da neuropsicologia. Durante o período de estágio da especialidade foi possível desenvolver competências técnicas e aprofundar

conhecimentos através da participação em formações na área da avaliação psicológica, atividade que tem ocorrido de forma mais sistemática desde então.

A formação em Terapia Familiar e Intervenção Sistémica, concluída em 2006, surge do reconhecimento da necessidade de intervir nos contextos relacionais (sistemas) em que indivíduo se insere, e possibilitou a integração da visão sistémica nas terapias individuais e o desenvolvimento de modalidades de intervenção como a terapia de casal e a terapia familiar. Este contexto formativo promoveu a integração dos contributos epistemológicos do construcionismo social e das terapias narrativas na atividade clínica, evidenciando a importância das práticas discursivas e das abordagens colaborativas.

Em 2013 participei na conceção e implementação dos Grupos Psicoeducativos para problemas ligados ao álcool (PLA) na ETET do Sotavento. O reconhecimento da especificidade e da complexidade da patologia alcoólica apela ao desenvolvimento de diferentes modalidades de intervenção. A transmissão de informação relativa aos PLA e a possibilidade de troca de informações entre os técnicos e os utentes torna possível alterar perceções desadequadas em relação aos PLA e possibilita a mobilização para a mudança. O contexto grupal visa ainda facilitar a autoajuda e momentos de partilha e apoio e o reforço da mudança. Em 2014, desenvolvi a implementação desta modalidade na ETET do Barlavento, que se mantém.

Em 2014 implementei a Consulta de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica na ETET do Barlavento. Nesta consulta são realizadas avaliações a pedido de outros terapeutas do serviço. Dependendo das queixas e do pedido, a Consulta de Avaliação pretende colaborar na clarificação de aspetos relevantes para a compreensão do funcionamento do indivíduo (psicodiagnóstico), pesquisar a existência de comorbidade psicopatológica, determinar a presença de alterações de funcionamento neuropsicológico, elaborar de relatórios e participar na definição de projetos de intervenção de acordo com os resultados apurados. A criação desta consulta decorre também da integração do modelo neuropsicológico na leitura dos comportamentos aditivos, resultado da formação realizada na área da Neuropsicologia, ocorrida entre 2011 e 2013. A evidência científica na área das neurociências nas últimas décadas, a qual perspetiva a dependência de substâncias como doença do cérebro, tornou inevitável a sua integração na formulação psicodiagnóstica e nos projetos de intervenção, enriquecendo a compreensão do funcionamento dos indivíduos e a eficácia das intervenções.

Em suma, as questões que se foram colocando ao longo dos anos geradas pelos contextos de intervenção resultaram num processo constante de reflexão sobre o como

integrar várias abordagens teóricas. Este processo deu saliência à importância da prática baseada na evidência e dos fatores comuns aos vários tipos de intervenção, bem como à possibilidade de integrar de forma coerente diferentes abordagens teóricas.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: NARRATIVA DE UM PERCURSO INTEGRATIVO**

*O todo é mais do que a soma das suas partes.  
É tudo o que nos interessa.  
(Don Jackson)*

### **2.1. Narrativa inicial: contributos das terapias cognitivas**

As terapias cognitivo-comportamentais (TCC) abrangem diferentes abordagens que compartilham pressupostos básicos como o papel da cognição como mediadora da relação do indivíduo com a realidade e a possibilidade de alterar a forma de processar informação, particular em cada perturbação, como meio para a mudança (Beck, 1976, 1993). O corpo teórico comum a múltiplas abordagens da TCC inclui terminologia específica como os conceitos de esquemas, processos e produtos cognitivos.

Em psicologia cognitiva um esquema pode ser definido como um grupo estruturado de conceitos que é utilizado para representar eventos, sequências de eventos, preceitos, situações, relações e até mesmo objetos (Eysenck & Keane, 1994, citados em Duarte, Nunes & Kristensen, 2008). Um esquema constitui-se como uma estrutura organizada de informação, responsável pela atribuição de significado.

A noção de esquema em Psicologia, enquanto modelo ou padrão organizado, tem a sua origem nas obras de Bartlett e de Piaget (Duarte et al., 2008). Piaget salienta que as estruturas cognitivas ou esquemas, enquanto padrões de ação organizados na memória, são essenciais na compreensão das invariantes funcionais de organização e adaptação, ou seja, essenciais para o desenvolvimento cognitivo. Bartlett foi pioneiro na defesa da importância do papel dos esquemas mentais na forma como recordamos as histórias, ao salientar o caráter construtivo da memória.

A atividade dos esquemas, organizadora dos eventos, orienta o processamento cognitivo. Os processos cognitivos são operações mentais, acessíveis à consciência, que incluem a atenção, codificação e evocação mnésica. Os produtos cognitivos, elementos mais facilmente acessíveis à consciência, são cognições ou pensamentos, imagens ou

atribuições resultantes da interação da informação com as estruturas (esquemas) e os processos cognitivos (Ingram & Kendall, 1986).

Da revolução cognitiva dos anos 50 e o seu impacto na psicologia, emerge o pressuposto que a psicopatologia decorre de perturbações no processamento de informação (Beck, 2005). A Teoria Cognitiva de Beck e a Terapia Focada nos Esquemas de Young constituem dois exemplos da aplicação dos construtos da psicologia cognitiva à psicopatologia. Serão exploradas de forma breve estas duas abordagens, que maior influência tiveram no início do meu percurso profissional e cujos contributos integram ainda prática clínica.

### **2.1.1. Terapia Cognitiva de Beck**

A Teoria Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982) foi inicialmente desenvolvida para os quadros depressivos e focaliza a importância dos padrões distorcidos ou enviesamentos no processamento de informação na base da psicopatologia. As interpretações disfuncionais dos eventos que resultam desses padrões cognitivos, condicionam a forma como a pessoa se sente e se comporta.

De acordo com esta teoria (Alford & Beck, 1997; Beck & Emery, 1985; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982), um esquema é um corpo de conhecimento persistente que processa informação, orientando a forma com os acontecimentos são interpretados e, uma vez desenvolvidos, acabam por ajustar toda a realidade de acordo com os seus pressupostos. Os esquemas são altamente personalizados e idiossincráticos. Um esquema mental, enquanto rede estruturada e interrelacionada de crenças, pode ser ativado ou desativado conforme a presença ou ausência de experiências stressantes, drogas ou alterações endócrinas (Beck, 2005). Na psicopatologia, os esquemas disfuncionais são ativados por um determinado evento e sobrepõem-se a esquemas mais adaptativos.

É comum a imprecisão conceptual entre crenças e esquemas em diferentes abordagens da TCC (Duarte et al., 2008). De acordo com a teoria de Beck, o conteúdo dos esquemas são as crenças centrais. As crenças centrais são o nível mais fundamental de crença, caracterizando-se como globais, rígidas e sobregeneralizadas (Beck, 2005). Beck (1985, 1991) sugere que estas crenças podem ser formadas relativamente cedo na vida e incorporadas em estruturas cognitivas ou esquemas.

Os estudos de Beck identificaram padrões consistentes na interpretação da realidade na depressão, o que foi designado por tríade cognitiva: a visão negativa de si, do mundo e do futuro. Desenvolvimentos desta teoria, inicialmente focada nos quadros depressivos, conduziram a uma teoria mais geral da psicopatologia que se baseia no pressuposto de que alterações consistentes nos padrões de processamento de informação estão na base da psicopatologia (Beck, 1991).

A identificação de pensamentos é central nesta terapia, por permitir aceder às crenças disfuncionais que constituem os esquemas subjacentes ao sofrimento psíquico. Os pensamentos automáticos negativos são os produtos das crenças disfuncionais.

A intervenção psicoterapêutica, além de permitir identificar os pensamentos automáticos e aumentar a consciência sobre os mesmos, possibilita o seu desafio e gerar pensamentos alternativos (não disfuncionais). Os pensamentos alternativos são baseados em argumentos empíricos, fundamentados pela realidade. É incentivada a automonitorização dos pensamentos e identificação de crenças em registos escritos, de forma a facilitar a consciencialização e o debate de crenças disfuncionais nas sessões terapêuticas e o posterior confronto e verificação pela realidade, em busca de interpretações alternativas. Este treino de identificação e contestação dos pensamentos disfuncionais resulta de uma colaboração ativa entre terapeuta e paciente, em que o técnico assume uma postura diretiva e focada no problema. É assim uma terapia estruturada e limitada no tempo, sustentada por um empirismo colaborativo (McGinn & Young, 2005).

As distorções cognitivas (Beck & Emery, 1985; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982) constituem erros sistemáticos no processamento de informação (enviesamentos), presentes quando existe sofrimento psíquico. Estas distorções referem-se a uma preferência sistemática para processar seletivamente um tipo de informação em detrimento de outra que é ignorada, de acordo com determinados padrões. Quando um esquema está ativado, o processamento de informação é realizado para ser consonante com as suas crenças disfuncionais, mantendo a sua congruência e perpetuando-as. O pensamento dicotómico, a sobregeneralização, a abstração seletiva, a leitura do pensamento, a catastrofização, a maximização, a minimização, o exagero no dever, a personalização, são exemplos de distorções cognitivas (Beck, 1985; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982).

A Teoria Cognitiva de Beck enuncia os conceitos básicos para o desenvolvimento posterior de intervenções centradas na cognição, com o pressuposto de que se alterarmos

a forma como pensamos, alteramos o que sentimos e o que fazemos. Vários estudos demonstraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental na redução sintomática e em taxas de recaída numa variedade de quadros psicopatológicos (Beck, 2005).

### **2.1.2. Terapia Focada nos Esquemas**

Os trabalhos de Young (1994, 1999) surgem das limitações da teoria de Beck evidenciadas, sobretudo, em indivíduos com perturbações de personalidade. Estes indivíduos apresentam, em geral, maior dificuldade em flexibilizar os pensamentos (rigidez), marcadas dificuldades interpessoais, queixas difusas, dificuldades em aderir a técnicas como os registos de automonitorização e reduzida motivação para o tratamento e para a relação colaborativa. Além disso, pode verificar-se um marcado evitamento cognitivo, emocional e comportamental que impede a adesão a técnicas da Terapia Cognitiva de Beck.

Young desenvolveu a Terapia Focada nos Esquemas (Schema Therapy), que constitui uma abordagem integrativa que vai além dos pressupostos da terapia cognitiva tradicional, que incorpora técnicas experienciais e interpessoais e agrega contribuições da Gestalt, Psicanálise e Construtivismo (Callegaro, 2005; McGinn & Young, 2005). A Terapia Focada nos Esquemas foi elaborada para tratar as perturbações de personalidade e possibilitar aos indivíduos identificarem os seus esquemas e cognições, emoções e estilos de *coping* associados à ativação dos esquemas. Young (1990, 1999) propõe os seguintes construtos teóricos: Esquemas Maladaptativos Precoces (EMP), domínios, processos e modos de esquema.

Os EMP são temas amplos e persistentes, desenvolvidos durante a infância ou adolescência, podendo ter origem em fases pré-verbais do desenvolvimento, que se elaboram através da vida, envolvem a pessoa e as suas relações com os outros e são disfuncionais em grau significativo (Young & Klosko, 1994). Os EMP são implícitos, vividos como irrefutáveis, altamente resistentes à mudança. A sua base é o temperamento (inato) e a relação com outros significativos nessas fases da vida mais precoces e constituem-se como modelos para processamento das experiências posteriores. Estes modelos relacionam-se com respostas de *coping* geradas na infância, que têm uma função adaptativa para fazer face às exigências do meio, mas que se vão tornando disfuncionais ao longo da vida (desadaptativas).

De acordo com a teoria atual existem 18 EMP, sendo que para cada um existem técnicas terapêuticas específicas. Estes 18 esquemas estão agrupados em 5 domínios: I) Desligamento/rejeição; II) Autonomia e desempenho deteriorados; III) Limites Deteriorados; IV) Influências dos Outros; V) Sobrevigilância e inibição. Cada um dos EMP refere-se a necessidades básicas da infância, cuja satisfação permite o desenvolvimento saudável. A perturbação deste desenvolvimento em função das predisposições temperamentais e experiências parentais e sociais inadequadas gera o desenvolvimento de EMP num ou vários domínios dos esquemas.

Ao domínio I pertencem os esquemas de Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Privação emocional, Defeito/Vergonha e Isolamento social/Alienação; ao II, a Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade ao mal e à doença, Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido e Fracasso; ao III, a Grandiosidade e Autocontrolo/Autodisciplina insuficientes; ao IV, a Subjugação, o Autosacrifício e a Procura de Aprovação/Reconhecimento; e ao V, o Negativismo/Pessimismo, a Inibição Emocional, os Padrões Excessivos/Hipercriticismo e a Autopunição (Rijo, 2009; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Young (1999) identifica três processos de um esquema que podem ocorrer nos domínios cognitivo, afetivo ou comportamental: a manutenção (subordinação), o evitamento e a compensação do esquema. A mudança esquemática pode ser perturbadora para o *self* pelo que o indivíduo engendra estes processos para manter a sua organização cognitiva central.

A manutenção do esquema explica a rigidez apresentada pelos indivíduos. O processo de manutenção do esquema ocorre, por exemplo, ao nível cognitivo quando o indivíduo realiza distorções cognitivas (vide Teoria Cognitiva de Beck) ou ao nível comportamental quando realiza atividades ou escolhas coerentes com o esquema (ex.: escolha de parceiros sempre com o mesmo perfil).

O processo de evitamento ocorre porque a ativação dos EMP é geralmente acompanhada de afeto negativo. A recusa em abordar determinado tema (evitamento cognitivo), a recusa a frequentar determinados contextos (evitamento comportamental) e o bloqueio de determinadas emoções associadas ao esquema (evitamento emocional) são exemplos deste processo.

A compensação do esquema verifica-se quando o indivíduo adota um estilo cognitivo e comportamental aparentemente oposto ao que é identificado na terapia. Pode acontecer o desenvolvimento de um esquema para compensar a ativação de um EMP

primário. Um exemplo frequente na clínica é verificado na emergência de comportamentos de natureza narcísica para compensar a ativação de um EMP de privação emocional, gerado por uma infância de carência.

McGinn e Young (2005) referem ainda o conceito de modos do esquema. O modo de esquema refere-se ao conjunto de esquemas atualmente ativados. Em psicopatologia, um modo de esquema disfuncional é ativado quando esquemas desadaptativos específicos ou respostas de *coping* geram emoções perturbadoras, comportamentos de evitamento ou mesmo autoderrotistas, que condicionam o funcionamento do indivíduo. A ativação alternada em diferentes modos de esquema é possível, em resposta a diferentes estímulos ambientais, que justificam a diversidade de pensamentos, emoções e comportamentos num mesmo indivíduo. Ao nível da intervenção, o terapeuta deverá utilizar diferentes técnicas de acordo com o modo ativado, de forma a desenvolver modos mais saudáveis. Por exemplo, o modo Autobajulador pode constituir uma forma de evitamento habitual nas personalidades narcísicas, como resposta à ativação dos esquemas de Privação Emocional e Defeito devido à falta de aprovação ou validação.

A Terapia Focada nos Esquemas tem a fase de avaliação, através de: 1) identificação dos esquemas e modos, com recurso a provas, autorregistos (pensamentos, humor), entrevista sobre a história de vida e observação clínica (dados relativos à relação que se estabelece na consulta); 2) ativação do esquema através do recurso ao diálogo e evocação de imagens; 3) conceptualização através da elaboração do plano de tratamento; e, 4) instrução em que o plano de tratamento é discutido com o indivíduo, podendo recorrer-se a livros de autoajuda baseados na terapia focada no esquema.

A fase de mudança é marcada pela postura de “confrontação empática” assumida pelo terapeuta (McGinn & Young, 2005): empatizar com o paciente enquanto se confronta com a realidade. A mudança começa pela revisão de vida e com a elaboração de cartões com argumentos pró e contra os esquemas, o que permite um distanciamento, ao invés de identificação. Além das técnicas cognitivas, utilizam-se técnicas experienciais como são as técnicas de imagens e diálogo com o esquema. Ambas as técnicas, consideradas das mais úteis, aproximam-se conceptualmente das terapias narrativas (e.g. externalização).

As técnicas interpessoais (como a reparentalidade limitada) salientam a importância da relação terapêutica como desconfirmatória das crenças associadas ao esquema e contemplam a possibilidade de autorrevelação por parte do terapeuta (dentro dos limites éticos) como forma de desafiar os esquemas quando estes se ativam na relação

terapêutica. Há também a possibilidade de participação de outras pessoas (amigos, cônjuge) nas sessões terapêuticas, ampliando os intervenientes no processo. Na TFE são ainda utilizadas técnicas comportamentais como o treino de aptidões sociais, treino de assertividade e a exposição sistemática como meios de modificar comportamentos que reforçam o esquema.

A terapia enfatiza a importância da relação colaborativa no desafio das crenças. A maior ênfase nas experiências afetivas, no relacionamento terapêutico como motor da mudança e na discussão das experiências precoces de vida, constitui um avanço significativo relativamente às terapias cognitivas mais “clássicas”.

Este modelo representou ainda um progresso ao evidenciar a natureza inconsciente do processamento de informação. Callegaro (2005) salienta a natureza inconsciente dos esquemas, a qual afeta os comportamentos, cognição, fisiologia e emoções. Os esquemas constituiriam, assim, um *inconsciente cognitivo*, conceptualmente diferente do inconsciente dinâmico da psicanálise. A terapia foca-se na identificação e testagem de crenças que estão na origem da perturbação emocional e do comportamento. Se conseguirmos tornar conscientes estas crenças podemos agir sobre elas, através de técnicas de reestruturação cognitiva.

Sob a influência dos desenvolvimentos das Ciências Cognitivas e Neurociências, as terapias cognitivas passaram a perspetivar a mente como um mecanismo de processamento de informação, realizado sem que o indivíduo esteja consciente disso (Damásio, 1994), apenas dos seus produtos (comportamentos, emoções, pensamentos). A TFE é exemplo desta perspetiva, ao assumir uma visão neurobiológica dos esquemas, com a participação de vários sistemas cerebrais, nomeadamente o sistema amígdala, responsável pelo armazenamento emocional, e hipocampo e neocórtex, responsáveis pelo processamento cognitivo (Callegaro, 2005; Young et al., 2003).

O reconhecimento de que a formação de alguns esquemas ocorre em fases pré-verbais do desenvolvimento, atribui ao terapeuta a função de facilitar o dar nome ao que se sente, aquando da ativação esquemática, e fazer a ligação entre sensações corporais e emoções. A terapia permite dar significado ao que se sente, facilita o seu processamento cognitivo, e possibilita, desse modo, o livre-arbítrio, ao invés das limitações impostas pelos EMP. Young et al. (2003), citando LeDoux (1996, p.29) e a sua obra “O Cérebro Emocional”, põem em evidência o potencial da intervenção: “*Therapy is just another way of creating synaptic potentiation in brain pathways that control the amygdala*”.

A TFE é apoiada empiricamente com estudos (Schmidt et al., 1995, citados em Young et al., 2003), grande parte com recurso ao Questionário de Esquemas de Young (QEY). Em Portugal, foram realizados estudos e propostas de aplicação deste questionário (Rijo, 2009), cujas conclusões vão no sentido da boa discriminação entre indivíduos da população geral, indivíduos com psicopatologia do Eixo I e indivíduos com psicopatologia do Eixo II da DSM-IV-TR (American Psychiatric Association - APA, 2002).

A TFE pode ser considerada uma abordagem integrativa por natureza (Zarbo, Tasca, Cattafi & Compare, 2016), assumindo no seu corpo teórico contributos de outras abordagens, como a visão neurobiológica dos esquemas, e o recurso a técnicas experienciais e interpessoais como centrais na intervenção terapêutica.

### **2.1.3. Terapias cognitivas e comportamentos aditivos**

Há 20 anos, Liese e Franz (1996), sintetizaram os contributos da perspectiva cognitiva sobre os comportamentos aditivos, considerados processos extremamente complexos e caracterizados por crenças disfuncionais persistentes e profundamente enraizadas.

De acordo com os modelos cognitivos dos comportamentos aditivos (Beck, Liese & Najavits, 2016), o uso contínuo ou a recaída resultam da relação entre os estímulos ativadores internos e externos e idiossincráticos, a ativação de crenças (antecipatórias e orientadas para o alívio), os pensamentos automáticos, o *craving*, as crenças facilitadoras (e.g. merecimento, minimização das consequências, justificação) e o foco em estratégias instrumentais para aceder à substância. Todos estes elementos surgem numa sequência, instalando um círculo-vicioso e o reforço de crenças disfuncionais.

Liese e Franz (1996) salientam que qualquer substância pode tornar-se um estímulo ativador para o consumo contínuo e destacam a sua função na regulação emocional. Esta função tem vindo a ser estudada por vários autores (vide Kober, 2013). O modelo desenvolvimental do abuso de substâncias (Liese & Franz, 1996) enfatiza os processos de aprendizagem, as experiências precoces e o desenvolvimento de esquemas e crenças básicas, inicialmente não relacionadas com substâncias, mas que afetam as atitudes relacionadas com estas (e.g. crenças sobre si próprio, sobre o futuro) e que determinam a vulnerabilidade do indivíduo ao comportamento de consumo.

Ao nível da intervenção, as TCC destacam a relação terapêutica colaborativa, a importância da conceptualização cognitiva do caso (inclui a formulação de hipóteses explicativas do desenvolvimento e manutenção do consumo), a estruturação das sessões terapêuticas, o ensino do modelo para desenvolvimento de pensamentos e crenças de controle que inibam o consumo e as técnicas cognitivo-comportamentais (e.g., análise de vantagens e desvantagens, registos diário de pensamentos, registo de atividades diárias, treino de assertividade).

Mahoney (1991) refere a importância da abordagem individualizada: só se usam técnicas que sejam apropriadas aos problemas que os pacientes apresentam e ao seu estágio de mudança. Nem sempre a pessoa que procura tratamento está preparada para iniciar a mudança ou mantê-la, o que é bem visível na prática clínica em comportamentos aditivos e fundamentado pelo Modelo Transteórico (MT), que analisa os processos motivacionais da mudança (Prochaska & DiClemente, 1982).

O MT teve impacto significativo na intervenção em comportamentos aditivos ao identificar os estádios de mudança e defender que existe uma maior eficiência de estratégias de intervenção quando se tem em consideração a motivação ou estágio de mudança em que o indivíduo se encontra. Vários estudos (Iglesias & Tomás, 2008) identificam a presença de níveis de motivação de acordo com o MT: pré-contemplação, contemplação, preparação ou determinação, ação e manutenção. No estágio pré-contemplativo, o indivíduo não reconhece o seu problema, pelo que não apresenta qualquer intenção de mudar. A contemplação implica consciência do problema e o estágio seguinte, o de preparação, o desenvolvimento de estratégias para ultrapassá-lo. Os estádios de ação e manutenção pressupõem um grande envolvimento no processo de mudança. A recaída é transversal a todo o processo de mudança e ocorre quando as estratégias de mudança fracassam. A possibilidade de ocorrer uma recaída está presente em qualquer fase do processo de mudança e pode constituir um importante momento de aprendizagem.

A intervenção deve depender do estágio motivacional em que está o indivíduo, pelo que a reavaliação do nível motivacional deve ser realizada periodicamente ao longo do acompanhamento. Instrumentos como o SOCRATES 8D (Janeiro, Faísca & Miguel, 2016; Miller & Tonigan, 1996) podem indicar o posicionamento do indivíduo relativamente ao reconhecimento do problema e ação. Técnicas cognitivas, que permitam a consciencialização do problema, serão mais eficazes se usadas nos primeiros estádios

(e.g., psicoeducação), enquanto técnicas comportamentais podem ser mais úteis nos estádios de ação e manutenção (e.g., controlo de estímulos, manejo de contingências).

A Entrevista Motivacional (EM) surge do reconhecimento da ambivalência dos indivíduos em relação ao consumo, propondo estratégias específicas que possibilitem a passagem a outro estágio, num esforço colaborativo em terapia (Miller & Rollnick, 1991). A EM foi inicialmente desenvolvida para pessoas com problemas ligados ao consumo de álcool, sendo posteriormente generalizada e indicada para consumidores de outras substâncias e para a mudança de comportamentos, nomeadamente, nas doenças crónicas.

Esta modalidade de intervenção integra a perspetiva cognitivo-comportamental com aspetos da Terapia Centrada no Cliente (Iglesias & Tomás, 2008), como o respeito pelos valores e crenças dos pacientes e a sua liberdade de escolha, e enfatiza que todo o processo de mudança supõe uma avaliação de custos e benefícios. Para aumentar a motivação para a mudança em cada estágio, a EM utiliza 2 procedimentos básicos (Lizárraga & Ayarra, 2001): evitar a confrontação e facilitar que o paciente verbalize os motivos de preocupação pela sua conduta. A aceitação dos pontos de vista e decisões do paciente e o respeito pelo seu ritmo de mudança são pontos essenciais para a eficácia desta modalidade de intervenção.

Outro modelo de destaque no âmbito das terapias cognitivo-comportamentais em comportamentos aditivos é o Modelo de Prevenção de Recaídas (PR). O PR (Marlatt & Gordon, 1993) identifica os determinantes importantes das recaídas como os estados emocionais, as expectativas de resultado, a motivação, a autoeficácia, as estratégias de *coping*, o *craving* e o suporte social (Marlatt, Bowen & Witkiewitz, 2009). Este modelo propõe estratégias para abordar estes fatores.

Como na maioria dos modelos de intervenção cognitivo-comportamental, o PR inclui componentes educativos e a reestruturação cognitiva de interpretações e pensamentos disfuncionais. Depois de providenciar educação e estratégias de intervenção específicas para lidar com situações de risco, a intervenção é focada na implementação de estratégias de gestão do estilo de vida, através da análise de fatores relacionados com o estilo de vida que podem facilitar a recaída, como a identificação de fontes de stress da vida diária (Marlatt & Witkiewitz, 2005).

As abordagens cognitivo-comportamentais em comportamentos aditivos, a EM e o PR são intervenções empiricamente suportadas (Barry & Petry, 2009; Iglesias & Tomás, 2008; Pedrero-Pérez, Rojo-Mota, Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque & Puerta-García, 2011; Sorensen, Hettema & Larios, 2009) enquadrando, por isso, as práticas

baseadas na evidência. Os resultados da TCC no tratamento da dependência de cocaína são comparáveis ou superiores a outras terapias na obtenção de resultados a curto-prazo. Além disso, as TCC são mais eficazes quando os resultados da intervenção são avaliados a longo-prazo e nos casos em que a dependência é mais severa (Barry & Petry, 2009).

## **2.2. Complexificação narrativa: epistemologia construtivista e integração dos pressupostos pós-modernos**

O modelo construtivista representa a integração dos novos conhecimentos introduzidos por estudos da psicologia cognitiva e da psicologia social, os quais puseram em evidência muitas das limitações dos pressupostos originais das terapias cognitivo-comportamentais, como a formulada por Beck. Como explicitado no ponto anterior, ao basear-se na existência de crenças e esquemas, as teorias cognitivas “clássicas” pressupõem um princípio positivista ou racionalista de que existe uma realidade objetiva, ordenada, existente além da nossa percepção e que a disfuncionalidade deriva da sua apreensão distorcida.

A teoria do construcionismo social (Gergen, 1994), genericamente designada por perspectiva pós-moderna, representa uma mudança significativa no campo epistemológico que resultou numa postura pós-racionalista em Psicologia, a qual tem importantes implicações na intervenção terapêutica (Pena & Oliveira, 2012).

Gergen (1994, 1996) destaca a importância das práticas discursivas no conhecimento em geral e na intervenção terapêutica em particular. De acordo com esta teoria, o centro do conhecimento deixa de estar no indivíduo e passa para as práticas sociais mediadas pela linguagem. Esta perspectiva pós-racionalista enuncia os pressupostos construtivistas: os seres humanos são capazes de criar realidades, traduzindo significados, vivências e histórias ou narrativas. O construtivismo defende a proatividade do indivíduo na construção da realidade.

Nos anos 70, o construtivismo piagetiano já destaca que a ciência é a construção do indivíduo e do seu contexto social (Gonçalves, 2000). No mesmo sentido, nos anos 80/90, o construcionismo social coloca em evidência o papel das práticas sociais negociadas e das suas convenções linguísticas na construção científica. Rosen e Kuehlwein (1996) apontam a ideia unificadora do que é o construcionismo: não existe uma verdade imutável no mundo “real” que sirva de base para todo o conhecimento.

O construtivismo e o construcionismo colocam diferentes enfoques: um na experiência individual, o outro na experiência social. Para o construtivismo, a narrativa é resultado da necessidade individual de dar sentido à diversidade da experiência, enquanto que para o construcionismo a narrativa surge como uma forma de construção social da experiência, pelo que a construção de sentido é sempre compartilhada, fruto da convencionalidade social (Gonçalves, 2000).

Mahoney (1991) e Guidano (1991) são dois importantes autores que se enquadram na perspectiva pós-racionalista. Mahoney (1991, 2003) enuncia os pressupostos básicos orientadores das práticas construtivistas, dos quais se salientam:

- a compaixão (*compassion*) é mais crucial na psicoterapia que a transmissão de informação científica ou aconselhamento;
- a psicoterapia é o encontro de equilíbrio entre a explicação e a experimentação e entre os processos e ciclos de abertura e fechamento para possíveis experiências (*experiencing*);
- a psicoterapia é o encontro de equilíbrio entre a atitude de reconfortar e desafiar (*comforting and challenging*).

No enquadramento construtivista, a avaliação psicológica visa ajudar o terapeuta a compreender melhor o que é ser o paciente, como se experiencia a si próprio e ao seu mundo (Mahoney, 2003). Não se negligencia a importância dos dados quantitativos na avaliação, os quais constituem meios para pensar sobre padrões, no entanto, a avaliação construtivista centra-se mais em componentes experienciais (e.g. significados pessoais, atividades e rotinas, coerência dos padrões relacionais, identificação do ciclo de abertura ou fechamento), de forma a ajustar as intervenções.

A Terapia Cognitiva Pós-racionalista de Guidano (1991) integra-se nos pressupostos construtivistas e foca as organizações de significado pessoal. Segundo o autor, mais que uma realidade física existe uma realidade interpessoal em que cada indivíduo se conhece na relação com os outros (intersubjetividade), o que destaca a importância do vínculo afetivo. Este modelo reflete os princípios epistemológicos do Movimento da Auto-organização (Maturana & Varela, 1992, 1994; Pena & Oliveira, 2012), que enuncia os conceitos de auto-organização, *autopoiesis* e *acoplagem* de sistemas (conexão ou ligação entre dois sistemas formando uma unidade), com importantes implicações em psicoterapia. Destas, destaca-se a noção de que só há mudança de acordo com as coerências internas da organização do indivíduo. Para conhecermos um indivíduo e entender a sua experiência temos de colocar-nos de acordo

com as suas coerências experienciais, isto é, com o seu ponto de vista. O processo terapêutico é criativo e reflexivo, ao invés de corretivo e persuasivo, como nas terapias racionalistas. O terapeuta só estabelece uma relação de ajuda se se *acoplar*, respeitando o padrão organizacional da pessoa (sistema autopoietico).

O construtivismo deu importantes contributos em psicoterapia (McGinn & Young, 2005): a inclusão de técnicas experienciais, o estudo dos processos inconscientes em psicologia cognitiva, um foco crescente nos processos autoorganizadores e autoprotetores no curso da vida, e o reconhecimento dos processos social, biológico e de personificação em terapia.

Neste enquadramento, a resistência em terapia é entendida como forma de autoproteção dos processos básicos de auto-organização dos pacientes. Esta perspetiva evidencia ainda a dimensão evolutiva da psicopatologia, uma vez que explicações pessoais sobre os problemas têm uma continuidade no tempo. As perturbações emocionais derivam de tentativas de construir significados por parte do indivíduo, para dar continuidade à sua experiência. A psicopatologia passa a ser conceptualizada como perturbação da continuidade. Esta continuidade ou ordem da experiência surge, em psicoterapia, sob a forma de narrativa (Gonçalves, 2000; Pena & Oliveira, 2012).

A psicoterapia é facilitadora do processo de complexificação, ajuda o indivíduo a flexibilizar os seus padrões individuais perante a perturbação, encontrando a continuidade no meio do caos. Através da ligação entre o passado e o presente, o indivíduo toma consciência do seu padrão organizacional. O terapeuta assume-se como co-construtor de significados, sendo imperativo o reconhecimento de que cada indivíduo é único e a sua história irrepitível. Este foco nos processos de significação é o que define as terapias construtivistas (Rosen & Kuehlwein, 1996).

O maior contributo das terapias pós-modernas é a revisão da noção de doença mental e a modificação do discurso social associado, o que implica uma desconstrução do significado da psicopatologia e das relações de ajuda. O foco da intervenção é a reconstrução de significados que o indivíduo construiu ao longo da vida. Esta reconstrução é realizada por *acoplagem*, e não, como as terapias cognitivas “clássicas”, focada no debate e modificação de crenças.

### 2.2.1. Terapia narrativa

Bruner, psicólogo cognitivo, é considerado um dos pais do movimento narrativo, ao salientar, nos anos 80, que contar histórias é uma atividade humana fundamental. O conceito de narrativa constitui um instrumento que responde às propostas construtivistas e do construcionismo social (Gonçalves, 2000; White & Epston, 1990).

De acordo com Gonçalves (2000), uma narrativa é aquilo que acontece. Não é uma realidade pré-existente, mas um modo de potenciar o acontecimento. É constituída por uma sequência de eventos, através do tempo e de acordo com um tema ou significado. Produzir uma narrativa é transformar uma realidade (Gonçalves, 2000). Significações individuais e culturais resultam do registo narrativo, o que evidencia assim a possibilidade transformadora da própria realidade narrada.

A terapia narrativa, ou de re-autoria, resultou da colaboração entre White e Epston na década de 80, ambos terapeutas familiares. Segundo estes autores (White & Epston, 1990), a nossa identidade pessoal deriva do que conhecemos sobre nós, o que se relaciona com o que é transmitido pelos outros (amigos, família, técnicos, ...). Este aspeto destaca o poder veiculado pelo que é descrito pelos outros como fazendo parte de nós, que muitas vezes constituem descrições problemáticas. Os autores referem existir um *stock* considerável de discursos culturais que são considerados apropriados e relevantes para a expressão ou representação de aspetos particulares da experiência.

A terapia narrativa põe em evidência a força das narrativas culturais e sociopolíticas vigentes, questionando a divisão normal/patológico e as categorias psicopatológicas. A maioria dos nossos processos psicológicos são organizados de modo narrativo e as narrativas orientam os processos cognitivos complexos, como a memória e as expectativas, os processos emocionais, as relações interpessoais e a organização de planos para o futuro ou projetos (Gonçalves & Henriques, 2005).

A narrativa da experiência é dependente da linguagem e aceitar esta premissa implica que damos significado à nossa experiência através da linguagem. A configuração narrativa da linguagem constitui o meio e o fim do processo terapêutico (Gonçalves, 2000).

Gonçalves (2008) distingue história totalitária (saturada, dominante) e história alternativa. Narrativas que perdem a flexibilidade e capacidade de adaptação a novos contextos de vida podem estruturar-se de modo disfuncional (Gonçalves & Henriques, 2005), passando a constituir protótipos no processo de significação. A mudança clínica

na terapia narrativa de re-autoria (White & Epston, 1990) ocorre pela elaboração de novas narrativas, flexíveis, mais funcionais e complexas, o que gera novas possibilidades. As histórias alternativas reduzem, assim, a influência do problema na vida da pessoa.

A terapia narrativa salienta que a pessoa é perita na sua vida, assume que as pessoas possuem muitas competências para fazer face aos problemas nas suas vidas. No trabalho terapêutico, há um interesse genuíno pelo outro (o outro é especialista na sua vida) e o reconhecimento que as novas narrativas se desenvolvem de acordo com a necessidades da pessoa (auto-organização). Miguel Gonçalves, em entrevista realizada por Santos, Lopez e Neufeld (2013), destaca que o terapeuta procura negociar como pode ser conseguida a mudança, dentro do que é a perspetivado no mundo do cliente. Segundo o entrevistado, esta perspetiva assemelha-se à defendida por Watzlawick de que o terapeuta deve aprender a falar a linguagem da pessoa que procura ajuda. A sua linguagem, não a do terapeuta, é o ponto de partida para a criação de um novo significado. O terapeuta entra na relação e na conversação como um aprendiz (Anderson, 2005).

As histórias alternativas desenvolvem-se em processos terapêuticos assentes em três dimensões (Gonçalves & Henriques, 2005) que orientam a condução da interação: a externalização, o enquadramento discursivo do problema e a identificação e amplificação de resultados únicos.

A externalização de um problema é central na abordagem narrativa, pelo que será explorada de forma mais aprofundada seguidamente.

Mais que uma técnica, é uma atitude de orientação da conversação em terapia, ou seja, é uma prática discursiva (Gonçalves & Henriques, 2005) que consiste na separação linguística sistemática entre o problema e a identidade da pessoa. Esta abordagem da terapia encoraja as pessoas a objetivarem e, por vezes, a personificarem o problema experienciado como opressivo (White & Epston, 1990). Permite separar diagnósticos da identidade pessoal, muitas vezes veiculados por preconceitos sociais e determinismos psíquicos.

White e Epston (1990) resumem esta perspetiva: o problema é o problema, a pessoa não é o problema. A relação que estabelece com o problema é que é o problema. Rejeita-se assim a etiquetagem, muitas vezes associada a uma categoria diagnóstica e veiculada pelos profissionais de saúde (e.g. “Eu *sou* toxicod dependente”, “Eu *sou* neurótico obsessivo”) que constrói a ideia de imutabilidade e que acompanha a pessoa na sua identidade (e.g. “Eu *sou* *ex*-toxicod dependente”). Os conceitos psicológicos (cognições, emoções, etc.) e os problemas (ansiedade, depressão, etc.) são construídos

pela nossa forma de falar, ou seja, os problemas existem num espaço discursivo, variável culturalmente. Esta conceptualização da psicopatologia permite analisar as especificações culturais e discursivas relacionadas com os problemas e situá-los nos contextos de vida (Gonçalves & Henriques, 2005) e não no “interior” da pessoa.

O problema designado (ex.: toxicodependência) pode ser externalizado, mas também o medo, a culpa, o desejo, os conflitos, a raiva, o desespero. Será mais útil encontrar um nome para o problema mais consonante com a experiência do indivíduo e o seu contexto cultural, que com um qualquer rótulo diagnóstico. O indivíduo, que conhece o seu problema, narra ao terapeuta como o problema atua no seu caso. No entanto, em algumas situações, a intervenção pode passar pelo reconhecimento da dificuldade que alguns pacientes têm de deixar esta crença ou rótulo. Enquanto técnica, a externalização permite integrar na terapia a etiqueta que a pessoa nos traz (e.g. “O que a toxicodependência o convenceu a fazer?”). Assumir um rótulo pode permitir estrategicamente manejá-lo e evitar a reforçá-lo.

A terapia começa com a colaboração entre o terapeuta e indivíduo ou família que, por *acoplagem* formam o sistema terapêutico, encontram uma designação ou *nome* para o problema. O problema pode ser “personificado” (Ledo, González & Calzada, 2012), ao lhe serem atribuídas características opressivas, com uma identidade própria e intenção de dominar a pessoa. Rejeita-se o discurso de causalidade: o problema não é causa, mas sim estabelece uma relação com a pessoa ou a família. O problema é personificado pois *influencia, convence, engana, manipula*, etc. Neste contexto, o recurso a metáforas e imagens é muito útil. Isto permite unir esforços para fazer face ao problema, reconhecer o seu impacto no indivíduo ou na família e retirar a atmosfera culpabilizante centrada num “indivíduo problema”.

Externalizar permite ainda antecipar como será a pessoa sem o problema, fazendo emergir a hipótese de como será a pessoa sem o domínio do problema. A linguagem externalizadora permite antecipar o futuro. A externalização “*apresenta opções para o diálogo, em vez de monólogo, sobre o problema*” (White & Epston, 1990, p.40).

O enquadramento discursivo da linguagem e o seu uso cuidadoso permitem a emergência de uma conversação terapêutica, sequência de questões e reflexões que, de forma colaborativa, facilitam a modificação da narrativa saturada. A matriz narrativa, resultado da combinação de palavras carregadas de significação, constitui o processo através do qual se co-constrói o sentimento de autoria (Gonçalves, 2000), de construção de uma nova narrativa. É no processo conversional da linguagem que se constrói a matriz

da relação. O discurso constrói a realidade e não é seu resultado. Este foco nos processos discursivos em terapia, levaram Harré (1992), citado em Campos (2012), a referir a segunda revolução cognitiva: os processos cognitivos emanam das práticas discursivas, mais complexas, de caráter social.

A terapia de re-autoria cria um contexto de libertação pessoal e social, livrando a pessoa do poder veiculado pelo conhecimento instituído. O enquadramento discursivo do problema e do que é *tratar* evidencia que as psicoterapias são muito mais dependentes dos contextos culturais que da evidência científica. Wampold (2010) menciona contributos de vários estudos que sugerem que o poder de várias psicoterapias emana da sua aceitação social como “prática curativa”.

A descoberta de resultados únicos (White & Epston, 1990) ou momentos de inovação (Gonçalves, Santos, Matos, Mendes & Martins, 2009), situações em que o indivíduo resistiu à influência do problema, permite encontrar elementos fora do problema, ou seja, momentos livres da opressão do problema. A identificação de resultados únicos possibilita a emergência do sentimento de competência, facilitador de mudança e da criação de uma nova narrativa. Esta nova narrativa dá saliência a aspetos antes ignorados, esquecidos, desvalorizados pela pessoa, dominada pela narrativa problema. A terapia convida o indivíduo a rever o significado dos eventos e contribui para ampliação de resultados únicos.

Gonçalves e Henriques (2005) salientam a importância da identificação inicial do impacto do problema (desconstrução) e só posteriormente dos resultados únicos. Se estes forem abordados muito precocemente, a pessoa pode sentir que o terapeuta revela falta de empatia com o seu sofrimento. É na fase de reconstrução narrativa que surge a procura de resultados únicos, os quais podem ser procurados no passado, no presente ou no futuro, antecipando um tempo em que o problema tenha perdido a sua influência. Resultados únicos podem ocorrer na interação com o terapeuta na consulta, aproveitando o potencial do contexto terapêutico. Além disso, a identificação de regularidades nos acontecimentos excepcionais é condição para a criação de uma nova história. A prática e a validação social apoiam a consolidação de narrativas alternativas.

A atitude terapêutica do terapeuta narrativo é essencialmente pragmática: foca a utilidade das intervenções, os seus resultados práticos na melhoria da vida da pessoa. A terapia narrativa concilia a visão pós-modernista e a tradição humanista (Wampold, 2010).

### 2.2.2. Perspetiva sistémica

Impregnada de pressupostos pós-modernos, a perspetiva sistémica assume-se como uma visão abrangente e integrativa, que destaca a importância da interação e das redes de relação na compreensão do comportamento humano. Em consequência, desenvolveram-se novas metodologias de intervenção, como a terapia familiar e a intervenção nas redes.

De seguida, apresentam-se os principais contributos da perspetiva sistémica para o modelo integrativo que se defende.

A Teoria Geral dos Sistemas de vonBertalanffy (1975) desenvolvida para a compreensão dos sistemas “máquina”, o avanço dos conceitos da Cibernética e das Teorias da Comunicação fornecem as bases de um novo paradigma de análise dos fenómenos, a partir dos anos 50. Neste enquadramento surge a terapia sistémica, nos EUA, no Mental Research Institute, dirigido por Gregory Bateson e Don Jackson (Gameiro, 1994).

A integração na teoria sistémica dos contributos do construcionismo social e da evolução das Ciências Cognitivas, nomeadamente com a 3ª Cibernética nos anos 80 e 90, implicou uma abertura à compreensão e intervenção noutros sistemas (indivíduos, redes) além da família e à integração do conceito de narrativa, o que confere maior destaque à natureza contextual, social e cultural da psicopatologia. A investigação de Rumelhart, Hinton e McClelland (1986) sobre o funcionamento neuronal evidenciou que a complexificação das redes neuronais se deve mais à interação dos processos que ao papel isolado dos seus componentes, noção designada por neoconexionismo (Pena & Oliveira, 2012). Esta noção de que o todo é mais que a soma das partes salienta a importância da interação, no caso dos organismos humanos.

A metáfora narrativa foi integrada pelas terapias sistémicas contemporâneas na compreensão do funcionamento dos sistemas. As terapias sistémicas de enfoque narrativo (Sluzki, 1992; White & Epston, 1990) defendem os pressupostos pós-modernos, sublinhando que a compreensão do comportamento do indivíduo não pode demarcar-se do seu contexto familiar, social e cultural. Além de possibilitar novas modalidades de intervenção, esta abordagem tem especial impacto na visão do sintoma e do papel do terapeuta.

Um dos principais contributos da perspetiva sistémica é a visão do sintoma como motor de mudança. É o sintoma que desencadeia a crise, e esta permite evoluir para níveis

mais complexos de organização (*mudança tipo II*) (Relvas, 1990). O sintoma é simultaneamente reflexo e gerador de formas de relação específicas entre o indivíduo, a família, os seus contextos de interação e o enquadramento cultural. Além disso, as crises ou perturbações no sistema podem ser imprevisíveis e sofrer a influência do acaso.

O terapeuta só consegue realizar a sua tarefa se fizer parte do sistema e abandonar a postura de suposta neutralidade de quem “está de fora” (perito), em favor da construção evolutiva recíproca (Alarcão, 2000; Relvas, 2000). A *neutralidade* do terapeuta refere-se apenas à sua abstenção de juízos de valor e de coligações ou alianças. Ao fazer parte do sistema terapêutico, o terapeuta tem de reconhecer que está impregnado de “lentes” temporais: a sua história, a realidade profissional, o enquadramento sociocultural.

Ao analisar o funcionamento dos sistemas, o terapeuta sistémico abandona a causalidade linear associada aos *Porquê?* e adota os *Como?* e *Para quê?* em sua substituição (causalidade circular). A intervenção que é conduzida de acordo com esta perspetiva introduz criatividade no sistema, ou seja, gera a possibilidade de leituras alternativas à narrativa saturada, à causalidade linear, redundante e rígida que a família ou sistema geralmente apresenta em relação ao problema. O terapeuta co-constroi alternativas, não “resolve problemas”, como muitas vezes aparece expresso no pedido de ajuda.

O interventor sistémico reconhece que todo o sistema tem competências e que existem domínios em que “funciona bem”, incluindo temas não problemáticos nas sessões. Por exemplo, autores como Ausloos (1996) evidenciam a importância do saber familiar (vs. saber científico) e a competência das famílias como terapeutas de si próprias.

O reconhecimento de que cada sistema é singular e a sua história irrepetível permite afastar a *miopia* terapêutica: usar sempre os mesmos recursos terapêuticos independentemente das famílias. Os objetivos vão sendo definidos ao longo das sessões e é possível e desejável variar as intervenções. A perspetiva sistémica favorece a utilização de várias metodologias de intervenção, baseadas em diferentes princípios teóricos, como as técnicas ativas, as prescrições ou a negociação. Cada sessão oferece uma oportunidade singular de improvisação, invenção, inovação ou mudança (Caillé & Rey, 2003; Keeney, 1992), uma vez que a comunicação de cada pessoa é, por natureza, imprevisível. Coloca-se, assim, em jogo a importância da flexibilidade das sessões pela dificuldade em pré-determinar o seu curso.

Em suma, uma visão sistémica de um qualquer fenómeno constitui o reconhecimento do global e a interdependência dos fenómenos. Salienta, por isso, a

necessidade de complementaridade de diversas visões, métodos e ciências no estudo e intervenção nos (com os) fenómenos. A perspetiva sistémica evidencia que, em vez de separar (especialidades científicas), temos de reunir para compreender, salientando a causalidade circular dos fenómenos em interrelação.

### **2.3. Desenvolvimentos recentes: abordagem neuropsicológica dos comportamentos aditivos**

#### **2.3.1. Comportamento aditivo como doença do cérebro**

Com a evolução das neurociências nas últimas décadas, nomeadamente ao nível da neuroimagem, tem sido possível estabelecer de forma mais clara a relação entre as alterações do funcionamento cerebral e a sua expressão comportamental, em várias patologias.

Seguidamente, será explorada a abordagem neuropsicológica dos comportamentos aditivos, determinante para a compreensão da intervenção clínica proposta no capítulo seguinte.

O cérebro altera-se à medida que um indivíduo se torna dependente de substâncias. Leshner (2005) faz referência a vários estudos que indicam que a ação das drogas produz alterações significativas no funcionamento cerebral, que persistem no tempo mesmo após o término do uso da droga, com vários efeitos ao nível celular, molecular, estrutural e funcional. O facto de o consumo de drogas estar ligado a alterações na estrutura e no funcionamento cerebral é que o torna uma doença do cérebro (Leshner, 2005; Volkow, Fowler & Wang, 2003).

O consumo de substâncias afeta o funcionamento do tecido cerebral, especificamente pela alteração no funcionamento do circuito de recompensa, com a diminuição do número de recetores D2. A transição do uso para o abuso/dependência está associado a alterações sinápticas nos circuitos pré-límbicos do córtex pré-frontal (CPF), o que significa que as alterações na plasticidade sináptica constituem um dos marcadores centrais para a dependência de drogas (Badiani, Belin, Epstein, Calu & Shaham, 2011; Kazanetz et al., 2012). A perda de controlo no consumo de drogas, característica dos indivíduos dependentes, decorre destas disfunções nos circuitos sinápticos do CPF, nomeadamente no córtex orbitofrontal.

Cada substância apresenta mecanismos de ação idiossincráticos, no entanto, todas elas, de forma direta ou indireta, têm efeitos num sistema comum: sistema dopaminérgico de recompensa mesolímbico, que se estende desde a área tegmentar ventral (ATV) até ao núcleo *accumbens* (NAc), com projeções para áreas do sistema límbico e do CPF (Leshner, 2005). A ATV está envolvida na sinalização dos estímulos que são críticos para a sobrevivência, como acontece com os estímulos associados à alimentação ou reprodução, e está envolvida na dependência ao assinalar ao CPF que uma determinada substância pode ser muito relevante do ponto de vista motivacional (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004).

A projeção da ATV até ao NAc é assim determinante no potencial aditivo de uma substância: o NAc está implicado na avaliação da recompensa e do prazer, reavaliando o comportamento ou a substância que o desencadeou como algo a favor da vida e sinalizando para outras regiões repetirem o comportamento (OMS, 2004). Toda substância que liberta uma grande quantidade de dopamina no NAc, especialmente de forma rápida tem, deste modo, potencial aditivo.

A via mesolímbica de recompensa inclui ainda a amígdala, centro regulador do comportamento sexual e da agressividade, que constitui um filtro de informações sensoriais, principalmente as que geram medo ou ansiedade, e avalia a sua natureza emocional, atribuindo-lhes significado. Através das suas eferências, desencadeia um conjunto de respostas (viscerais, endócrinas e motoras) e mecanismos de memória e aprendizagem que conduzem a respostas adaptativas (Guerra, 2008). Estas estruturas interagem ativamente com o CPF, nomeadamente com a área orbitofrontal que está relacionada com a previsão do futuro de acordo com recompensas e castigos, e com o giro cingulado anterior, relacionado com a previsão das consequências das ações. Esta interação constitui a via mesocortical.

O giro cingulado, no córtex cerebral, a amígdala e o prosencéfalo basal constituem as principais estruturas do sistema límbico (Damásio, 1994). Welberg (2011) refere dados que demonstram que alterações no CPF tem grande influência no comportamento de consumo de drogas devido à sua função reguladora dos circuitos de recompensa das regiões límbicas e ao seu papel nas funções executivas (FE) de alto nível como o autocontrolo (inclui regulação emocional e controlo inibitório).

Volkow, Fowler e Wang (2005) indicaram vários achados da neurobiologia das toxicodependências que podem aumentar a compreensão sobre o que torna um indivíduo vulnerável: sensibilidade diminuída dos circuitos de recompensa aos reforços naturais,

atividade interrompida dos circuitos de controlo, sensibilidade aumentada para estímulos de droga condicionados, respostas aumentadas dos circuitos de motivação/*drive* às drogas e fatores neurobiológicos envolvidos na modulação destes circuitos. Indivíduos com níveis de recetores da dopamina D2 elevados estarão menos vulneráveis ao uso de drogas. As variações dos níveis dos recetores D2 da dopamina podem ser um dos mecanismos neurobiológicos subliminares na predisposição para o uso de drogas. Os fatores neurobiológicos podem assim ser considerados mediadores entre os stressores sociais e o risco de uso de drogas (Volkow et al., 2003).

Badiani et al. (2011) referem que indivíduos vulneráveis têm traços de personalidade ou perfis psiquiátricos que facilitam a transição para a dependência, sendo que esta vulnerabilidade é influenciada por genes, fatores ambientais (experiências de vida negativas especialmente na infância), exposição a stressores e a contextos associados a drogas. A imaturidade das FE, nomeadamente com expressão em alterações da iniciativa e da capacidade de tomar decisões, parece ser característica de alguns indivíduos mesmo antes de iniciarem os consumos (Verdejo-Garcia, 2006).

Em suma, as diversas interações entre os fatores ambientais e os mecanismos neurobiológicos tornam difícil compreender se as alterações no funcionamento cerebral são prévias ou decorrentes do consumo.

A compreensão do comportamento compulsivo de consumo e da consequente degradação do livre arbítrio (Goldstein & Volkow, 2011) contribui de forma significativa para a contestação do discurso moralizante que muitas vezes ainda se revela na abordagem das dependências, passados mais de 20 anos das primeiras investigações que sublinham o seu substrato neurobiológico (Badiani et al., 2011).

Numa revisão de vários estudos, Goldstein e Volkow (2011) notam que a maioria dos estudos relativos a dependência de cocaína, metanfetaminas, heroína (mesmo em programa de substituição com metadona) e nicotina apontam para reduções similares na substância cinzenta do CPF, as quais são mais evidentes no córtex pré-frontal dorsolateral, córtex cingulado anterior e no córtex orbitofrontal (medial). Este último está mais associado a tomada de decisões desvantajosas que podem gerar consequências catastróficas na vida dos indivíduos. Estas alterações estarão associadas à duração e intensidade do uso da droga.

Damásio (1994) aponta também a importância da existência de um conjunto de sistemas cerebrais da região pré-frontal dedicados de forma consistente ao processo de pensamento orientado para um fim (raciocínio) e à seleção de respostas (tomada de

decisão), e envolvidos no processamento emocional. De acordo com as conclusões deste autor, são as emoções que guiam o processo de decisão através de sinais (marcadores) ou mecanismos emocionais gerados a partir de dois eventos: os indutores primários (estímulo que se associa a prazer ou aversão - amígdala) e os indutores secundários (gerados a partir das recordações pessoais ou hipotéticas de um evento - córtex orbitofrontal). O autor sugere assim a hipótese do marcador somático ser o *impulsionador* da manutenção e otimização da atenção e memória de trabalho, com implicações na decisão.

Assim, as emoções dão indicação do tipo de opções e consequências possíveis, constituindo um primeiro *filtro* para a tomada de decisões. Alterações no funcionamento destes sistemas produzem perturbações nos processos referidos, como a designada “miopia do futuro”, isto é, uma ausência de resposta emocional antecipatória. Como exemplo, indivíduos com lesões orbitofrontais revelam incapacidade em decidir em função de potenciais consequências futuras, sendo a decisão controlada pelas consequências imediatas. De acordo com Damásio (1994, 2012), o conceito de “miopia”, já anteriormente utilizado por Josephs e Steele, procura explicar o comportamento de indivíduos consumidores de álcool e drogas e a sua dificuldade em antecipar consequências. Alterações no CPF ventromediano impossibilitam a evocação de sinais pertinentes do estado somático, que permitiriam o acesso a cenários futuros relevantes.

Além do referido, as alterações neuropsicológicas ao nível da atenção e da memória de trabalho, decorrentes de perturbações funcionais ao nível do CPF, justificam a dificuldade em tomar decisões. Isto significa que os elementos que temos de analisar para elaborar um raciocínio estratégico podem não permanecer na consciência tempo suficiente para serem tidos em conta (Damásio, 1994).

Nas fases de dependência, o comportamento de consumo transforma-se em comportamento compulsivo, que se mantém independentemente das consequências negativas ou da ausência de gratificação. As alterações no CPF, região do cérebro que nos permite mudar o comportamento de acordo com a necessidade (flexibilidade), ajudam a compreender a manutenção do comportamento mesmo com ausência do prazer (Badiani et al., 2011; Volkow et al., 2005). Em suma, danos nos sistemas cerebrais de recompensa, regulação emocional e inibição estão associados ao uso de drogas (Brown, Jacobus & McKenna, 2016; Goldstein & Volkow, 2011; Pedrero-Pérez et al., 2011).

Do ponto de vista funcional, podemos afirmar que é na região préfrontal, num circuito integrado, que se encontram as funções cognitivas mais complexas, agrupadas no conceito de FE, termo que se refere genericamente ao controlo da cognição e à regulação da conduta através de processos cognitivos relacionados entre si (Lesak, 1995; Malloy-Diniz, Sedo, Fuentes & Leite; 2008; Tirapu-Ustárrroz, Muñoz-Céspedes & Pelegrín-Valero, 2002). Esta designação genérica engloba processos de produção de comportamentos, memória operativa (de trabalho), antecipação, planificação, inibição, flexibilidade e tomada de decisões. Portellano (2005) conceptualiza as FE como uma função supramodal que organiza a conduta humana e permite a resolução de problemas complexos.

O modelo de Miyake, Friedman, Emerson, Witzki e Howerter (2000) descreve 3 componentes executivos claramente distintos: atualização (tarefas de manipulação da informação em memória de trabalho, processos de fluência e raciocínio), inibição (controlo da produção de respostas automáticas ou impulsivas) e alternância (capacidade de alternar entre tarefas, operações mentais ou esquemas distintos de modo flexível). Verdejo-Garcia (2006) identificou um quarto componente das FE: a tomada de decisão (capacidade de selecionar entre diversas alternativas de ação simultâneas, em condições de incerteza e risco).

No contexto das FE, o estudo dos mecanismos neurocognitivos de supervisão, autorregulação e controlo da conduta e dos processos de tomada de decisão em indivíduos toxicodependentes tem sido alvo de um crescente interesse (Verdejo-Garcia, 2006).

Uma revisão dos principais achados neuropsicológicos (Verdejo-Garcia, 2006) aponta para presença de deterioro do processo de atenção, memória verbal e visual, deterioro das FE, como a abstração, a flexibilidade mental e a inibição de resposta (motora e atencional) nos consumidores de cocaína, mesmo após 6 meses de abstinência. Com períodos de abstinência média de 1 ano, persistem problemas atencionais. Se o consumo estiver associado a outras substâncias, incluindo ao álcool, este deterioro pode ainda verificar-se após 40 meses de abstinência, sobretudo ao nível mnésico.

Um estudo com indivíduos abstinentes em média há 5 meses (mínimo de 15 dias de abstinência excluía a possibilidade de síndrome de abstinência ou alterações associadas a efeitos a curto-prazo das substâncias), detetou alterações específicas nos componentes de inibição (processo de interferência atencional) e flexibilidade em consumidores de cocaína, comparativamente a consumidores de heroína e ao grupo de controlo (Verdejo-Garcia, 2006).

Quadro 2.1.

*Quadro-síntese das funções predominantes e correspondentes alterações neuropsicológicas (baseado em Damásio, 1994; Goldstein & Volkow, 2011; Guerra, 2008; Malloy-Diniz et al., 2008)*

CPF - regiões	Funções	Alterações/perturbações neuropsicológicas
Dorsal (inclui córtex cingulado anterior dorsal, córtex pré-frontal dorsolateral e giro frontal inferior)	Atenção (controlo atencional, foco e sustentação) Memória de trabalho, planeamento, tomada de decisões, abstracção, monitorização da aprendizagem, controlo inibitório, fluência Flexibilidade cognitiva e categorização Funções metacognitivas	Dificuldades na formulação de objetivos, na seleção de estratégias e autorregulação, falta de flexibilidade, défices de memória operacional
Ventromedial (orbitomedial) (inclui córtex cingulado anterior e córtex orbitofrontal medial)	Regulação emocional (inclui condicionamento e atribuição de saliência do incentivo em relação às drogas e a estímulos relacionados) Tomada de decisões (sistema executivo de atenção = seleção de informações relevantes para cada etapa do processamento nas demais áreas frontais)	Alterações no comportamento social e emocional: “abulia pré-frontal” (apagamento das respostas emocionais), perda de espontaneidade, da iniciativa, da criatividade. Lentidão das respostas motoras e mentais. Alterações na atenção dividida. Dificuldade no processo de escolha.
Ventrolateral e orbitofrontal lateral	Tendência para respostas automáticas e impulsividade, controlo inibitório do comportamento e processamento de informações emocionais que influenciam o julgamento e a tomada de decisão	“Desinibição pré-frontal”: alterações marcantes da personalidade, comportamento sexual e social desadequado, perda da capacidade de julgamento e insight

É consensual que o consumo de substâncias psicoativas está relacionado com alterações em diversos domínios neuropsicológicos, associados a alterações neuroanatômicas de magnitude variável. Ainda assim, Pedrero-Pérez et al. (2011) numa revisão de estudos sobre o tema refere ser possível apontar danos diferenciais consoante a substância ou grupo de substâncias (Quadro2.2.).

## Quadro 2.2.

### *Quadro-síntese de alterações neuropsicológicas e substâncias*

Substância ou grupo de substâncias	Domínios neuropsicológicos
Adições em geral	Memória episódica Processamento emocional Componentes executivos da tomada de decisão
Psicoestimulantes e álcool	Impulsividade Inflexibilidade cognitiva
Álcool e MDMA	Processamento espacial Velocidade perceptiva Atenção seletiva
Cannabis e metanfetaminas	Memória prospectiva
Cannabis e MDMA	Velocidade de processamento Planificação

Apesar de muitos estudos apontarem para a existência de um cérebro adicto, com alterações típicas especificamente nos circuitos de recompensa mesolímbico e mesocortical, e ser consensual que todas as drogas partilham certos efeitos, estudos mais recentes sugerem que a dependência de opiáceos e a dependência de substâncias psicoestimulantes (nomeadamente cocaína) são comportamental e neurobiologicamente distintas ((Badiani et al., 2011; OMS, 2004). Dados da investigação sugerem existir alguma diferença nas funções cognitivas relacionadas com a impulsividade: os consumidores de estimulantes apresentam impulsividade, défices de atenção e de flexibilidade cognitiva mais pronunciados que os consumidores de heroína. Recorde-se que os efeitos residuais parecem ter maior expressão nos consumidores de substâncias estimulantes.

Ao nível comportamental, estudos laboratoriais em animais concluem que o uso de cocaína leva a estado motivacional caracterizado por um conflito aproximação-rejeição em relação aos contextos de uso e um acesso ilimitado de cocaína leva à perda de controlo. Em geral, uma exposição a heroína leva a uma aproximação comportamental clássica, em que o indivíduo cessa o comportamento de consumo quando saciado. O traço impulsividade é um bom preditor da escalada de consumos de cocaína e não de heroína (McNamara, Dalley, Robbins, Everitt & Belin, 2010).

As conclusões dos estudos referidos salientam o impacto das alterações neuropsicológicas no funcionamento da vida quotidiana dos indivíduos consumidores de substâncias, bem como o seu impacto na adesão aos tratamentos.

As marcadas alterações atencionais e do funcionamento executivo implicam ajustes nos planos de intervenção terapêuticos, cujo objetivo principal consiste no envolvimento no processo de mudança. A variabilidade de manifestações neuropsicológicas nos indivíduos e o tipo de drogas consumidas reduz a eficácia da abordagem farmacológica em policonsumidores (Goldstein & Volkow, 2011) e abre caminho para o desenvolvimento de outras formas de intervenção: reabilitação neuropsicológica e outras intervenções sem base farmacológica como as TCC.

As TCC utilizam métodos e estratégias de intervenção que se relacionam com os processos de aprendizagem, os mesmos processos que se encontram alterados em indivíduos dependentes, prévia ou posteriormente ao consumo de substâncias psicoativas. Como refere Verdejo-Garcia (2006), não obstante a eficácia das TCC, a existência de défices neuropsicológicos pode limitar ou interferir na capacidade dos indivíduos para assimilar os conteúdos e as atividades dos programas de tratamento que têm um forte componente educativo ou cognitivo. A TCC requer componentes da FE (Mohlman & Gorman, 2005) como capacidade de focar e dividir atenção, flexibilidade cognitiva (alternar a atenção), automonitorização e metacognição.

O enfoque na convergência entre as psicoterapias cognitivo-comportamentais e os contributos da intervenção neuropsicológica está presente em Linden (2006) e Kumari (2006, citado em Charchat-Fichman, Fernandes & Landeira-Fernandez, 2012), que sugerem que a psicoterapia e a reabilitação podem cooperar na regulação eficaz e, até mesmo, na extinção de psicopatologias, mediante a modificação funcional do sistema nervoso central.

Esta ligação entre psicoterapia e funcionamento cerebral está também presente em desenvolvimentos da Teoria Focada no Esquema, que enfatizam a intervenção baseada na teoria do cérebro, com foco nos circuitos cerebrais envolvidos na regulação do condicionamento do medo e trauma (Callegaro, 2005).

Charchat-Fichman et al. (2012) propõem um modelo de psicoterapia neurocognitivo-comportamental, que constituiria uma interface entre a psicologia e as neurociências, evidenciando a neuroplasticidade como base do processo de intervenção psicoterapêutica. De acordo com os autores, muitas técnicas cognitivo-comportamentais constituem formas de estimulação cognitiva, como a técnica de resolução de problemas,

através da qual se estimulam funções executivas como o planeamento, a automonitorização e a construção de hipóteses alternativas.

### **2.3.2. Avaliação e reabilitação neuropsicológica**

A avaliação neuropsicológica é realizada através da entrevista clínica e de provas específicas que permitem, pela mensuração dos resultados e pela análise qualitativa do desempenho do paciente, associar os prejuízos observados no funcionamento cognitivo a possíveis disfunções cerebrais. Constitui, deste modo, uma avaliação compreensiva que visa aceder ao funcionamento cerebral dos indivíduos e às suas respetivas alterações, com vista ao tratamento. Todos os procedimentos de avaliação neuropsicológica são fundamentais para o planeamento do processo de reabilitação. Sempre que possível, deve recorrer-se a outras fontes além do indivíduo (família, profissionais de saúde, etc.) e utilizar vários métodos de recolha da informação.

Os testes standardizados (abordagem psicométrica) pressupõem o acesso a determinados processos psicológicos (construtos como memória, atenção, FE) e a entrevista clínica e a observação (abordagem fenomenológica) completam as fontes de informação para a elaboração do diagnóstico neuropsicológico. A avaliação baseia-se na localização dinâmica de funções, ou sistemas funcionais, e no conhecimento do funcionamento de áreas interdependentes e interligadas. A abordagem psicométrica permite, de forma quantitativa e por isso mais *objetiva*, monitorizar o impacto da intervenção, controlando assim os efeitos da reabilitação neuropsicológica.

A reabilitação neuropsicológica visa melhorar o funcionamento cognitivo, a funcionalidade na vida diária e o bem-estar psicológico geral. Mateer (2006) define a reabilitação como a aplicação de procedimentos e técnicas e a utilização de apoios com vista a que a pessoa com défices cognitivos possa retomar de forma segura, produtiva e independente as suas atividades quotidianas. Baseia-se numa perspetiva biopsicossocial que envolve os pacientes, os seus familiares e contextos de vida.

O fundamento científico dos modelos de reabilitação baseia-se na plasticidade neuronal: capacidade do cérebro de regeneração, de recuperação funcional e de adaptação da sua morfologia. A plasticidade cerebral permite a reorganização da rede, sendo a principal responsável pela recuperação após dano (Castellanos et al., 2010). A recuperação funcional depende de inúmeros fatores ligados ao doente e à patologia.

A dependência de substâncias, perspectivada como uma alteração do funcionamento cerebral, pressupõe que tratamentos de reabilitação cognitiva utilizados na recuperação de outras afeções cerebrais possam ser igualmente úteis nesta patologia (Pedrero-Pérez et al., 2011). Não obstante, a adição como processo não pode reduzir-se às suas bases neurológicas: estas são condição necessária, mas não suficiente para o desenvolvimento da adição e para explicar a adesão aos tratamentos.

O impacto funcional de um determinado défice cognitivo não depende apenas da sua extensão ou severidade, mas também de outros fatores a ter em conta na elaboração do diagnóstico e plano de intervenção: consciência do défice, personalidade pré-mórbida, psicopatologia, condicionantes socioeconómicas e familiares, expectativas relativamente à recuperação.

Existem evidências que o treino de reabilitação cognitiva induz alterações estruturais e funcionais no cérebro, especialmente nas áreas frontocorticais ao facilitar a reorganização dos circuitos cerebrais. Achados recentes podem abrir possibilidades de intervenção em dependências, apesar da escassez de estudos da sua eficácia nesta área específica (Pedrero-Pérez et al., 2011).

Conforme sugerido por Volkow et al. (2005), as estratégias de intervenção que derivam dos achados científicos podem incluir:

- Intervenções para diminuir o valor da recompensa da droga de eleição
- Intervenções para aumentar o valor da recompensa dos reforços não ligados à droga
- Abordagens para enfraquecer comportamentos condicionados associados à droga
- Métodos para fortalecer o controlo executivo e inibitório frontal

Intervenções comportamentais e cognitivas específicas podem ser úteis para remediar e fortalecer os circuitos afetados pelo consumo crónico de droga, nomeadamente os circuitos envolvidos no controlo inibitório. O reconhecimento de que o comportamento de consumo é muito dependente de variáveis contextuais, abre também caminho a intervenções cognitivo-comportamentais com incidência na aprendizagem da identificação das situações de risco de recaída (controlo de estímulos).

Referindo os princípios nucleares que devem guiar os modelos de intervenção, Pedrero-Pérez et al. (2011), com base num trabalho de Wilson de 2002, salientam a

importância da elaboração de um plano de intervenção realista, em que estratégias de reabilitação são negociadas, o que enfatiza a necessidade de uma aliança terapêutica sólida e colaborativa.

Este foco no desenho realista do plano de intervenção, dá atenção especial às dificuldades vivenciadas nas atividades de vida diária, contextos reais de expressão nos défices apurados. O plano inclui uma variedade de técnicas e estratégias para melhorar competências, facilitar a regulação do humor e modificar pensamentos, sentimentos e emoções disruptivas.

Sohlberg e Mateer (2001) dão ainda ênfase ao exercício repetido das tarefas terapêuticas, à organização hierárquica de objetivos, ao uso de tarefas para casa e generalização das aprendizagens à vida quotidiana, o que remete para a validade ecológica das intervenções. Cada exercício de reabilitação nasce de atividades e tarefas e será projetado de acordo com várias variáveis: tipo de função-alvo, tempo de execução da tarefa, tipo de estímulo (visual, auditivo, sensório-motor, olfativo), quantidade e tamanho dos estímulos. A gradação da dificuldade permite a recuperação funcional. Além do aumento do grau de complexidade, os exercícios devem sempre terminar com uma experiência de sucesso, dada a importância de manter a motivação e consolidar as aprendizagens (Muñoz-Céspedes & Tirapú-Ustárriz, 2008).

Andrade (2008) distingue as abordagens mais utilizadas em reabilitação, que podem ser incluídas, conjuntamente, num plano de reabilitação: a abordagem remediativa ou treino cognitivo (recuperação da função - reestruturação) e a abordagem adaptativa ou compensatória (recuperação da funcionalidade - substituição e compensação).

### Quadro 2.3.

#### *Abordagens de reabilitação neuropsicológica (baseado em Andrade, 2008)*

Abordagens de Reabilitação Neuropsicológica	
Remediativa/treino cognitivo	Adaptativa/compensatória
Foco:	Foco:
Treino direto de processos	Uso das capacidades preservadas para o desenvolvimento de métodos compensatórios para as funções deficitárias
Visa transferir as atitudes e estratégias aprendidas no treino para a vida prática do indivíduo	
Cenário da intervenção: Consultório	Cenário da intervenção: ambiente habitual (facilita generalização das estratégias)
Procedimentos:	Procedimentos:
✓ Restaurar capacidades cognitivas por meio da prática, do exercício e da simulação	✓ Reorganização de hábitos e rotinas
✓ Identificação de domínios cognitivos deficitários (ex.: atenção)	✓ Desenvolvimento de estratégias internas
✓ Realizar exercícios sequenciados para estimular a capacidade cognitiva deficitária	✓ Modificar contextos das atividades
	✓ Agendas, etc.

A abordagem neuropsicológica dos comportamentos aditivos pressupõe a utilização de estratégias diferenciadas de avaliação quantitativa e a definição de planos de reabilitação integrativos, que incluem, além do foco no desempenho cognitivo, a avaliação de características de personalidade, de motivações pessoais e do enquadramento contextual e sociocultural do indivíduo. Nesta medida, cada plano é individualizado e pode fazer parte de um plano de intervenção mais amplo que integre outras abordagens, como a TCC.

#### **2.4. Integração de modelos e nova narrativa de intervenção**

A revisão dos modelos terapêuticos expostos anteriormente visou abordar os principais contributos específicos de cada teoria na conceptualização da psicopatologia e na intervenção, bem como identificar os aspetos em comum, os complementares e os reformulados nas várias teorias. O percurso descrito abriu caminho para a reflexão sobre a necessidade de perspetivas integrativas em psicoterapia.

A escolha da psicoterapia mais eficaz para uma determinada patologia mental torna-se difícil quando se estima existirem cerca de 500 abordagens terapêuticas (Kazdin, 2000, citado em Wampold, 2010), classificadas de acordo com uma variedade de critérios como os modelos teóricos subjacentes, as modalidades de intervenção, a duração, entre outros. Muitas das divergências teóricas e filosóficas entre modelos, acabam por obscurecer semelhanças importantes nos processos psicoterapêuticos, quando se comparam intervenções, o que motivou o desenvolvimento da perspectiva integrativa (Alford & Beck, 1997; Goldfried & Safran, 1986). Genericamente, a perspectiva integrativa em psicoterapia centra-se na importância do reconhecimento das semelhanças ou na conciliação das diferenças, com o fim de aumentar eficácia da intervenção terapêutica.

Com maior frequência identificam-se três diferentes abordagens que podem ser incluídas na perspectiva integrativa em psicoterapia (Feixas & Botella, 2004; Lazarus & Beutler, 1993; Norcross & Newman, 2003; Zarbo et al., 2016): o ecletismo técnico, o integracionismo teórico e os fatores comuns.

Em termos gerais, o ecletismo técnico implica o uso em psicoterapia de várias técnicas provenientes de diferentes abordagens, conforme o paciente e a sua patologia. O integracionismo teórico pretende transcender os diferentes modelos através da criação de um modelo único, integrativo dos modelos que estiveram na sua base, mas diferenciado. Por sua vez, a abordagem dos fatores comuns identifica quais os fatores eficazes nas terapias, que são comuns a todos os modelos (Zarbo et al., 2016). Estas três abordagens da perspectiva integrativa serão exploradas seguidamente.

#### **2.4.1. Ecletismo técnico**

Nos últimos anos tem sido crescente o interesse pela prática eclética e a integração de modelos em psicoterapia, movimento com maiores desenvolvimentos a partir dos anos 80. Porém, a constituição de um modelo compreensivo unitário, com fundamentação teórica coerente e orientações terapêuticas, não tem encontrado consenso, possivelmente pela dificuldade metodológica em responder a todos os elementos mencionados por Paul (Patterson, 2000).

Há mais de 30 anos, Paul enuncia a base do paradigma eclético: *“In all its complexity, the question toward which all outcome research should ultimately be directed*

*is the following: What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, and under which set of circumstances”* (Paul, 1967, p.111).

A prática eclética é a defesa de que diferentes clientes e diferentes problemas requerem tratamentos diferentes (Patterson, 2000), preocupando-se com os fatores específicos inerentes à mudança. A necessidade de encontrar o melhor tratamento para cada problema específico resulta do reconhecimento de que não existe uma única teoria que dê conta de todos os tipos de problemas e indivíduos (Guterman & Rudes, 2005).

A Terapia Multimodal de Lazarus constitui um exemplo reconhecido de ecletismo técnico (Lazarus, 1986, sd; Lazarus & Beutler, 1993). Este modelo tem por base a teoria da aprendizagem social, mas integra intervenções pouco estruturadas nos casos em que o paciente é muito reativo à abordagem diretiva.

Existem diferentes tipos de ecletismo técnico, conforme a seleção de técnicas e os procedimentos terapêuticos (Feixas & Botella, 2004; Zarbo et al., 2016). O ecletismo intuitivo baseia-se na opinião, na intuição e na experiência do terapeuta para decidir como intervir. O ecletismo técnico pragmático baseia-se no nível de sucesso dos estudos empíricos, o qual indica qual a técnica mais eficaz para intervir em determinado problema. Ao ecletismo técnico guiado está subjacente a escolha de técnicas de acordo com um critério estabelecido por um modelo teórico, tendo em conta a necessidade do indivíduo. No ecletismo técnico sistemático, a escolha da técnica é realizada consoante o tipo de paciente e, por exemplo, a sua resistência à mudança.

Guterman e Rudes (2005) defendem ainda o ecletismo estratégico. Os autores referem as terapias narrativas como bom exemplo de ecletismo estratégico. Se teorias e técnicas de outro modelo se “encaixam” com a visão do cliente podem ser usadas na criação de novas narrativas, como por exemplo, ao integrar a Terapia Racional Emotiva com a Terapia Narrativa, fazendo assim convergir as abordagens modernistas e pós-modernistas na intervenção psicoterapêutica. Não obstante esta defesa, os pressupostos das terapias narrativas rejeitam toda a diretividade associada às perspetivas modernistas ou racionalistas, considerando-a até como uma “violência epistemológica” (vide Santos et al., 2013).

O recurso a diferentes estratégias e técnicas ajustadas a cada caso e o foco na originalidade de cada pessoa, sem as limitações impostas pelas diferentes abordagens teóricas, constituem a mais-valia do ecletismo. No entanto, a ausência de um enquadramento conceptual, que clarifique como as diferentes técnicas atuam em conjunto, pode gerar algumas dúvidas sobre o que determina a sua eficácia. O uso do

termo eclético nem sempre tem conotação positiva, sendo associado muitas vezes a incoerência pela incompatibilidade epistemológica das técnicas (Patterson, 2000).

#### **2.4.2. Integracionismo teórico**

O integracionismo teórico foca-se mais nas teorias do que nas técnicas e pode definir-se como a síntese de duas ou mais teorias numa única conceptualização (Wampold, 2010). Norcross e Newman (2003) propõem uma abordagem integrativa que resulta da tentativa de promover diálogo entre as várias modalidades terapêuticas, superando as limitações inerentes à rigidez teórica. Esta abordagem torna explícita a possibilidade e a realidade de muitos psicoterapeutas que, posicionando-se num determinado modelo teórico, o praticarem de forma flexível e integrativa (Zarbo et al., 2016).

Alguns modelos de integração teórica focam-se na combinação e síntese de teorias, outras dão maior relevo à relação entre os vários sistemas de psicoterapia, como é exemplo o Modelo Transteórico (Prochaska & Diclemente, 1982). O encontro de aspetos em comum entre modelos e as ligações entre elementos que potenciam a ação de outros na intervenção, constitui a forma de estabelecer a integração e a unidade teórica que se pretende.

Outro exemplo de integração teórica, é a anteriormente referida psicoterapia neurocognitivo-comportamental (Charchat-Fichman et al., 2012) que se apresenta como uma metodologia de intervenção baseada na interface entre a TCC e modelo neuropsicológico, que resulta num modelo único. A psicoterapia tem como base os mecanismos de neuroplasticidade neural e a relação mente-cérebro e considera a avaliação neuropsicológica como condição essencial para o planeamento de estratégias eficazes da intervenção psicológica. A intervenção por etapas é iniciada por entrevista e avaliação comportamental e neuropsicológica através de instrumentos padronizados, a partir da qual é elaborado um perfil neuropsicológico e um diagnóstico funcional cognitivo-comportamental para implementação de um programa de reabilitação neuropsicológica e de técnicas cognitivo-comportamentais. Este modelo integra também a intervenção familiar através da psicoeducação.

Uma intervenção combinada de treino de função executiva e terapia cognitivo-comportamental é também descrita por Mohlman et al. (2008). Este modelo evidencia a

importância do bom funcionamento executivo para o uso bem-sucedido da TCC, ao nível da capacidade de alternar a atenção, da automonitorização, da metacognição e da capacidade de perspetivar alternativas. Neste modelo, sessões de 90 minutos são divididas em 2 partes: na primeira é realizado treino cognitivo, na segunda a aplicação de técnicas da TCC.

O integracionismo teórico não pretende apenas a combinação entre vários modelos, mas, sobretudo, constituir uma nova grelha de diálogo entre as diferentes abordagens, superando muito do criticismo associado ao termo ecletismo, sobretudo, a ausência de coerência teórica.

Em suma, este movimento diferencia-se do ecletismo, nomeadamente do ecletismo técnico, uma vez que pretende, além da realização de uma prática eficaz, compreender os seus fundamentos teóricos e conceptuais (Norcross & Newman, 2003). Porém, a defesa da integração em psicoterapia não está isenta de dificuldades (Kazdin, 2008), sobretudo, quando se pretende encontrar uma unidade ao nível teórico e filosófico entre modelos.

### **2.4.3. Fatores comuns**

A investigação dos fatores comuns resulta da constatação de que diferentes terapias podem ter resultados semelhantes, na maioria das perturbações. A identificação dos elementos comuns a várias terapias que permitem produzir mudança, ou fatores comuns, foca as semelhanças entre os vários modelos e não a combinação das diferenças como acontece nas abordagens integrativas descritas anteriormente.

Rosenweig e Kelly foram os primeiros autores a referirem-se aos fatores comuns na eficácia da terapia. Rosenweig (1936, citado em Feixas & Bottella, 2004; citado em Wampold, 2010) referia como fatores comuns às terapias bem-sucedidas a habilidade do terapeuta em inspirar esperança e em facilitar ao indivíduo uma visão alternativa mais realista de si (*self*) e do mundo. Além disso, o autor referiu a importância da crença que o terapeuta tem na eficácia da sua intervenção como sendo determinante para que a terapia seja eficaz. A equivalência dos tratamentos foi apelidada de *efeito Dodo* (“todos ganharam e todos devem ser premiados”), metáfora inicialmente referida por Rosenweig em 1936 e difundida pelo trabalho de Luborsky, Singer e Luborsky em 1975 (citados em Wampold, 2010). Kelly (1969, citado em Feixas & Bottella, 2004) referiu ser

determinante para o sucesso da terapia ter em conta a visão que o cliente tem do problema, bem como a capacidade do terapeuta para recomendar alternativas passíveis de serem colocadas em ação.

Ao longo dos anos, vários autores foram propondo elementos potenciadores de mudança, com destaque para Goldfried que, nos anos 80, coloca pela primeira vez os fatores comuns a par da eficácia das técnicas (Feixas & Bottella, 2004).

O modelo transcultural de Frank (Frank & Frank, 1991) das práticas de cura (*healing*), como a psicoterapia, é pioneiro ao identificar os seguintes fatores comuns: a relação de confiança e emocionalmente carregada (*emotionally charged*) entre terapeuta e cliente; a perceção de que o terapeuta é profissionalmente competente e capaz de defender os interesses de quem procura ajuda; e a capacidade do terapeuta de providenciar um racional convincente e procedimentos coerentes com essa explicação.

Vários autores nas últimas décadas apontaram diferentes fatores comuns, organizados por categorias ou áreas (Wampold, 2010) como a aliança terapêutica, a habilidade do terapeuta em providenciar uma experiência emocional corretiva que ajude a remediar a influência traumática das experiências precoces, as expectativas positivas de mudança (vs. imutabilidade da pessoa e inevitabilidade do problema), a aquisição de explicações adaptativas compatíveis com as atitudes e valores do cliente (dar um nome ao, por vezes, inexplicável e caótico), e as características do terapeuta como empatia, flexibilidade, atenção e reconhecimento (*positive regard*).

Genericamente, a aliança terapêutica, o contexto, os métodos de tratamento e as características do paciente e as do terapeuta são elementos essenciais, em conjunto, para a compreensão do que é uma terapia efetiva (Norcross & Lambert, 2010).

O papel da aliança terapêutica é destacado por vários autores (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012; Feixas & Botella, 2004; Santos et al., 2013) como a variável de integração por excelência, comum a todas as terapias, sendo a sua influência nos resultados indiscutível. A aliança terapêutica, apontada como o maior preditor de mudança, consiste na ligação (*emotional bond*) entre terapeuta e cliente e no acordo entre os objetivos e tarefas terapêuticas, que se baseia na aceitação do racional da terapia (explicação do problema) e estimula a abordagem colaborativa. As características dos terapeutas, a sua habilidade na realização do tratamento e em estabelecer a aliança terapêutica, são importantes preditores do resultado da psicoterapia (Del Re et al., 2012; Norcross, 2002; Wampold, 2010).

Neste âmbito, tem principal relevo o trabalho desenvolvido pela Divisão 29 da American Psychological Association (APA), anteriormente dirigida John Norcross, por se constituir como uma Sociedade para o Avanço da Psicoterapia. Esta visa preservar e expandir a psicoterapia baseada na evidência, identificar os elementos relevantes presentes nas relações terapêuticas e tornar os benefícios da psicoterapia acessíveis a todos.

Uma terapia efetiva tem em conta as características do terapeuta, a reavaliação permanente da relação terapêutica (monitorizar a responsividade do paciente à intervenção) e o ajuste do tipo de relação terapêutica ao paciente (*tailoring*) quando define as *guidelines* do tratamento (Norcross & Lambert, 2010).

No âmbito dos comportamentos aditivos, a evidência sugere que os resultados do tratamento se devem mais a fatores não específicos (comuns a todas as terapias), como a motivação para o tratamento e a qualidade da aliança terapêutica, do que a estratégias e modelos de intervenção específicas (Wild & Wolfe, 2009).

A mais-valia da identificação de fatores comuns está na ênfase dada à demonstração do que é eficaz na ação terapêutica e, em consequência, nos resultados da terapia. Algum criticismo associado a esta abordagem incide na possibilidade de se negligenciar o uso e a eficácia de técnicas específicas associadas a abordagens teóricas de base, comprovadas cientificamente e indicadas para problemas específicos.

Além disso, muito do enfoque atual em investigação em psicoterapia retoma parcialmente a questão enunciada nas origens do paradigma eclético, ao sugerir que há terapias que funcionam melhor com um determinado paciente em particular, de acordo com dimensões individuais como os estádios de mudança ou a responsividade (*responsiveness*), ambas características transdiagnósticas (Norcross, 2011). O foco é colocado na pessoa e não na categoria diagnóstica ou problema.

#### **2.4.4. Conclusões**

Além do mencionado, pode ainda encontrar-se descrita uma quarta abordagem (Zarbo et al., 2016), a assimilação integrativa (*assimilative integration*), a qual surge do reconhecimento da existência de uma prática comum em que o psicoterapeuta segue uma orientação teórica definida, mas incorpora conceitos e estratégias de outro modelo quando necessário. Alguns profissionais inserem-se ainda em abordagens conjuntas ao combinar,

por exemplo, o ecletismo técnico com os fatores comuns, ao integrar na sua intervenção as técnicas mais eficazes para determinado problema e simultaneamente ter em conta os aspetos que tornam uma terapia eficaz. Na combinação entre ecletismo técnico e integracionismo teórico, os terapeutas combinam teorias e técnicas de intervenção.

Um dos aspetos mais apelativos da abordagem integrativa é a possibilidade de formular um plano de tratamento individualizado, indicado para as necessidades particulares de cada indivíduo (Norcross & Newman, 2003). Nesse sentido, são elaborados “fatos por medida” (*tailor*), ou seja, planos individualizados de conceptualização e de intervenção que respondam às necessidades específicas de cada caso (cognitivas, emocionais, espirituais, etc.).

Feixas e Botella (2004), numa revisão histórica do desenvolvimento da perspectiva integrativa, põem em evidência os contributos do construtivismo nas áreas do ecletismo técnico, no integracionismo teórico e no estudo dos fatores comuns. Os autores defendem o construtivismo como grelha conceptual para a exploração da integração em psicoterapia, uma vez que a filosofia integracionista caracteriza a epistemologia construtivista na sua essência.

Ao analisar o papel da teoria para o terapeuta, Wampold (2010) sintetiza: os terapeutas integrativos desenvolvem uma abordagem integrada, coerente e estratégica na sua intervenção, essencialmente pragmática. Os casos podem ser conceptualizados integrando teorias desde que o tratamento faça sentido para o cliente, seja aceite por si e conduza ao seu progresso.

### 3. CASO CLÍNICO

#### 3.1. Metodologia e Contexto

Como exposto anteriormente, as abordagens integrativas são essencialmente orientadas para a prática e preconizam intervenções individualizadas, ao mesmo tempo que defendem um plano terapêutico baseado em métodos e técnicas comprovadamente eficazes para determinado problema ou perfil pessoal. Esta postura é essencialmente pragmática ao focar a utilidade das intervenções e os seus resultados práticos na melhoria da vida da pessoa, o que é representativo da intervenção psicológica pós-moderna.

A metodologia de investigação qualitativa tem subjacente a epistemologia pós-moderna. Métodos qualitativos são comumente empregues por psicólogos orientados para a prática (Wampold, 2010). Esta abordagem dá maior enfoque à observação e investigação qualitativa e contextual, por se considerar que capta de uma forma mais precisa a natureza da experiência terapêutica (DeAngelis, 2005), que os estudos que testam a eficácia dos tratamentos como os ensaios clínicos aleatórios. As investigações exploratórias ou descritivas apresentam, em geral, boa validade interna (Serapioni, 2000).

Um estudo de caso pode ser definido como uma investigação empírica aprofundada de um fenómeno num contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claros (Yin, 2009). Várias formas de investigação de estudo de caso em terapia têm em comum o facto de serem motivados por objetivos e interesses profissionais, como o desenvolvimento de teorias, avaliação de resultados e documentar o saber profissional (Bager-Charleson, 2014; McLeod, 2010).

A apresentação de um caso de acordo com o modelo dos estudos de caso pragmáticos (*pragmatic ou systematic case study*) combina a postura crítica pós-modernista, que evidencia o saber baseado nos contextos, com os benefícios da postura metodológica positivista pela forma sistemática e rigorosa com que se documenta a prática clínica, através da definição de linhas metodológicas de apresentação do caso (Fishman, 2005; McLeod, 2010; Dattilio, Edwards & Fishman, 2010).

Esta metodologia de estudo de caso constitui uma forma de documentar a experiência clínica. Ao informar outros sobre o potencial valor de determinada forma de

intervenção, abre-se uma via para a partilha e discussão de conhecimento baseado na prática. Os estudos de caso pragmáticos podem, assim, constituir uma solução para o dilema investigação experimental *versus* estudo de caso, para benefício da produção de conhecimento (Dattilio et al., 2010).

De acordo com o modelo proposto por Fishman (2005), a base que guia toda a ação são os problemas e objetivos do cliente. A compreensão do paciente resulta da avaliação psicológica focada nos seus problemas atuais, na personalidade e na sua história e circunstâncias de vida, bem como da postura epistemológica e filosófica do terapeuta, dos seus referenciais teóricos e do seu conhecimento relacionado com a experiência terapêutica prévia. Todos estes elementos serão pertinentes na formulação do caso, o que estará na base do plano de intervenção.

O caso de M. foi escolhido por constituir um exemplo das situações que obrigam o terapeuta a procurar alternativas de intervenção, pelo confronto com o facto de estar na presença de alguém que, *motivado* e envolvido no processo terapêutico, *não consegue* atingir os objetivos de mudança. Este perfil é frequente no contexto de consulta em regime ambulatorio no âmbito dos comportamentos aditivos. Além disso, foi o primeiro caso a ser concetualizado numa perspetiva integrativa mais abrangente, que incluía os contributos do modelo neuropsicológico, o qual ampliou o foco de análise e intervenção.

Os desenvolvimentos na área das neurociências, nomeadamente na compreensão dos comportamentos aditivos como doença do cérebro, tornaram evidente o potencial da integração do modelo neuropsicológico na formulação dos casos e nos planos de intervenção nesta problemática. A integração dos modelos neuropsicológico, cognitivo-comportamental e sistémico/narrativo, que a seguir se apresenta, resulta do reconhecimento da importância das abordagens individualizadas e colaborativas, das vantagens da filosofia integrativa, conjugadas com metodologias de intervenção baseadas na evidência. Esta conjugação facilitou a realização de uma intervenção diferenciada, que pretendeu corresponder ao objetivo principal do processo terapêutico: diminuição e eventual extinção dos consumos de cocaína.

### **3.2. Caracterização sumária**

M., indivíduo sexo masculino, é divorciado e tem 36 anos. Iniciou consumo de haxixe aos 15 anos. Apresenta dependência de heroína e cocaína desde os 22 anos, via

fumada. No início do acompanhamento encontrava-se abstinente de consumos de heroína havia três anos, após tratamento de substituição com buprenorfina, e mantém medicação hipnótica não benzodiazepínica. À data do início do acompanhamento, a queixa relaciona-se com a dificuldade na paragem de consumos de duas gramas de cocaína fumada que mantinha há três anos, duas vezes por semana em média.

O utente era acompanhado há dez anos, tendo tido acompanhamento terapêutico anteriormente. Apesar dos evidentes ganhos terapêuticos (e.g. abstinência de heroína) e da melhoria da integração socioprofissional, as intervenções psicoterapêuticas de orientação cognitivo-comportamental e a abordagem farmacológica realizadas pareciam pouco impacto ter na modificação do padrão de consumo de cocaína.

O acompanhamento, que em seguida se descreve, ocorreu durante dois anos. Numa fase inicial, a periodicidade das consultas foi quinzenal, em sessões de 90 minutos. A regularidade das consultas estava condicionada pelo horário de trabalho do utente, havendo em alguns períodos dificuldade em manter o registo quinzenal. Foi realizado um novo contacto com o utente dois anos após o final da intervenção, com o objetivo de conhecer a sua situação e impacto da intervenção.

### **3.3. Breve história clínica**

M. é o filho mais novo de uma fratria de três. Não houve registo de intercorrências significativas na gestação ou parto. Não se registaram antecedentes familiares ou individuais significativos (doenças ou acidentes), nem dificuldades no desenvolvimento psicomotor. M. refere ter sido uma criança calma e tímida, e não consegue evocar episódios que possam estar relacionados com esta timidez. No entanto, recorda situações em que, incentivado por outros, participava “nas asneiras” (partir vidros, etc.). Recorda ter tido “uma boa infância”, mas sempre se considerou “influenciável”.

Refere ter tido sempre uma preocupação excessiva com o seu desempenho, característica que melhor recorda da sua infância. Não gostava de falhar e “*fazia tudo para mostrar quando sabia*”. Apesar da timidez, procurava valorização de forma insistente e quando isso não ocorria sentia-se muito triste e envergonhado. Este aspeto refere-se, sobretudo, ao contexto escolar. Não recorda outros eventos significativos na infância. Em casa, os pais não se preocupavam muito com o seu desempenho “*por estarem muito ocupados a trabalhar*”. Nenhum dos pais tem ou teve problemática

relacionada com consumo de substâncias ou patologia psiquiátrica. Está grato aos pais pelo apoio que lhe têm dado, nomeadamente na educação do seu filho.

Completo o 8º ano de escolaridade e, apesar de gostar da escola, abandonou aos 14 anos para trabalhar (*“gostava de ter dinheiro só para mim”*). Começou por trabalhar na construção civil e depois em oficinas de mecânica automóvel, profissão que mantém até hoje. A atividade profissional constitui uma fonte de valorização pessoal, referindo ser considerado por todos *“muito bom no que faz”*. Reconhece que é uma atividade que requer muita concentração, motivo pelo que se angustia com a ideia de *“estar a perder essa capacidade”*, o que começou a notar há cerca de dois anos de forma marcada. Tem dificuldades em ser assertivo junto do chefe, tem sobrecarga horária e é com frequência alvo de críticas, o que considera ser justo pois *“falha muito”*, fazendo alusão ao que corre mal no trabalho.

Além do trabalho, gosta de pescar e, esporadicamente, estar com os amigos (grupo muito restrito). Revela pouco interesse em promover contactos sociais que, por vezes, considera serem pouco estimulantes. É muito interessado por mecânica e informática (autodidata). É frequente sentir-se frustrado por *“poder ter sido diferente”*, *“saber mais do que mostra”* e por *“desistir facilmente”*. Gostaria de executar alguns projetos ao nível pessoal e laboral, mas adia sucessivamente. Considera ser uma *“pessoa isolada, mas estou bem assim”*.

Vive com os pais e o filho. Considera ter uma boa vida familiar. O relacionamento com os pais decorre sem conflitos significativos, sendo que a família desconhece o seu padrão de consumo atual.

Iniciou consumos de haxixe, *ecstasy* e alucinogénios aos 15 anos com amigos. Aos 17 anos foi detido devido ao envolvimento num assalto. Nessa idade experimentou heroína via fumada. Iniciou consumos regulares de heroína e cocaína aos 22 anos, com a namorada. Procurou tratamento pela primeira vez aos 26 anos e realizou programa de substituição opiácea com cloridrato de metadona durante dois anos, o que possibilitou *“mudar a sua vida”*. Nessa altura fazia consumos ocasionais de cocaína, em média uma vez por mês, que cessaram aos 29 anos, o que coincidiu com um novo relacionamento. Dois anos depois, e após o fim da relação, voltou a consumir heroína e depois cocaína (após 1 mês), via fumada, e iniciou programa com buprenorfina. Não há registo de problemática ligada ao álcool.

A avaliação foi motivada pelas seguintes queixas:

- (1) incapacidade de parar consumos de cocaína (reconhece défice de autocontrolo);
- (2) défices de atencionais (*dificuldade em concentrar-se*) e alterações na memória curto-prazo (*esqueço-me do que me dizem*) com impacto nas atividades diárias, nomeadamente no trabalho;
- (3) dificuldade em deixar medicação hipnótica, por receio de “*ficar mal*” (insónia inicial episódica).

A *falta de concentração* é apontada como a queixa mais perturbadora (grau de perturbação de 9, numa escala de 0-10). Apesar de reconhecer alguma possibilidade dos consumos de cocaína poderem estar relacionados com este facto, mais frequentemente justifica o que está a acontecer pelo cansaço ou ainda com os efeitos residuais dos consumos de heroína (“*se calhar fiquei com o cérebro queimado*”).

Quando foi iniciada a intervenção mantinha consumo duas vezes/semana, habitualmente a meio da semana e à sexta-feira, sendo que este último era considerado a “*recompensa semanal*”. Ocasionalmente, minimiza estes consumos retirando-lhes importância, assinalando ser “*só*” uma vez/semana, com dose controlada. Apesar desta crença, manifesta frustração pela dificuldade em controlar-se, descrevendo de forma clara como vivencia esta experiência: “*pareço um robot, parece que sou guiado e quando dou por mim já consumi...só penso depois...*”.

### **3.4. Métodos de avaliação**

Após três meses do início do acompanhamento, inicialmente centrado em estratégias da TCC (Carroll, 1998), foi proposto ao utente a realização de avaliação psicológica e neuropsicológica. Foi facultado o racional da avaliação psicológica e do modelo neuropsicológico das dependências. O racional focou a importância do conhecimento do funcionamento do cérebro na compreensão das suas queixas (“*cérebro queimado*”) e na implementação das estratégias terapêuticas.

O objetivo da avaliação estruturada visou a caracterização mais rigorosa das queixas, o acesso a elementos relevantes como o funcionamento da personalidade e

psicopatologia associada, bem como a elaboração de um plano de intervenção individualizado, que integrasse a reabilitação neuropsicológica na psicoterapia.

O utente assinou um consentimento informado que permitiria ao terapeuta incluir os resultados da avaliação num trabalho final da pós-graduação em intervenção neuropsicológica, cujo o objetivo seria explorar as vantagens da intervenção neuropsicológica no âmbito das dependências. Mais tarde, dois anos após o encerramento do acompanhamento, o utente assinou novo consentimento (Anexo A) que permitiria o terapeuta a incluir o seu caso no presente relatório.

Foram feitos registos escritos das sessões. Realizou-se avaliação do estado de humor e ansiedade em três ocasiões (avaliação inicial, seis meses e final). O rastreio do consumo foi efetuado através da pesquisa de metabolitos na urina ao longo do acompanhamento. Estava previsto um segundo momento de aplicação de provas neuropsicológicas no final da intervenção (conforme programa de reabilitação Anexo G), o que não foi possível. Foram sendo realizadas alterações ao plano inicial de intervenção, tendo em conta os constrangimentos contextuais associados à dificuldade na vinda mais regular às consultas e ao curso do processo terapêutico. A monitorização dos resultados da intervenção foi baseada no autorrelato do utente (melhoria da funcionalidade no quotidiano), no desempenho dos exercícios em consulta e através da avaliação da frequência dos consumos.

O percurso de acompanhamento decorreu durante cerca de dois anos. Três meses após o começo do acompanhamento foi realizada a anamnese de forma mais estruturada e iniciada avaliação psicológica e neuropsicológica. Após a devolução dos dados e discussão do plano de intervenção, iniciou-se a intervenção de acordo com o modelo descrito de seguida. Após dois anos do fim da intervenção, foi feita nova monitorização com recurso ao relato do utente e informação acerca da frequência dos consumos e adesão ao tratamento (relato do utente e do terapeuta atual).

Foi aplicada uma bateria de provas (Anexo B), descritas brevemente no Anexo C. Tendo em conta a problemática identificada no início do acompanhamento e as queixas apresentadas, foi dada especial atenção aos componentes da função executiva na avaliação cognitiva (Anexo D). A extensão da bateria aplicada foi facilitada pelo marcado interesse do utente na realização das provas, considerando-as cognitivamente estimulantes. Os resultados detalhados das provas são apresentados no Anexo E (Tabelas E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8), bem como a sua breve interpretação. À data da

avaliação, encontrava-se a realizar medicação hipnótica, a qual não terá interferência significativa no funcionamento neuropsicológico.

### **3.5. Resultados da avaliação e formulação diagnóstica**

#### **3.5.1. Observação**

M. não apresenta alterações na orientação (pessoal, espacial e temporal). Apresenta um discurso fluente, não se verificando perturbações ao nível da linguagem oral (compreensão verbal, nomeação ou repetição) ou escrita (leitura ou execução de ordens e frases escritas). A preferência de utilização indica lateralidade direita em todos os componentes avaliados. No exame breve também não se verificaram alterações ao nível da componente motora (praxias) ou sensorial, ou das gnosias (somestésicas ou espaciais).

Não apresenta alterações significativas do humor (eutímico). Refere estar ansioso (Unidade Subjetiva de Desconforto - USD: 7 de 0-10) relativamente ao contexto de avaliação, mas permanece motivado para a consulta. Esta ansiedade vai diminuindo ao longo da 1ª sessão avaliação (no final USD: 3). Demonstra entusiasmo com a situação de avaliação, apesar de revelar ter receio de não conseguir realizar as provas e fazer “*má figura*”. Foi necessário recordar, por várias vezes, os objetivos da avaliação, salientando a perspetiva colaborativa e *não avaliativa* daquele contexto. Ao perceber incapacidade de resposta, rapidamente aumenta a ansiedade, faz comentários autodepreciativos e apresenta tendência para desistir. Por vezes, foi necessário dar incentivos para continuar.

O comportamento impulsivo (responde sem refletir) surge muitas vezes associado a um desejo de agradar (aceitação), pretendendo mostrar que é rápido nas respostas, o que não permite maior reflexão/planeamento. O impacto deste comportamento no rendimento das provas é devolvido no final da sessão. Assim, o momento da avaliação constituiu em si uma oportunidade de intervenção, o que salienta o pragmatismo da ação terapêutica. Ao proporcionar *feedback* contínuo, o utente ia reconhecendo padrões de funcionamento ativados, sendo por isso possível abordar componentes experienciais e interpessoais na sessão.

### 3.5.2. Resultados das provas

A idade precoce de início dos consumos pode ter tido impacto significativo no neurodesenvolvimento e aprendizagem. Não obstante, os resultados da WAIS (Anexo E - Tabela 8) sugerem um bom desempenho intelectual global.

Relativamente aos processos atencionais, não se revelam alterações significativas nas provas (Anexo E – Tabelas E5 e E7) que apelam sobretudo à atenção focada e seletiva, verificando-se apenas uma ligeira alteração no rendimento quando é necessário manter a atenção (contínua) em tarefas monótonas (TP). Relativamente ao fator velocidade de processamento, não revela dificuldades.

Quanto aos aspetos perceptivos (gnosias e visuoconstrução), M. não revela dificuldades nas provas (Anexo E – Tabela E7), exceto quando manifesta uma atitude impulsiva perante o estímulo, ao negligenciar alguns dos seus componentes (e.g. tempo reduzido de execução na FCRey) ou ignorar as instruções (necessidade de repetir na prova de Lilia Ghent). Este comportamento dá-nos indicação de uma possível interferência da impulsividade (desinibição) no seu desempenho. O mesmo ocorreu no TMT- parte B, em que se precipitou a fazer corresponder números primeiro e depois letras no item de treino, mesmo antes do final da instrução.

Ao nível da memória, não há alterações de memória visual a curto-prazo, com (FCRey) ou sem interferências (EMW-R). Os resultados das provas de memória audioverbal (RAVLT e EMW- memória associativa e semântica), sobretudo na RAVLT, indicam perda severa. Este resultado pode estar relacionado, por um lado, com a memória de trabalho (resultado muito baixo em A1 da RAVLT) e/ou com a dificuldade em entrar na prova (por rigidez ou ansiedade) e, por outro, com a ausência ou ineficácia de estratégias para retenção de informação e suscetibilidade à interferência (Anexo E - Tabela E7). A alteração do span verbal revela-se mais nas palavras, que nos dígitos (MD ordem direta), o que pode estar relacionado com um maior treino (na vida quotidiana memoriza n.ºs de séries, matrículas de carros, etc.).

Quanto à memória a longo-prazo (RAVLT), mais uma vez se levanta a hipótese do desempenho ser condicionado por dificuldades nas estratégias de codificação e não por problemas ao nível do armazenamento, uma vez que tem um muito bom rendimento no reconhecimento e não na recuperação espontânea. O mesmo acontece na EMW-R (histórias) em que evoca facilmente a informação quando são fornecidas pistas ou alternativas. Na WAIS III (Informação e Vocabulário) tem um bom desempenho em

provas que apelam à memória a longo-prazo. Não revela ainda problemas ao nível da Fluência semântica (Anexo E - Tabela E6), mais ligada a conteúdos mnésicos a longo-prazo.

Relativamente às funções executivas, as diferenças significativas entre o Índice de Memória de Trabalho e os outros índices na WAIS III (Anexo E - Tabela E8) dão-nos indicação de que este componente executivo pode estar alterado, apesar de, no global, se encontrar na média. A possível perturbação da memória de trabalho evidencia-se também na RAVLT (A1), na Fluência fonémica e no resultado dos testes Aritmética e SLN da WAIS III. O resultado da Fluência fonémica (Anexo E - Tabela E6) reflete possível perturbação frontal, prova que requer memória de trabalho, iniciativa, flexibilidade (pensar alternativas) e planificação. Pode indicar ainda dificuldades em adaptar-se à prova, o que interfere no resultado pela interferência do fator tempo. Neste caso, M. manifesta com muita evidência dificuldades em pensar alternativas (flexibilidade). A prova foi aplicada dois dias após um consumo de cocaína. A dificuldade na sua execução pode estar relacionada com a interferência significativa da substância nos processos executivos. A constatação desta dificuldade por parte do utente aumentou a consciência do impacto negativo do comportamento de consumo ao nível cognitivo. Neste sentido, o processo de avaliação neuropsicológica revelou-se desde cedo “reabilitador”.

M. revela maiores dificuldades na componente executiva de flexibilidade que na de controlo inibitório (FDT pontuações complementares), apesar de ambos os valores serem inferiores à média (Anexo E – Tabela E6). Revela capacidade de aprendizagem das tarefas, no entanto, demora algum tempo a adaptar-se (rigidez inicial) e usa com frequência critérios aleatórios de resposta no WCST (Anexo E – Tabela E5), indicadores de dificuldade de inibição e de monitorização do comportamento.

Verifica-se uma possível deterioração na capacidade de planeamento estruturado, que se reflete na abordagem da tarefa de forma impulsiva e no uso de estratégias ineficazes de resolução de problemas, como indicam os resultados na prova v.1 Zoomap e na Torre de Hanoi (Anexo E – Tabelas E5 e E6, respetivamente). M. faz um esforço para conter a sua impulsividade (melhora em v.2 do Zoomap), nem sempre de forma eficaz (maior tempo de latência). Esta perda aparente do objetivo da tarefa parece relacionada com deterioro da memória de trabalho já mencionado. Quando se repetem as instruções consegue conter a impulsividade e executar melhor a tarefa.

Pela análise das informações obtidas na observação clínica e nas provas acima descritas, podemos afirmar estar perante um indivíduo com uma possível alteração no

funcionamento executivo, com principal expressão nas componentes memória de trabalho (atualização) e planeamento/tomada de decisões. Verificam-se ainda alterações ao nível do controlo inibitório, com maior expressão na vertente comportamental (impulsividade), e da flexibilidade cognitiva, sobretudo no início das tarefas, que o indivíduo muitas vezes consegue superar mantendo uma atitude persistente e através da monitorização (por vezes tardia) dos seus comportamentos.

Em suma, e tendo em conta o desempenho global do indivíduo, podemos identificar:

- Deterioração na memória de trabalho
- Deterioração da codificação da informação e estratégias mnésicas
- Deterioração no controlo inibitório (impulsividade)
- Deterioração da flexibilidade cognitiva
- Deterioração da capacidade de tomada de decisões (planeamento estruturado)

O Quadro 3.1 apresenta uma síntese da avaliação neuropsicológica, com foco na identificação das funções que apresentam algum tipo de alteração e as preservadas, fundamentais para elaboração do plano de reabilitação, e o Quadro 3.2 apresenta detalhadamente as alterações ao nível do funcionamento executivo.

Quadro 3.1.

*Indivíduo M - identificação das áreas-problema*

	Alteração neuropsicológica	
	Cognitiva	Comportamental
Função		
Preservada (alteração ausente)	Problemas de orientação Alterações da perceção Problemas de linguagem Apraxias	Conduta inapropriada Falta de interesse Labilidade afetiva Apatia
Alterada (presente)	Reduzida consciência do défice e do impacto na vida diária (disfuncionalidade)  Défice de atenção contínua Problemas de memória (estratégias mnésicas) Alterações executivas	Irritabilidade/Baixa tolerância à frustração Impulsividade

Quadro 3.2.

*Indivíduo M - Elementos do funcionamento executivo e alterações observadas na clínica*

<b>Função executiva</b>	<b>Alterações observadas</b>
<b>Atenção contínua</b>	Diminuição do rendimento Impersistência na tarefa
<b>Inibição de interferências</b>	Distração Desorganização da conduta
<b>Planificação</b>	Impulsividade Comportamento errático
<b>Supervisão e controlo da conduta</b>	Desinibição Reduzida correção de erros
<b>Flexibilidade</b>	Perseveração Rigidez Fracasso perante tarefas novas

De acordo com os resultados das provas relativas a sintomatologia clínica (Anexo E – Tabela E2), apresenta depressão de grau leve (BDI II), com elevação em culpa/punição e alterações de sono. As cognições associadas a culpa relacionam-se em grande parte com uma avaliação negativa da sua vida (projetos *versus* realidade), potenciada pela persistência dos consumos de cocaína, frequentemente perturbadores dos ciclos de sono. Ainda assim, os consumos parecem estar mais associados a afetos positivos (UPPS-P – Anexo E – Tabela E1), continuando a surgir como uma recompensa no final da semana de trabalho.

Os resultados do NEO-PIR (Anexo E – Tabela E4) dão indicação sobre as características de personalidade. A elevada Autoconsciência, que assume a forma de timidez, embaraço e ansiedade social e autocrítica, a elevada Impulsividade e baixa capacidade de Deliberação, a Introversão marcada em todas as suas facetas e a baixa Confiança, revelam traços de personalidade que podem contribuir para a manutenção das queixas e para o não envolvimento num processo psicoterapêutico. Apesar disso, a elevada Abertura à Experiência pode constituir um fator positivo no envolvimento em mudanças. A sua curiosidade pelo conhecimento em geral (que inclui o autoconhecimento) pode constituir uma característica importante da adesão ao processo de reabilitação. Não obstante a baixa Deliberação, esforça-se por cumprir o seu dever e é responsável, o que se reflete sobretudo na área laboral e no cumprimento das suas obrigações em geral.

A ativação de esquemas de Defeito/Vergonha e Isolamento Social/Alienação (Anexo E – Tabela E3) está presente e associada aos comportamentos acima descritos, dando indicação do foco da intervenção cognitivo-comportamental.

### 3.5.3. Formulação

De acordo com os critérios do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), este indivíduo apresenta atualmente Perturbação por Uso de Estimulantes (304.20 – cocaína, grave), com Perturbação Neurocognitiva Leve induzida por cocaína; Perturbação por Uso de Opióides, em remissão sustentada (304.00); Perturbação de Insónia, episódica, com comorbilidade mental causada por transtorno não relacionado com o sono (780.52, 304.20). Não obstante os resultados das provas e da informação clínica recolhida, não preenche os critérios para Perturbação Depressiva Persistente (Distímia), nem para Perturbação de Personalidade (e.g. Evitante).

Pela análise compreensiva da informação obtida, podemos identificar alguns fatores que podem ter predisposto M. para o desenvolvimento de dificuldades interpessoais e de problemas relacionados com o uso de substâncias.

Uma personalidade caracterizada por uma introversão marcada e uma tendência ao isolamento, pode ter dificultado o desenvolvimento do comportamento assertivo, necessário para fazer face à pressão de pares, nomeadamente no que respeita à participação em atividades ilícitas. A falta de valorização das suas competências por figuras significativas pode ter aumentado a sua vulnerabilidade à crítica e a preocupação em procurar aprovação noutros contextos. Estas experiências podem ter contribuído para a formação de esquemas de Isolamento Social e de Defeito/Vergonha. As crenças básicas daí decorrentes, sobre si e o futuro, podem ter facilitado o desenvolvimento de crenças relacionadas com as substâncias, que o tornaram vulnerável aos consumos (e.g. *Por vezes sinto-me como se não pertencesse a este mundo (6); Se as pessoas conhecessem os meus maiores defeitos, nunca seria capaz de as encarar (6)*).

A baixa autoestima pode estar relacionada com o recurso aos consumos de drogas como forma de regulação das emoções negativas, constituindo uma forma de compensação dos esquemas de Isolamento Social e Defeito/Vergonha. A detenção em idade precoce pode ter reforçado a visão negativa de si pela conotação social atribuída a

esta situação, incrementando emoções associadas a culpa e vergonha. Mecanismos de comparação social (“*o que eu poderia ter sido*”) mantêm o esquema de Defeito/Vergonha, através da autodepreciação. O evitamento de contactos sociais pode constituir um fator de agravamento das dificuldades (evitamento do esquema), pelo não confronto com situações potencialmente desconfirmatórias das suas crenças associadas aos principais esquemas ativados, instalando-se um círculo vicioso. Evitamentos cognitivos, como “*está tudo bem*”, “*sou o melhor no meu trabalho*”, “*dou-me muito bem com os meus pais*”, “*não me lembro de nada que tenha acontecido na infância*”, funcionam muitas vezes como evitamento do esquema, impedindo o acesso às emoções associadas a uma baixa autoestima e à abordagem da relação familiar.

Narrativas veiculadas socialmente, e frequentemente ouvidas na prática clínica em dependências, condicionam de forma marcada o não envolvimento em tentativas de mudança. Histórias totalitárias relativas à imutabilidade da toxicodependência enquanto defeito de carácter (“*ser toxicodependente*”), à persistência dos danos causados pelos consumos (“*cérebro queimado*”) e à gratificação pessoal (consumo como compensação ou recompensa) constituem protótipos do processo de significação. A manutenção da medicação hipnótica, independentemente dos sintomas, pode ser disso exemplo (“*os toxicodependentes precisam sempre de alguma coisa*”), uma vez que estaria claramente associada a uma narrativa saturada relacionada com a regulação emocional através do uso de uma substância e uma imagem de si dominada pelo *ser* toxicodependente (“*precisamos sempre de alguma coisa*”).

Erros de processamento de informação como o pensamento absolutista (“*isto nunca vai mudar*”), a minimização (“*isto qualquer um faz*”, “*só consegui parar 1 mês e isso não é nada*”) e a abstração seletiva (“*só fiz porcaria na vida*”) com excessiva atenção a pistas de rejeição por parte dos outros, foram sendo evidentes ao longo da avaliação. Estes são exemplo de processos que mantêm o esquema. A manutenção do esquema de Defeito/Vergonha pode também rever-se na permanência numa atividade laboral com um padrão desvalorizador e abusivo, que confirma pelo excesso de crítica os defeitos de M. (o que é credível de acordo com o esquema). Não tentar fazer novos projetos pode constituir uma forma de evitar a hipótese de fracassar. A criação de alternativas aos enviesamentos cognitivos poderá estar dificultada pelos défices atencionais e executivos.

Atitudes ocasionais de exibição das suas capacidades ou de desinteresse pelo outro (“*ninguém tem conversas que me interessem*”) podem constituir formas de compensação do esquema, que também impedem a mudança esquemática. A manutenção dos consumos

pode também constituir uma forma de manter os esquemas identificados, associados muitas vezes a significados que potenciam o sentimento de vergonha, percepção de incapacidade pessoal e rejeição social.

Os défices cognitivos identificados poderão estar relacionados com os consumos iniciados na adolescência e o seu impacto, por exemplo, no processo de tomada de decisões que, em conjunto com variáveis contextuais, poderão ter facilitado o recurso a escolhas desadaptativas. As “más” decisões relacionadas com comportamentos desviantes podem ter reforçado a percepção de menos-valia, defeito e rejeição social.

O impacto na vida diária destas alterações é evidente na área laboral e no que respeita à manutenção dos consumos de substâncias. A atividade laboral de M. implica frequentemente a sequenciação de tarefas (requer memória de trabalho e planeamento) e a capacidade de inibir comportamentos automáticos (antecipar, planear, tomar decisões perante problemas novos). O “*andar esquecido*”, queixa a nível laboral e com consequências na progressão na empresa, pode ser reflexo das alterações mencionadas a nível executivo (dificuldades na codificação da informação e na manutenção de informação relevante em memória de trabalho). A repetição da instrução que é por vezes necessária para promover o bom desempenho na tarefa não ocorre na maioria das situações da vida quotidiana, o que torna mais evidente as dificuldades.

A disfuncionalidade no dia-a-dia será eventualmente ainda maior que a perturbação da função identificada. Na maioria das situações de vida terá de ser M. a decidir a sequência das suas ações. Em tarefas que implicam planeamento revela um comportamento mais impulsivo, o que se reflete numa ação menos eficaz e com um maior número de erros, o que poderá reforçar o esquema de defeito, pelo significado atribuído à falha.

O controlo dos comportamentos automáticos (como os consumos semanais) requer a presença de informação relevante para evocar e planear alternativas comportamentais, necessárias para a implementação de estratégias focadas no *coping* e autoeficácia. Dificuldades de inibição contribuem ainda para a incapacidade de controlar pensamentos e imagens recorrentes relacionadas com drogas, o que resulta num maior impacto dos estímulos relacionados com drogas. A valorização alterada das eventuais consequências negativas dos comportamentos pode também resultar das dificuldades em evocar informação relevante para uma tomada de decisão e em ter comportamento flexível.

### 3.6. Intervenção: psicoterapia integrativa

A conceptualização e a intervenção neste caso foram baseadas na integração dos contributos de diferentes abordagens, apresentada nos capítulos anteriores. O Quadro 3.3 enuncia de forma sintética os principais contributos de cada modelo para o plano de intervenção neste caso, os quais resultam num modelo de intervenção unificado e coerente.

Quadro 3.3.

*Abordagem integrativa - contributos dos modelos teóricos na intervenção no caso de M.*

Pressupostos gerais da intervenção psicológica		
	Modelos	Contributos – métodos e técnicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento da competência do outro e da singularidade/originalidade de cada caso</li> <li>• Abordagem individualizada</li> <li>• Abordagem colaborativa</li> <li>• Recusa da categoria diagnóstica como aspeto central da intervenção</li> <li>• Foco na aliança terapêutica</li> <li>• Atenção ao estágio de mudança e à responsividade</li> <li>• Validade ecológica da intervenção (impacto quotidiano)</li> </ul>	TCC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulação TCC/ racional da terapia</li> <li>• Conceptualização do caso de acordo com ativação esquemática, crenças e distorções cognitivas</li> <li>• Uso de medidas padronizadas de avaliação psicológica (escalas de sintomatologia e personalidade)</li> <li>• Estruturação das sessões</li> <li>• Foco no problema (identificação do impacto) e orientação para a solução</li> <li>• Reestruturação cognitiva dos esquemas precoces</li> <li>• Técnicas experienciais (foco nas experiências precoces) e interpessoais (relação terapêutica)</li> <li>• Técnicas comportamentais</li> </ul>
	Terapia narrativa/sistémica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploração dos significados pessoais (sobre o problema, identidade, etc.)</li> <li>• Foco na linguagem e conversação terapêutica para desconstrução de narrativas saturadas e co-construção de narrativas alternativas</li> <li>• Externalização e identificação de resultados únicos</li> <li>• Antecipação do futuro livre de problema</li> <li>• Validação social da mudança</li> </ul>
	Modelo neuropsicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceptualização do caso com foco nas funções alteradas e funções preservadas / racional da terapia</li> <li>• Uso de medidas padronizadas e de avaliação (avaliação neuropsicológica)</li> <li>• Reabilitação: abordagem remediativa (treino cognitivo) e adaptativa</li> </ul>

### 3.6.1. Plano de Tratamento

O pressuposto da intervenção baseia-se na possibilidade de reduzir o consumo ou este ser extinto se houver a melhoria do funcionamento cognitivo e, por consequência, maior eficácia da metodologia de intervenção cognitivo-comportamental, bem como o desenvolvimento de uma narrativa alternativa relativamente à sua pessoa e ao tratamento.

Com vista a minimizar o impacto a curto-prazo dos consumos de cocaína, as sessões de avaliação foram marcadas cerca de quatro dias após o dia da semana em que habitualmente consumia. Após o período de avaliação, destinaram-se duas sessões aos seguintes procedimentos:

1. Devolução dos dados da avaliação;
2. Informação e discussão do plano de tratamento de acordo com os resultados obtidos e a formulação do caso;
3. Racional da perspetiva integrativa do tratamento e plano das sessões.

De acordo com o racional baseado na perspetiva integrativa das sessões, salientou-se a importância da reabilitação na modificação de crenças disfuncionais (e.g. verificar se a sua perceção de incapacidade é realista), bem como as vantagens da identificação de pensamentos automáticos negativos que podem dificultar o desempenho no exercício de reabilitação proposto na sessão. O racional incluiu ainda a hipótese da função dos comportamentos aditivos como facilitadora da integração com pares e evitamento das emoções negativas associadas a rejeição e incapacidade, o que pretendeu, num primeiro momento, contribuir para a desconstrução da narrativa saturada: consumos enquanto sinal de falha ou defeito de carácter.

Inicialmente, o utente verbalizou alguma desconfiança em relação ao racional, sobretudo no que respeita à função dos consumos *versus* a estabilidade do “ser toxicodependente”, o que deu conta da força desta narrativa. A perspetiva colaborativa focou-se então na prioridade de “treinar o cérebro” como um meio eficaz para “*ficar mais atento e decidir melhor*”, o que permitiu ir abrindo a possibilidade de mudança no dia-a-dia e para a inclusão de outras visões alternativas para o problema. Frequentemente o utente manifestou a sua desconfiança relativamente a esta abordagem terapêutica sendo utilizado “*o que tem a perder se tentar?*” como frase recorrente e eficaz para eliminar resistências.

As sessões decorreram entre 60 e 90 minutos. O utente podia trazer o seu computador para a sessão, sendo também utilizado o computador da terapeuta quando necessário, além de outro material conforme a tarefa. No Anexo F são dados exemplos de tarefas de forma sucinta que correspondem à execução de atividades, as quais são apenas designadas em termos numéricos no Anexo G (não descritas pormenorizadamente dada a sua extensão). A gestão do tempo foi flexível, tendo em conta as possibilidades criativas de cada sessão, sendo importante dar tempo aos conteúdos trazidos em cada sessão. De um modo geral, a primeira metade da sessão foi destinada à intervenção mais centrada em técnicas do modelo cognitivo-comportamental, conforme explicitado no Quadro 3.4.

Quadro 3.4.

*Estrutura das sessões de intervenção*

Psicoterapia integrativa	
Intervenção inicial (30-45')	Reabilitação neuropsicológica (30-45')
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da situação atual e percurso desde última consulta</li> <li>• Abordagem à problemática do uso de cocaína (consumos, cognições associadas, estratégias utilizadas)</li> <li>• Reestruturação cognitiva</li> <li>• Reforço de narrativas adaptadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão das tarefas para casa</li> <li>• Abordagem de dificuldades e resultados</li> <li>• Treino em sessão</li> <li>• Prescrição de atividades</li> <li>• Reforço de narrativas adaptadas</li> </ul>

A primeira metade das sessões visou:

1. Compreender a origem dos esquemas de Defeito/Vergonha e Isolamento Social/Alienação
2. Compreender as vulnerabilidades associadas ao início dos consumos de drogas e comportamento desviante e análise funcional do uso de substâncias
3. Compreender as crenças associadas e distorções cognitivas que mantêm as dificuldades
4. Identificar pensamentos automáticos negativos, emoções e comportamentos associados ao uso de substâncias e à ativação esquemática (que ocorrem na sessão e no exterior)
5. Reestruturação cognitiva (através do debate e desafio de crenças disfuncionais, resignificação)

Esta abordagem, como descrito no capítulo 2, é realizada com recurso a estratégias cognitivas (e.g. identificar distorções cognitivas, modificar pensamentos disfuncionais), emocionais/experienciais (ativação do esquema através do diálogo, reestruturação das memórias da infância, reatribuição de significado às memórias traumáticas, dar nome à experiência emocional), comportamentais (automonitorização, psicoeducação em relação ao sono, ensaio de padrões de comportamento mais funcionais, treino de assertividade) e interpessoais (ênfase na relação terapêutica).

O foco nos consumos passa pela identificação de estímulos ativadores do *craving*, de crenças antecipatórias e orientadas para o alívio e de crenças facilitadoras dos consumos (e.g. merecimento – “*é o prémio da semana*”; justificação – “*só uma vez por semana não é grave*”). Esta identificação constitui o ponto de partida para o desenvolvimento de crenças de controlo (alternativas), análise de vantagens e desvantagens e planeamento de atividades nos dias de risco.

A aplicação de estratégias de controlo de estímulo, exposição e manejo de contingências, visam consolidar a transição para os estádios de Ação e Manutenção (Modelo Transteórico). Destas estratégias fazem parte o treino individualizado de reconhecimento e *coping* com o *craving*, a gestão dos pensamentos relacionados com o uso de substâncias, estratégias de resolução de problemas, planeamento de manejo de situações de risco e treino de competências sociais. Além disso, a identificação de situações de alto-risco e o encorajamento da aplicação no dia-a-dia do que é discutido nas sessões fazem também parte do plano de tratamento.

O pensamento sistémico e a metodologia e estratégias das terapias narrativas como a externalização e o enquadramento discursivo do problema, que conceptualmente se aproximam das técnicas experienciais e interpessoais da TCC, estão presentes nas sessões terapêuticas definindo a tonalidade discursiva. A ampliação dos momentos de inovação e antecipação do futuro livre do problema é sistematicamente integrada nas sessões, na fase de reconstrução narrativa.

Tendo em conta os resultados da avaliação, a reabilitação incidiu genericamente na consciência do défice, no funcionamento executivo e no controlo do comportamento. Os objetivos da reabilitação foram os seguintes:

1. Aumentar a consciência dos défices e o seu impacto na vida diária (consciência do problema)
  - a. Salientar a importância das FE na coordenação dos processos cognitivos e do comportamento

2. Melhorar os níveis atencionais e a persistência nas tarefas
3. Aumentar a eficácia das estratégias mnésicas
4. Aumentar o rendimento ao nível da memória de trabalho
5. Melhorar o rendimento em planeamento e inibição: diminuir comportamentos impulsivos
  - a. Treino das FE com foco na impulsividade – treino e reforço da planificação, pensar em alternativas e comprovação e verificação das respostas, busca de informação relevante para a concretização de objetivos
6. Aumentar o rendimento em tarefas que apelam à flexibilidade cognitiva
  - a. Treino das FE com foco na variação das condições e regras
  - b. Ajustar expectativas relativamente ao seu desempenho em cada exercício

O programa de reabilitação modelo é constituído por 72 sessões (Anexo G) de cerca de 45 minutos/cada, com periodicidade de duas vezes por semana (1 ano no total), focadas em cada objetivo. Este plano contempla a prescrição de atividades para casa, no sentido da consolidação das aprendizagens e a sua generalização. Neste programa original, em cada 3 meses aproximadamente, havia um momento de avaliação dos progressos da intervenção, em que seriam realizadas provas diferentes da avaliação inicial, mas com foco na mesma função (ex.: memorizar lista de 15 palavras diferentes da prova RAVLT). Tendo em conta os resultados destas avaliações intermédias seriam realizados ajustes no plano inicial. No final da intervenção seriam repetidas as provas da bateria inicial (cerca de 5-7 sessões de reavaliação global).

Todavia, o plano definido com M. implicou a realização da maioria das sessões em casa, uma vez que as consultas tiveram periodicidade quinzenal. O treino dos exercícios, a monitorização dos resultados e a prescrição das tarefas para casa foram realizados na consulta. Num primeiro momento (cerca de 10 minutos) houve espaço para discussão do treino realizado na sessão anterior e curso das tarefas em casa.

Todas as sessões de reabilitação tiveram sempre em conta os seguintes elementos:

- Flexibilidade do plano inicial
- Estratégias de correção e autorreforço
- Incentivar o utente a “falar alto” nas sessões
- Treino de autoinstruções
- Só aumentar a complexidade após o sucesso

- Ter atenção aos efeitos da ansiedade
- Foco no desempenho funcional – o que se pretende alcançar com as intervenções (ligação entre a função e o impacto no quotidiano)
- Graduar a complexidade das tarefas
- Dividir a tarefa em diferentes componentes
- Dar instruções claras
- Dar atenção à generalização das aprendizagens (intervenção ecológica)

Cada tarefa (ex.: repetir lista de números) foi expressa em exercícios (ex.: aumentar o número de itens memorizados). Tendo em conta o interesse do utente por computadores, muitos dos exercícios foram realizados com suporte informático. Foram prescritas atividades para casa, que incluíram informação sobre *sites* nos quais podia treinar os exercícios da consulta, com grau de dificuldade crescente.

Idealmente, considera-se indicada a aplicação do plano de reabilitação em consulta, 2 vezes/semana, o que, porém, se verificou ser impraticável. Apesar das limitações inerentes à impossibilidade de vinda às consultas semanalmente, supôs-se ter sido útil realizar esta intervenção, mesmo longe das condições ideais. Acordou-se com o utente que poderia contactar telefonicamente a terapeuta sempre que necessário.

### **3.6.2. Curso e resultados da terapia**

A intervenção centrada no modelo descrito decorreu durante um ano e meio (20 sessões presenciais e contatos telefónicos ocasionais entre sessões). Inicialmente a intervenção focou-se no estabelecimento da aliança terapêutica, com a construção do projeto terapêutico. A dificuldade imposta por uma narrativa saturada relacionada com a ineficácia dos tratamentos “*só com conversa*” e as características pessoais do utente como o interesse pela aprendizagem e gosto por computadores, criaram o contexto para a proposta de avaliação.

Três meses após o início do acompanhamento foi realizada a avaliação psicológica e neuropsicológica, que decorreu em quatro sessões (sendo parte delas destinadas à abordagem breve da sua situação atual e eventos significativos, bem como a monitorização de consumos). A devolução dos dados da avaliação, a proposta de plano

de intervenção e o seu racional foram realizados em duas sessões, conforme descrito no ponto anterior.

A partir desse momento deu-se início à intervenção de acordo como o modelo explicitado, acompanhamento que decorreu de forma regular, durante cerca de 1 ano, com periodicidade quinzenal, na maioria dos meses. Houve alturas que por dificuldades laborais não foi possível a regularidade acordada inicialmente. Ainda assim, em contactos telefónicos, foi possível monitorizar o percurso do utente e relembrar os conteúdos abordados em consulta. A aceitação das particularidades do caso implicou a flexibilização das modalidades de intervenção e facilitou o envolvimento do utente nas propostas.

Salienta-se ainda a importância do cuidado inicial em não reforçar excessivamente o utente ou as suas competências, uma vez identificado o esquema de Defeito. A valorização, por ser incongruente com o esquema, poderia gerar rejeição ou desconfiança. A valorização ia sendo mediada, muitas vezes, pelo seu desempenho nos exercícios, dando assim lugar a uma visão mais positiva de si.

No mês seguinte ao início do treino cognitivo verificou-se uma diminuição da frequência dos consumos de cocaína. Pela primeira vez, desde há anos, esteve abstinente 1 mês. Este aspeto pode dever-se a fatores relacionados com a possibilidade de mudança narrativa (e.g. ser possível agir sobre o problema) e com um aumento da consciência dos défices. A avaliação da adequação da terapia e da responsividade de M. foi feita de forma contínua ao longo do acompanhamento, através da monitorização do seu desempenho nos exercícios propostos, frequência dos consumos e relatos do próprio. O utente trazia o seu computador e era discutido o que fizera em casa.

Oito meses após a intervenção integrativa a percentagem de consumos reduziu-se em cerca de 65%, comparativamente com o ano anterior. Neste momento foi realizada reavaliação do estado de humor e ansiedade (repetição de escalas anteriores: HADS – Ans.6, Dep.3; BDI-II - 9): ambas indicando ausência de ansiedade ou depressão. O Questionário de Esquemas de Young (QEY) apresentou uma redução significativa no que se refere ao esquema de Defeito/Vergonha (apenas dois itens pontuavam 4), mas não tão significativa no de Isolamento Social/Alienação (ausência de pontuação 6, mas persistência de três valores 5). Os resultados do QEY indicavam a necessidade de focar a intervenção no isolamento e promover um maior envolvimento em situações sociais, dificuldade que se manteve até ao final da intervenção.

O treino cognitivo e a reavaliação informal realizada na consulta (listas de palavras, provas de fluência, provas de planeamento e de memória de trabalho) davam

conta da melhoria, com diminuição significativa do comportamento impulsivo e aumento da capacidade de evocação e fluência.

Ao longo do primeiro ano de acompanhamento, os relatos do utente iam também dando conta da redução do comportamento impulsivo (melhoria do controlo inibitório) e redução do *craving*. As queixas relativas ao mau desempenho laboral foram diminuindo, o que poderia indicar uma melhoria do funcionamento executivo em geral, nomeadamente ao nível da memória de trabalho.

A análise das vantagens e desvantagens parece ter sido uma técnica particularmente útil, sendo a estratégia mais frequentemente utilizada pelo utente nas situações de risco. A melhoria dos processos atencionais poderá estar relacionado com a capacidade de conseguir pôr em prática em situações de vida real esta estratégia de tomada de decisão. A melhoria da flexibilidade cognitiva manifestou-se nas sessões na diminuição da rigidez quando eram abordadas crenças relacionadas com os esquemas cognitivos ativados e na capacidade de evocar leituras alternativas e identificar resultados únicos no presente (e.g. ter conseguido evitar situação de risco, ter conseguido retomar projetos antigos entretanto abandonados) e no passado (e.g. escolhas adequadas que realizou, experiências de aceitação social).

M. foi ainda incentivado ao planeamento de atividades no dia de risco de consumo, de forma a promover alternativas (e.g. marcar uma atividade nesse dia com alguém, envolver-se numa atividade gratificante). A exposição a pistas e contextos relacionados com consumos (e.g. passar na rua habitual) foi planeada no sentido de extinguir a resposta fisiológica associada, na base do aumento do *craving*. O racional da ativação fisiológica foi apresentado em consulta.

A reestruturação cognitiva permitiu modificar pensamentos automáticos como *“tenho o cérebro frito, já não há nada a fazer”* para pensamentos alternativos como *“é possível treinar as minhas capacidades e fazer as coisas melhor”*, ou *“estraguei as oportunidades da minha vida”* para *“posso melhorar a minha vida com o que aprendi”*, como se verificou numa consulta após 6 meses de acompanhamento. Foi possível abordar eventos de vida significativos ao longo das sessões, facilitando a verbalização das emoções associadas. A exploração destes episódios permitiu tornar consciente a origem da emoção ansiosa, aumentando a deliberação consciente (e.g. *“Fale-me da primeira vez que sentiu essa emoção”*). O uso da linguagem externalizadora (e.g. *“o que é que a cocaína o faz fazer?”*, *“que armadilhas é que ela lhe pôs no caminho estas semanas?”*, *“o que é que o medo de falhar lhe está a dizer para fazer neste momento?”*) e a

identificação constante das distorções cognitivas presentes na consulta (e.g. “*ou 8 ou 80!*”) facilitaram a mudança discursiva do utente, separando o problema da sua identidade.

A aliança terapêutica, enquanto processo em co-construção, pode ter sido consolidada pelos resultados que foram surgindo ao longo a terapia, reforçando a crença de ser possível a mudança.

Ocasionalmente, verificava-se um evitamento ativo das componentes emocionais associadas ao que era verbalizado, momentos em que se evidenciava uma maior inibição e diminuição da participação na consulta, bem como uma desvalorização da psicoterapia (“*só vim buscar a receita*”). Estes momentos eram interpretados na sessão à luz do racional da manutenção dos esquemas, aceites como fazendo parte do ritmo de mudança e como oportunidade de rever a intervenção terapêutica. Esta abordagem não diretiva, compreensiva motivou, algumas vezes, a não aceitação e justificação imediata (resistência) do que era devolvido pela terapeuta (“*É que estou mesmo com pressa!*”). No entanto, na sessão seguinte notava-se um maior investimento na sessão, o que poderia indicar o contributo determinante desta intervenção para a flexibilização de crenças disfuncionais e o conseguir estar em relação fora dos padrões habituais (evitamentos).

Manteve a resistência em diminuir a medicação para insónia, não obstante a melhoria da mesma.

Ao longo do acompanhamento eram frequentemente feitas alusões à atividade de mecânico, sobretudo, metaforizando o impacto da disfunção executiva ou o seu percurso como “um carro com o travão avariado”. A inclusão de referências da vida real retirou algum formalismo (muitas vezes usado defensivamente pelo utente), sobretudo, nas sessões de reabilitação.

Foi planeada a realização de uma avaliação formal após um ano de intervenção (repetição da maioria das provas), o que não ocorreu e que se considera que teria sido pertinente para avaliar de forma rigorosa o impacto da intervenção, além dos elementos já referidos. Não obstante, os relatos de melhoria do bem-estar geral e da funcionalidade diária pelo utente e diminuição dos consumos, parecem ser bons indicadores do impacto da intervenção. A extinção dos consumos, objetivo proposto pelo utente um ano depois do início da intervenção, fazia parte do projeto quando o acompanhamento foi interrompido (mudança de serviço por parte da terapeuta).

O plano de reabilitação foi desenhado caso houvesse as condições ideais de sessões bissemanais. Em cada sessão de terapia foram seleccionadas as atividades para

casa que correspondiam às sessões seguintes do plano. Algumas sessões foram eliminadas ou ajustadas, mas, no geral, os objetivos foram cumpridos: abordados a consciência do déficit, a atenção, a memória e a FE. M. esteve, de um modo geral, motivado para a intervenção. A sua curiosidade intelectual foi superando os seus receios de ter um mau desempenho, que muito afetava a sua autoestima.

O utente teve conhecimento da saída da terapeuta um mês antes do encerramento do processo. Na última consulta refere ter consumido nas últimas 2 semanas, situação que foi discutida. Nesta altura pensou-se ter havido uma reativação da perceção de rejeição, gerida com recurso ao consumo. Foi realizada uma revisão do processo terapêutico. O utente foi incentivado a dar continuidade ao treino realizado, passando a ser seguido por outro terapeuta.

#### 4. DISCUSSÃO CRÍTICA DA METODOLOGIA E DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

O impacto da terapia foi sendo aferido através de medidas quantitativas e qualitativas.

Os resultados da HADS, BDI-II e QEY após 8 meses do início das sessões de acordo com o modelo integrativo dão indicação clara da melhoria, também verbalizada pelo utente. A medida objetiva do controlo dos metabolitos na urina evidencia a redução dos consumos concomitante ao curso da terapia, o que não acontecera quando a intervenção se baseava apenas na intervenção cognitivo-comportamental. Além disso, o comportamento observável aquando da execução de provas de planeamento revelava uma diminuição do comportamento impulsivo e de desistência (baixa tolerância à frustração), bem como a maior capacidade de evocar leituras alternativas acerca de si e do problema designado (dependência de cocaína).

Em 2016, dois anos após o final da terapia foi possível voltar a entrevistar o utente. Pretendia-se com este momento conhecer a sua situação atual, aferir a narrativa associada ao acompanhamento e propor a inclusão do seu caso como exemplo de intervenção integrativa no Relatório de Atividade Profissional. O utente mantém-se em acompanhamento, com consumos de cocaína ocasionais (média 3 vezes por mês). Relata a manutenção, menos frequente que em 2012, de “esquecimentos”, mas que já associa de forma clara ao impacto cognitivo desses consumos. Reconhece ainda as alterações do humor decorrentes dos consumos e não como algo “estável” ao nível de personalidade.

Comparativamente ao final da terapia (2014), o utente refere verificar-se:

- Persistência de ansiedade que gere com recurso a medicação;
- Redução do poder atribuído à medicação na resolução dos sintomas (“*Se me lembrar que não tomei a medicação, sinto-me mal (...) mas talvez um placebo fizesse o mesmo!*”);
- Mantém o treino cognitivo ocasional reconhecendo os benefícios do mesmo ao nível da *concentração*;
- Persiste a narrativa saturada do “prémio da semana” (recompensa) mas que surge temporalmente situada “*Ainda não foi o momento de parar porque ainda não decidi*”;

- Manutenção dos ganhos ao nível da frequência dos consumos (final do acompanhamento).

O utente mantém, deste modo, a possibilidade da abstinência num tempo futuro, evidência do abandono da inevitabilidade do problema.

A decisão de propor ao utente um estudo de caso retrospectivo foi pensada de acordo com as questões éticas que esta modalidade pode levantar. Tendo em consideração o perfil do utente e as condições de elaboração do estudo de caso, houve o cuidado de clarificar os objetivos do mesmo. O utente conclui: “*Tudo o que servir para ajudar as outras pessoas com o mesmo problema que eu..., acho que vale a pena!*”. Considero que este momento constituiu uma hipótese de reforçar os ganhos terapêuticos ao nível de uma visão diferente de si, validando-a socialmente, além de evidenciar a importância da relação terapêutica que, de algum modo se mantém, caracterizada pela confiança e respeito mútuo.

Relativamente ao acompanhamento realizado dois anos antes, o utente recorda o papel dos exercícios, o que constituiu uma mudança narrativa em relação ao que pode ser o acompanhamento psicológico. A possibilidade de agir sobre o problema e, assim, decidir sobre o seu curso parece ter sido o principal ganho terapêutico, segundo o utente.

Os planos de tratamento podem ter como base construtos como o diagnóstico, os sintomas específicos, o estágio motivacional, o perfil de personalidade, o perfil neuropsicológico, etc. A proposta apresentada pretendeu integrar estes construtos, que são fruto de uma linguagem comum contextualmente localizada, e focar a interrelação entre os mesmos. Neste sentido, a proposta de intervenção baseou-se em métodos que decorrem dessa interrelação.

O ponto de partida para a proposta de tratamento, segundo o modelo integrativo, surge do reconhecimento da interrelação entre a diminuição dos consumos, a melhoria do rendimento cognitivo e as características da relação terapêutica. A proposta terapêutica apresentada ao utente abriu caminho para a construção de uma nova narrativa sobre a psicoterapia, sobre si e sobre o problema.

O treino cognitivo possibilitou a verificação da possibilidade de *agir sobre o problema* (pela melhoria do desempenho), ideia expressa no racional apresentado, e constituiu, por si só, um instrumento para o debate de crenças disfuncionais que se iam ativando aquando da realização dos exercícios. A melhoria do funcionamento executivo facilitou o acesso a cognições alternativas, base da reestruturação cognitiva, as quais

incrementaram a adesão ao processo de reabilitação neuropsicológica e a estratégias de diminuição dos consumos, e a sua continuidade pós-terapia.

Constitui-se deste modo, a perspetiva de unidade teórica, de interrelação entre os elementos conceptuais de cada modelo, da qual resulta a articulação entre diversos métodos e técnicas de forma coerente, salientando os benefícios do diálogo entre os mesmos.

Neste sentido, a psicoterapia pode ser equacionada como a unidade decorrente da integração de múltiplas visões da psicopatologia e do tratamento. O treino cognitivo, enquanto conjunto de exercícios, tem de ter subjacente à sua aplicação a mesma atitude terapêutica que é aplicada a qualquer outra técnica. Esta atitude constitui os alicerces de toda a construção terapêutica, evidente nos pressupostos gerais da intervenção psicológica (conforme Quadro 3.3).

A presente discussão evoca a questão frequentemente colocada aos terapeutas em comportamentos aditivos: “*Tens casos de sucesso?*”, o que põe em evidência a dificuldade de definir critérios de sucesso. Subjacente a esta questão surge a narrativa do sucesso associado à abstinência total. Outra perspetiva complementar a esta passa por considerar sucesso a abstinência total “para toda a vida”. A experiência vivida em terapia de comportamentos aditivos resulta no reconhecimento das especificidades de cada caso e da dificuldade em enunciar critérios de sucesso gerais para grupos ou para tipos de dependência, o que dá conta da complexidade do que é solicitado quando se define um plano de intervenção.

A intervenção com a população com perturbação por uso de substâncias é frequentemente marcada pelo confronto com a incapacidade do indivíduo em manter a abstinência. Apesar dessa crença, também presente no discurso social, sabe-se que as taxas de recaída serão semelhantes às de outras doenças crónicas (Volkow et al., 2003). Não obstante, estudos de eficácia de intervenção associados a critérios de abstinência são de valorizar, por apresentarem orientações úteis para o ajuste dos projetos terapêuticos.

Muitas vezes, a melhoria do humor e o aumento da funcionalidade (e.g. inserção profissional, responder a tarefas de gestão da vida familiar) podem constituir vias para chegar à abstinência e constituírem, por si só, critérios de sucesso. Neste caso, defendo que a diminuição da perturbação do humor, a melhoria ao nível laboral e o resignificação do ser “toxicodependente” podem ter constituído ganhos significativos. Os “pequenos” avanços podem ser degraus de “sucesso”.

Como pretendi demonstrar no enquadramento teórico, através de revisão bibliográfica, a terapia sistémica e a cognitiva são particularmente integrativas, denotando nos seus desenvolvimentos uma tendência construtivista que se pode constituir como uma metateoria facilitadora da convergência transteórica, tal como defende Mahoney (1991, 2003).

A postura demasiado crítica, característica geralmente atribuída à abordagem pós-moderna, em que objetividade não é possível, pode colocar questões relativamente ao saber o que funciona na terapia (McLeod, 2010). No entanto, mais do que salientar a natureza subjetiva do conhecimento, o principal contributo do construcionismo social é colocar a ênfase no material comum de cada cultura (Bager-Charleson, 2014), a partir do qual se constroem identidades e relações. Neste sentido, as teorias acerca do funcionamento humano, as categorias diagnósticas e os métodos de recolha de informação e intervenção, como a avaliação psicológica, fazem parte deste material comum. A perspetiva da mente enquanto “máquina” de processamento de informação e os comportamentos aditivos enquanto doença cerebral são narrativas contextualmente situadas, geradas para dar coerência aos eventos. Do mesmo modo, a avaliação psicológica não constitui uma forma de medir realidades, mas de dar uma coerência ao que se observa, aceder a uma linguagem comum entre observadores, enquadrada culturalmente.

O caso de M. é bem representativo da construção identitária através de uma narrativa veiculada socialmente, a qual atribui coerência aos comportamentos associados ao “ser toxicodependente”: “faz isto porque é toxicodependente e é toxicodependente porque faz isto”. A relação terapêutica, contexto de “negociação” de novos significados, possibilitou o acesso a novas experiências (e.g. aceitação das estratégias terapêuticas) e facilitou uma nova construção identitária, mais livre de determinismos.

As abordagens baseadas no pós-modernismo não se organizam em pressupostos de verdade sobre as causas dos problemas e da mudança, pelo que não tornam exclusivas as teorias e conceitos associados. A criatividade e diversidade do comportamento humano tem de ser acompanhada pela criatividade terapêutica. O olhar sistémico que defendo como base da terapia surge como unificador: reunir para compreender, reunir para construir pontes entre diferentes sistemas compreensivos, em que o todo é mais que a soma das partes.

A epistemologia pós-moderna defende pressupostos posteriormente confirmados pela investigação acerca da importância das relações colaborativas e da aliança

terapêutica, como expresso nas terapias narrativas e na importância da avaliação da responsividade do utente às técnicas utilizadas. A experiência clínica tem evidenciado as dificuldades de aplicabilidade dos protocolos rígidos. Mais do que compromisso a um modelo, defendo uma abordagem terapêutica que, baseada na intervenção individualizada, integra pressupostos teóricos e métodos empiricamente validados para ir ao encontro às necessidades dos clientes. A integração permite, assim, caminhar para uma resposta mais eficaz.

Como referem Salas, Martínez e Morales (2011), os estudos de caso não confirmam hipóteses, mas sugerem direções para estudos posteriores. Este estudo, além de ilustrativo, pretendeu constituir-se como exploratório e apontar, por exemplo, para a realização de um estudo de múltiplos casos (Yin, 2009), com a aplicação de protocolos de TCC combinado com reabilitação neuropsicológica. Este desenho pretende a replicação lógica dos resultados, repetindo o mesmo estudo em casos diferentes para obter mais provas e melhorar a validade externa da investigação.

A forma como foi explorado o caso pretendeu abrir caminho à reflexão conjunta sobre formas alternativas de intervir, a sua aplicabilidade em casos “semelhantes”, não obstante a não pretensão de estabelecer generalizações.

O estudo apresentado tem algumas limitações. A metodologia de intervenção levanta algumas questões relativamente à sua aplicabilidade. O protocolo de avaliação é extenso e o plano de reabilitação é difícil de cumprir, uma vez que a sua execução tem de ser frequentemente realizada noutros contextos, além da consulta.

Uma das principais limitações foi a não repetição da avaliação das funções (provas neuropsicológicas), sobretudo as que apresentavam alterações, o que poderia ter dado conta de forma mais clara e rigorosa das vantagens da intervenção. A dificuldade em manter a regularidade da vinda às consultas evidencia a influência das variáveis contextuais no curso da terapia, como é frequente observarmos na prática clínica. Este aspeto constituiu outra limitação à execução do plano de intervenção eventualmente mais eficaz, nomeadamente no cumprimento rigoroso das indicações do treino cognitivo.

Além disso, poderia ter sido utilizada uma bateria de avaliação já testada e um plano de reabilitação específico, o que permitiria comparar com outros estudos e assegurar a validade dos protocolos.

O Relatório de Atividade Profissional pretendeu contribuir, acima de tudo, para o debate em torno de questões críticas sobre teoria e prática e sobre a coexistência da evidência baseada na prática e da prática baseada na evidência. Sendo o presente

documento um relatório de atividade profissional, pareceu oportuno escolher o primeiro caso que, no contexto profissional, permitiu colocar em prática uma perspectiva integrativa mais ampla.

Considera-se que se demonstrou ser possível abordar uma das críticas mais frequentes à abordagem pós-moderna, a qual se refere à falha em apresentar soluções tangíveis que possam melhorar o serviço prestado a quem procura ajuda.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 5.1. Análise crítica do percurso profissional

*As teorias passam. A rã fica.  
(Jean Rostand)*

A minha atividade profissional tem sido marcada pela necessidade de introduzir uma ordem no que observo, de construir uma narrativa simultaneamente coerente e complexa, que dê conta da diversidade da experiência.

Na atividade clínica sou confrontada com a produção de histórias totalitárias, que não permitem integrar a riqueza proporcionada pelas experiências de vida e que moldam a visão que a pessoa tem de si, da sua própria identidade rotulada, muitas vezes, como patológica (“falha de caráter”, “incapacidade”, “fraqueza”, etc.). Estas histórias saturadas estão presentes no discurso dos utentes, nos técnicos e nas instituições. Como Liese e Franz (1996) referem, a relação colaborativa no tratamento do abuso de substâncias reforça a importância dos técnicos reconhecerem que os utentes podem ativar as suas (dos técnicos) próprias crenças disfuncionais, utilizando distorções cognitivas como a sobregeneralização (“Os toxicodependentes são todos iguais.”), rotulação (“Este é um típico toxicodependente.”) ou a leitura da mente (“Este utente deve achar que me engana.”).

Outras histórias totalitárias que observo frequentemente relacionam-se com a necessidade de ser fiel a um modelo teórico exclusivo (caso contrário, tudo é “manta de retalhos”), a uma metodologia de investigação psicométrica ou a protocolos rígidos de intervenção. O descontentamento com estas narrativas vigentes tem motivado novos projetos profissionais.

Atualmente, vivemos a época do “neurocentrismo”. Considero que os principais contributos das neurociências passaram pela devolução aos indivíduos de grandes possibilidades de resignificação das patologias através de uma compreensão isenta de moralismos e geradora de estratégias efetivas de mudança, como é o exemplo da reabilitação neuropsicológica. No entanto, corre-se o risco de diminuir a complexidade humana à qualidade do funcionamento de um órgão, o que certamente é muito restritivo.

A dificuldade na defesa da perspectiva integrativa teórica é gerada pela resistência em mudar narrativas vigentes associadas ao *fundamentalismo* teórico e às escolas psicoterapêuticas, narrativas socialmente legitimadas. O presente relatório pretendeu ilustrar a minha, por vezes, inquietante postura de questionar as *realidades estabelecidas*, decorrente das crises geradas pela *saturação narrativa*. Considero que negar a possibilidade e a compatibilidade integrativa dos vários modelos na ação terapêutica é o mesmo que negar a especificidade e originalidade de cada indivíduo.

Uma das principais aprendizagens que realizei neste percurso decorre da aceitação de que um terapeuta é apenas uma pessoa situada profissionalmente no curso de vida do utente, num complexo espaço ecológico, com múltiplas influências. Daí a importância do reconhecimento dos seus limites e o abandono de posições de “perito”.

A investigação baseada na prática torna imperativa a consciência dos contextos pessoais, sociais e culturais do investigador e o impacto destes na leitura das situações, o que é inerente à prática reflexiva.

A opção de realizar este Relatório foi baseada na necessidade de refletir sobre a coerência da intervenção e incentivada pelas possibilidades de criar um contexto dialógico de partilha e obtenção de *feedback*, que abra caminho para a etapa seguinte.

## **5.2. O potencial criativo da narrativa integrativa: projetos**

De acordo com Maturana e Varela (1992), quando estamos numa posição de observadores de nós mesmos, determinamos o que queremos observar. Consciente deste processo, a narrativa apresentada pretendeu estruturar acontecimentos de modo a demonstrar a sua conexão e coerência (dimensão de totalidade), bem como a sua direção no tempo (dimensão temporalidade). Neste sentido, a abordagem integrativa afigurou-se como sendo a mais ajustada à narrativa criada, que decorreu da formação realizada e dos ensinamentos da prática clínica.

Realizada esta análise, certamente, novos desafios são colocados. Na atualidade tenho desenvolvido particular interesse em intervenções de reabilitação neuropsicológica em grupo. Esta modalidade é coerente com a perspectiva pragmática por dar resposta à necessidade em rentabilizar recursos nos serviços públicos e facilitar o acesso dos utentes a outras modalidades de intervenção, concomitantes e integradas com as psicoterapias “tradicionais”. Além disso, o grupo pode potenciar a validação social que é necessária

para a mudança e o desenvolvimento de competências relacionais. O aparato lúdico dos exercícios de reabilitação pode ser particularmente estimulante, motivador e eliminar resistências. Como projeto, pretendo realizar formação específica nesta área e obter supervisão técnica de profissionais com experiência no desenvolvimento deste tipo de projetos.

Outra área de particular interesse relaciona-se com o envelhecimento da população. A relação entre processos demenciais e consumo de substâncias gera, inevitavelmente, a necessidade de ajustar o foco e as modalidades de intervenção.

A perspectiva integrativa favorece a ocorrência de múltiplas possibilidades de formação e projetos, ampliando as possibilidades criativas do trabalho psicoterapêutico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, H. (2005, December). Myths about “not-knowing.” *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00074.x>
- Andrade, S.L. (2008). Vida Prática e Reabilitação neuropsicológica. In D. Fuentes (Ed.), *Neuropsicologia teoria e prática* (pp. 381-398). Porto Alegre: Artmed.
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias. Tempo, caos e processo*. Lisboa: Climepsi.
- Badiani, A., Belin, D., Epstein, D., Calu, D. & Shaham, Y. (2011). Opiate versus psychostimulant addiction: the differences do matter. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 685-700.
- Bager-Charleson, S. (2014). *Doing Practice-based Research in Therapy: A Reflexive Approach*. London: Sage.
- Barry, D. & Petry, N.M. (2009). Cognitive Behavioral Treatments for Substance Use Disorders. In P.M. Miller (Ed.), *Evidence-based addiction treatment*. (pp.159-174). New York: Elsevier.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194–198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194>
- Beck, A. T. (2005). The Current State of Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953–959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.P. & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Beck, J.S., Liese, B.S. & Navajits, L.M. (2016). Cognitive therapy. A.H. Mack, K.T. Brady, S.I. Miller & R.J. Frances (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. (4th Ed.) (pp.563-587). New York: The Guilford Press.
- Brown, G.G., Jacobs, J. & McKenna, B. (2016). Structural imaging for addiction medicine: from neurostructure to neuroplasticity. In H. Ekhtiari & M. Paulus (Eds.). *Neuroscience for addiction medicine: from prevention to rehabilitation – methods and interventions*, (pp. 106-128). Elsevier BV. [https://books.google.pt/books/about/Neuroscience\\_for\\_Addiction\\_Medicine\\_From.html?id=JTVOBQAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.pt/books/about/Neuroscience_for_Addiction_Medicine_From.html?id=JTVOBQAAQBAJ&redir_esc=y)
- Caillé, P. & Rey, Y. (2003). *Os objectos flutuantes. À redescoberta da relação de ajuda*. Lisboa: Climepsi.
- Callegaro, M.M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 09-20. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100002&lng=pt&tlng=pt](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100002&lng=pt&tlng=pt).
- Campos, V. S. (2012). Análisis del Discurso y Psicología: A veinte años de la revolución discursiva 1, 21, 185–208.
- Carroll, K. (1998). *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction*. NIDA.
- Castellanos, N.P., Paúl, N., Ordóñez, V.E., Demuyneck, O., Bajo, R., Campo,... Maestú, F. (2010). Reorganization of functional connectivity as a correlate of cognitive recovery in acquired brain injury. *Brain*, 133; 2365 – 2381.
- Charchat-Fichman, H., Fernandes, C., & Landeira-Fernandez, J. (2012). Psicoterapia neurocognitivo-comportamental: uma interface entre psicologia e neurociência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 40-46. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872012000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872012000100006&lng=pt&tlng=pt).
- Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2012). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Dattilio, F.M., Edwards, D.J. & Fishman, D.B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy theory, research, practice, training*, 47 (4), 427-441.
- DeAngelis, T. (2005, março). Shaping evidence-based practice, *APA Monitor* <http://www.apa.org/monitor/mar05/shaping.aspx>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012, November). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Duarte, A.L.C., Nunes, M.L.T. & Kristensen, C.H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista brasileira de terapias cognitivas*.4(1). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872008000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100004&lng=pt&tlng=pt)

- Feixas, G. & Botella, L. (2004). Psychotherapy integration: reflections and contributions from a constructivist epistemology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(2), 192–222. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.2.192>
- Fishman, D.B. (2005). Editor's introduction to PCSP – From single case to database: a new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1 (1), 1-50. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gameiro, J. (1994). *Quem sai aos seus...* Porto: Edições Afrontamento.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (1996). Social psychology as social construction: The emerging vision. In C. McGarty & A. Haslam (Eds.), *The Message of Social Psychology: Perspectives on Mind in Society* (pp. 113–128). Oxford: Blackweel.
- Goldfried, M. R. & Safran, J. D. (1986). Future directions in psychotherapy integration. In J. C. Norcross, (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, (pp. 463-483). New York: Brunner/Mazel.
- Goldstein, R.Z. & Volkow, N.D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 652-669.
- Gonçalves, M.M. & Henriques, M.R. (2005). *Terapia narrativa da ansiedade: manual terapêutico para crianças e adolescentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, M.M. (2008). *Terapia narrativa de re-autoria: O encontro de Bateson, Bruner e Foucault*. Braga: Psiquilíbrios.
- Gonçalves, M.M., Santos, A., Matos, M., Mendes, I. & Martins, C. (2009). Mudança terapêutica e momentos de inovação. *Psicologia*, XXIII (1), 55-78. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v23n1/v23n1a03.pdf>
- Gonçalves, O.F. (2000). *Viver narrativamente. A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Guerra, L.B. (2008). Neurobiologia aplicada à neuropsicologia. In D. Fuentes (Ed.) *Neuropsicologia: teoria e prática*, (pp.20-59). Porto Alegre: Artmed.
- Guidano, V. (1991). *The self in process: toward a post rationalist cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Guterman, J.T. & Rudes, J. (2005). A Narrative Approach to Strategic Eclecticism. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 1-12
- Iglesias, E.B. & Tomás, M. C. (Coords.) (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Personality*,

*psychopathology, and psychotherapy series. Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). San Diego, CA: Academic Press.

- Janeiro, L., Faísca, L. & Miguel, M. (2016). Qualidades Psicométricas da versão portuguesa da SOCRATES 8D numa amostra de heroinodependentes em tratamento. *Revista Iberoamericana de diagnóstico e avaliação psicológica*, 2 (42),177-191.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *The American Psychologist*, 63(3), 146–59. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Keeney, B.P. (1992). *La improvisación en psicoterapia – Guia práctica para estratégias clínicas creativas*. Buenos Aires: Paidós
- Kober, H. (2013). Emotion regulation in substance use disorder. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation (2nd Edition)*, (pp.428-446). New York: The Guilford Press
- Lazarus, A. A. (1986). Multimodal therapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, (pp. 65-93). New York: Brunner/Mazel.
- Lazarus, A.A. & Beutler, L.E. (1993). On Technical Ecletism. *Journal of counseling and development*,71, 381-385. <http://www.counseling.org/docs/david-kaplan's-files/lazarus-a-beutler-l-.pdf?sfvrsn=0>
- Lazarus, A. A. (sd). *Multimodal Therapy: A Primer*. <http://www.zurinstitute.com/multimodaltherapy.html>
- Ledo, I.C., González, H.I.L. & Calzada, Y.P. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapêutico. *Norte de salud mental*, X, (42): 59-66. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3910979.pdf>
- Leshner, A.I. (2005). A toxicoddependência é uma doença do cérebro e isso importa. *Revista Cérebro Toxicodependente*, 1, 7-10
- Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Liese, B. S. & Franz, R.A. (1996). Treating Substance Use Disorders with Cognitive Therapy: Lessons Learned and Implications for the Future. In P.M. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy*, (pp.470-508). New York: The Guilford Press.
- Linden, D.E.J. (2006). How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry*, 11, 528-538. <https://www.nature.com/mp>
- Lizarraga, S. & Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24 (Supl. 2), 43-53. doi:10.1157/13120020
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive Psychotherapy: A Practical Guide*. NY: The Guilford Press.
- Malloy-Diniz, L.F., Sedo, M., Fuentes, D. & Leite, W.B. (2008). Neuropsicologia das funções executivas. In D. Fuentes (Ed.), *Neuropsicologia teoria e prática*, (188-204). Porto Alegre: Artmed.

- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1993). *Prevenção da Recaída - Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In G. A. Marlatt, & D. M. Donovan (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.)*, (pp. 1–44). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A., Bowen, S.W. & Witkiewitz, K. (2009). Relapse prevention: evidence base and future directions. In P.M. Miller (Ed.), *Evidence-based addiction treatment*. (pp.215-232). NY: Elsevier Inc.
- Mateer, C.A. (2006). Introducción a la rehabilitación cognitiva. In J.C.A. Lasprilla (Ed.) *Rehabilitación Neuropsicológica*. (pp1-14). México D.F.: Manual Moderno.
- Maturana, H. & Varela, F. (1992). *The tree of knowledge*. Boston: Shambhala Publications.
- Maturana, H. & Varela, F. (1994). *De máquinas y seres vivos. Autopoiesis – la organización de lo vivo*. Santiago do Chile: Editorial Universitaria.
- McGinn, L. K. & Young., J.E. (2005). Terapia focada nos esquemas. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva*, (pp 162-184). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McLeod, J. (2010). *Case Study research in counselling psychotherapy*. London: Sage.
- McNamara, R., Dalley, J. W., Robbins, T.W., Everitt, B.J. & Belin, D. (2010). Trait-like impulsivity does not predict escalation of heroin self-administration in the rat. *Psychopharmacology*, 212 (4), 453-464.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249213>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 10, 81-89.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H. & Howerter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49–100.  
[http://psy2.ucsd.edu/~dhuber/miyake\\_2000.pdf](http://psy2.ucsd.edu/~dhuber/miyake_2000.pdf)
- Mohlman, J. & Gorman, J.M. (2005). The role of executive functioning in CBT: a pilot study with anxious older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4):447-65.  
doi:10.1016/j.brat.2004.03.007
- Mohlman, J., Cedeno, L.A., Price, R.B., Hekler, E.B., Yan, G.W. & Fishman, D.B. (2008). Deconstructing Demons: The Case of Geoffrey. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 4, 1-39. <https://dx.doi.org/10.14713/pcsp.v4i3.936>
- Muñoz-Céspedes, J. & Tirapú-Ustárroz (2008). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford Press

- Norcross, J.C. & Newman, C.F. (2003). Psychotherapy integration: setting in context. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*, (pp 3-45). Oxford University Press.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2010). Evidence-Based Therapy Relationships. In J.C. Norcross (Ed.). *Evidence-Based Therapy Relationships* [PDF]. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.7645&rep=rep1&type=pdf>
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Organização Mundial de Saúde (2004). Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoactivas – resumo. Genebra.
- Patterson, C. H. (2000). *Understanding Psychotherapy: Fifty Years of Client- Centered Theory and Practice*. UK: PCCS Books.
- Paul, G.L. (1967) Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-119.
- Pedrero-Pérez, E.J., Rojo-Mota, G., Ruiz-Sánchez de León, J.M., Llanero-Luque, M. & Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista Neurología*, 52 (3), 163-172.
- Pena, L. & Oliveira, C.C. (2012). Auto-organização e psicoterapia. *Saúde e Sociedade*, 21 (3), 668-674. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300012>
- Portellano, J.A. (2005). Introducción a la neuropsicología. Madrid: McGraw Hill.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (2), 161-173.
- Relvas, A.P. (1990). *Psicologia e terapia da família. Relatório*. Texto policopiado. FPCE, Universidade de Coimbra.
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rijo, D. M. B. (2009). Esquemas mal-adaptativos precoces: validação do conceito e dos métodos de avaliação (Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra). <http://hdl.handle.net/10316/18486>
- Rosen, H., & Kuehlwein, K. T. (Eds.). (1996). *Constructing realities: Meaning-making perspectives for psychotherapists*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rumelhart, D.E., Hinton, G.E., & McClelland, J.L. (1986). A General Framework for Parallel Distributed Processing. In D.E. Rumelhart, J.M. McClelland & the PDP Research Group (Eds.) *Parallel Distributed Processing: Explorations in the Microstructure of Cognition*, (pp 45-76). Cambridge M.A.: MIT Press. <http://www.cs.utoronto.ca/~hinton/absps/pdp2.pdf>
- Salas, S.A.D., Martínez, V.M.M. & Morales, C.P.M. (2011, febrero-abril). Una Guía para la elaboración de estudios de caso. *Razón y Palabra*, 75, 25. URL: [www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia\\_75/01\\_Diaz\\_V75.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia_75/01_Diaz_V75.pdf)

- Santos, W.M., Lopes, R.F.F. & Neufeld, C.B. (2013, junho). Relação terapêutica e terapia narrativa: entrevista com Miguel Gonçalves. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9 (1), 61-69. doi: 10.5935/1808-5687.20130009
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência e saúde coletiva*, 5 (1), 187-192. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>
- Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230. doi: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1545->
- Sohlberg, M.M. & Mateer, C.A. (2001). *Cognitive rehabilitation – an integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford Press.
- Sorensen, J.L., Hettema, J.E. & Larios, S. (2009). What is evidence-based treatment. In P.M. Miller (Ed.), *Evidence-based addiction treatment*. (pp13-20). Elsevier Inc.
- Tirapu-Ustárroz, J., Muñoz-Céspedes, J.M. & Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista Neurologia*, 34 (7), 673-685.
- Verdejo-Garcia, A. (2006). Tesis doctoral funciones ejecutivas e toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral (Tese de doutoramento, Universidade de Granada). <http://libro.ugr.es/bitstream/10481/901/1/16052882.pdf>
- Volkow, N., Fowler, J.S. & Wang, G-J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*, 111 (10), 1444–1451.
- Volkow, N.D., Fowler, J.S. & Wang, G-J. (2005). O cérebro humano toxicodependente visto à luz da neuroimagem; circuitos cerebrais e estratégias de tratamento. *Revista Cérebro Toxicodependente – Boletim de neurociências cognitivas e neuroimagem na toxicodependência*, 1, 41-51.
- vonBertalanffy, L. (1975). *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Ed. Livros do Brasil.
- Wampold, B.E. (2010). *The basics of psychotherapy. An introduction to theory and practice*. Washington DC: APA.
- Welberg, L. (2011). Addiction: from mechanisms to treatment. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 621. doi:10.1038/nrn3131
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. NY: Norton.
- Wild, T.C. & Wolfe, J. (2009). The clinical course of addiction treatment: the role of nonspecific therapeutic factors. In P.M. Miller (Ed.) *Evidence-based addiction treatment*. (pp21-46). Elsevier Inc.
- Yin, R.K. (2009). *Case study research: design and methods* (4<sup>a</sup> ed). London: Sage Inc.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive Therapy for personality disorders: A shema-focused approach*. Florida: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J.E. & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, Florida: Professional Resources Press.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M. (2003). *Shema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-3. doi:10.3389/fpsyg.2015.02021

# **ANEXOS**

## **Anexo A** **Consentimento informado**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (de acordo com a declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)**

Designação do Estudo: “Perspetiva integrativa: proposta de intervenção no âmbito dos comportamentos aditivos – Relatório de Atividade Profissional”

Enquadramento:

Eu, Sandra Caixeirinho, aluna do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da FCHS da Universidade do Algarve, neste momento, encontro-me a realizar um relatório de atividade profissional no âmbito do mestrado, sob orientação do Professor Doutor Luís Janeiro.

Objetivos do Relatório de Atividade Profissional:

Neste relatório é elaborada uma reflexão sobre os modelos teóricos subjacentes à intervenção na área dos comportamentos aditivos e propõe-se uma perspetiva de intervenção que integra os diversos modelos. O estudo do seu caso insere-se no Relatório e constitui um exemplo da utilidade deste tipo de intervenção.

Condições e Financiamento:

A participação no estudo é voluntária. A não aceitação da participação não apresenta qualquer prejuízo para si ou para o seu tratamento.

A sua colaboração contribui para o desenvolvimento da investigação na área das toxicodependências, não sendo acordado qualquer benefício direto ou indireto pela sua participação no estudo.

Confidencialidade e Anonimato:

Toda a informação obtida será estritamente confidencial e a sua identidade nunca será revelada.

Agradeço desde já a sua participação.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, (nome completo do participante), abaixo assinado, declaro ter lido e compreendido a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, do estudo para o qual é pedida a minha participação.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação do participante neste estudo são confidenciais e que o anonimato será mantido.

Tive conhecimento que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a minha colaboração neste estudo, sem nenhum tipo de penalização na assistência que me é prestada.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas.

Foi-me dado todo o tempo que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias aceito participar de livre vontade e permitir a utilização de dados que forneci de forma voluntária, tal como me foi apresentado pela autora do Relatório.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Autora do relatório: Sandra Caixeirinho

Email: a56270@ualg.pt

Data

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do participante

---

A autora do Relatório

---

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

**Anexo B**  
**Provas de avaliação**

Função / Provas de avaliação neuropsicológica (Obs.: 2 provas por função)			
Atenção	TP TMT (A) FDT (1-2, a. sustentada) Dígitos (OD)	Linguagem	Fluência verbal Nomeação, Repetição, Escrita, Leitura
Visuoconstrução	FCRey (cópia) Cubos (WAIS III)	Raciocínio abstrato	Semelhanças (raciocínio analogico) Matrizes Compreensão (WAIS III)
Gnosias	Compl. figuras (WAIS III), Teste de Poppelreuter e Lilia Ghent		
Memória visual (episódica)	EMW (Figuras) FCRey (reprodução de memória)	Funções executivas	Chaves e Zoomap (BADS) FDT (3-4, a. alternada) WCST Torre Hanoi TMT (B) Fluência verbal
Memória Trabalho e curto- prazo/ longo-prazo	SLN, Dígitos (inv) Aritmética (WAIS III) RAVLT		
Memória semântica	Vocabulário Informação (WAIS III) RAVLT EMW (pares de palavras)		
Velocidade de processamento	Código PS (WAIS III)		

Provas de avaliação: psicopatologia e personalidade	
Outros fatores (questionários de autoresposta)	UPPS-P BDI-II HADS NEO PIR QEY

**Anexo C**  
**Breve descrição das provas utilizadas**

**NEO PI-R** (Costa & McCrae, 1992, adaptação portuguesa Lima & Simões, 1997)

É um inventário de personalidade constituído por 240 itens que se organizam em 5 dimensões da personalidade: Neuroticismo, Extroversão, Amabilidade, Abertura à Experiência e Conscienciosidade. Em cada dimensão, o teste dá-nos também a medida de 6 facetas. É aplicado a partir dos 17 anos.

**BDI II – Beck Depression Inventory** (Beck, 1996)

Questionário de autorrelato com 21 itens de escolha múltipla. Mede a severidade dos episódios depressivos. É aplicável a partir dos 13 anos de idade. Os itens referem-se a sintomas depressivos como a desesperança, irritabilidade, cognições associadas a culpa, sintomas físicos.

**HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale** (Zigmond & Snaith, 1983, versão portuguesa de McIntyre, 1999)

Escala breve que permite obter subpontuações para depressão e ansiedade. A subescala depressão é dirigida aos aspetos emocionais da depressão (exclui aspetos físicos, cognitivos ou ideação suicida). Ponto de corte valor 8 para ambas as subescalas (inferior a 8 – ausência de ansiedade ou depressão, 8-10 – grau leve, 11-15 – grau moderado, 16-21 – grau severo).

**UPPS-P - Escala de impulsividade** (Lynam, Smith, Whiteside & Cyders, 2006)

É um inventário de 59 itens que visa medir 5 vias distintas da conduta impulsiva: urgência negativa (tendência a ceder a impulsos fortes, especialmente quando acompanhados de emoções negativas), falta de perseverança (persistência na realização de trabalhos ou obrigações, mesmo se aborrecido ou cansado), falta de premeditação (capacidade para pensar consequências do comportamento antes de agir), busca de sensações (preferência pela estimulação ou excitação) e urgência positiva (tendência para ceder a impulsos em condições de afeto positivo alto).

**QEY- Questionário de Esquemas de Young** (Young & Brown, 1990; tradução e adaptação de J. Pinto Gouveia, M.C. Salvador e D. Rijo, 1996)

É um inventário que inclui 205 itens destinados avaliar 16 EMP, sendo que o número de itens para cada EMP é variável. Os itens resultam das crenças nucleares mais frequentemente observadas nas perturbações de personalidade.

**BADS – Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome** (Wilson et al.1996)

Bateria específica para avaliação das FE, avalia diferentes aspetos utilizando tarefas que se assemelham àquelas do quotidiano do indivíduo. Pode ser aplicada dos 16 aos 87 anos. Duas das seis provas neuropsicológicas são o Mapa do Zoo (planeamento estruturado) e a Busca de Chaves (planeamento espontâneo). O Mapa do Zoo é um teste de planeamento. A Busca de Chaves é uma prova de aplicação de estratégias para resolução de um problema em situação não estruturada.

**Torre de Hanoi** (Lucas,1883)

É uma prova de reflexão e planeamento. A tarefa consiste em mover peças de um pino a outro de acordo com regras. Implica sequenciação de movimentos e memória operativa. É registado o número de movimentos e o comportamento durante a prova (impulsividade, resistência à frustração, persistência, etc.). Pretende-se que se concretize a tarefa com um mínimo de movimentos possível. Implica a inibição de respostas impulsivas

**WCST - Wisconsin Card Sorting Test** (Heaton et al., 2004)

É um dos instrumentos mais utilizados para avaliação das FE. É uma prova que avalia principalmente flexibilidade cognitiva: a capacidade de alternar o curso das ações ou pensamentos de acordo com as exigências do ambiente. Fornece também informações importantes sobre processos de categorização, impulsividade e atenção.

**TMT – Trail Making Test** (Reitan, 1958)

Tanto a parte A, como a parte B do teste avaliam atenção e rastreio visual, aspetos perceptivos, velocidade e rastreio visuomotor, atenção sustentada e velocidade de processamento. A parte B solicita capacidade de alternância, avaliando assim a flexibilidade cognitiva.

**Fluência verbal – fonémica e semântica**

A fluência refere-se à capacidade de emitir comportamentos (verbais ou não verbais) em sequência, obedecendo a regras. A fluência verbal semântica avalia a categorização e memória semântica. A fluência fonémica exprime de forma mais clara o funcionamento executivo: flexibilidade, iniciativa,

capacidade de idear alternativas, inibição, memória de trabalho e planificação (FAS, Benton et al, 1994). Ambas requerem a produção rápida e contínua de palavras (fluência), evitando perseverações.

**FDT – Five Digit Test** (Sedo, 2005)

Consiste numa versão do paradigma de Stroop para avaliação da velocidade de processamento cognitivo, o controlo inibitório (fazer face à interferência) e a flexibilidade cognitiva (reorientar a atenção). Implica a capacidade de inibir respostas automatizadas – interferência atencional.

**Figura Complexa de Rey (Figura A)** (Rey-Osterrieth, 1994)

Avalia a capacidade de organização visuoperceptiva e praxia (cópia) e a memória visual, episódica (reprodução de memória).

**Teste de Poppelreuter e teste de Lilia Ghent**

Testes de exploração das gnosias visuais. O indivíduo tem de discriminar várias figuras sobrepostas e misturadas.

**Teste de aprendizagem áudio-verbal de Rey (RAVLT)** (Rey, 1964)

É um teste de aprendizagem verbal. Avalia memória a curto-prazo, aprendizagem, suscetibilidade à interferência e memória de reconhecimento. A medida de memória verbal baseia-se na memorização de uma lista de 15 palavras.

**WAIS III** (Weschler, 1997; adapt. portuguesa 2008)

É um teste inteligência (QI), dá a medida do rendimento intelectual global, que inclui uma bateria de testes que é composta por 14 subtestes para avaliação clínica de capacidade intelectual de adultos na faixa etária entre 16 e 89 anos. O WAIS-III oferece a possibilidade de se obter medidas para as seguintes escalas e Índices fatoriais: QI Verbal, QI de Realização, QI Total, Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptiva, Índice de Memória de trabalho, Índice de Velocidade de Processamento. A subescala Código constitui uma boa medida da atenção dividida e orientação, a Semelhanças de raciocínio abstrato (modalidade verbal), a Aritmética de cálculo mental, planeamento e memória de trabalho, a Matrizes de raciocínio abstrato (modalidade visual), a Memória de Dígitos de atenção focada, concentração e memória imediata (ordem direta) e de memória de trabalho (ordem inversa). A Compreensão dá indicação da capacidade de julgamento, a Pesquisa de símbolos da atenção focada e dividida e da velocidade de processamento, Sequência de Letras e Números mede a atenção dividida, flexibilidade cognitiva e memória de trabalho. O Vocabulário e a Informação são uma boa medida de memória semântica, os Cubos de praxias.

**EMW-R** (Weschler, 1987)

Instrumento de avaliação importante quando se pretende um exame aprofundado da memória. Salienta-se a memória episódica (histórias), a memória de dígitos, a memória visual e a memória associativa (pares de palavras).

**Anexo D**  
**Avaliação das FE – componentes e principais provas**

Componentes	Provas
Atualização (Mem. trabalho)	Fluência fonêmica (FAS) WAIS: SLN, Aritmética, Dígitos, Semelhanças
Inibição	Teste dos 5 dígitos (FDT)
Flexibilidade	WCST TMT B
Tomada de decisões e processos relacionados (processos executivos associados ao cotidiano)	BADS – Zoomap e Chaves Torre de Hanoi

**Anexo E**  
**Resultados das provas**

Tabela E1 - UPPS-P

Prova UPPS-P	Pontuação	Pontuação normativa	Interpretação
Urgência negativa	33	média	Resiste a impulsos fortes, especialmente se acompanhados de emoções negativas
Falta de premeditação	28	média	Consegue pensar nas possíveis consequências antes de agir
Falta de perseverança	20	média	Capaz de persistir na realização de trabalhos ou obrigações mesmo que esteja aborrecido ou cansado
Busca de sensações	31	média	Não tem preferência pela busca de excitação ou estimulação
Urgência positiva	43	3 $\sigma$ acima da média	Dificuldade em resistir aos impulsos em condições de afeto alto

Tabela E2 - HADS e BDI-II

Prova	Pontuação	Interpretação
HADS	Ansiedade=8 Depressão=10 (zona limite)	Sem alterações patológicas de ansiedade ou depressão
BDI II	18	Depressão ligeira (pont. + elevada em Punição e Alterações sono)

Tabela E3 - QEY

Prova	Pontuação mais elevada (5/6)	Interpretação
QEY	<u>Defeito/Vergonha</u>	<u>Defeito/Vergonha</u> Sentimento de que se é defeituoso, mau, indesejado, inferior ou sem valor, quando se trata de coisas importantes; ou de que não se seria amado por outros significativos se se expusesse. Pode envolver uma hipersensibilidade à crítica, à rejeição e à culpa, maior consciência de si, comparações e insegurança quando se está perto dos outros, ou ainda uma sensação de vergonha relativamente aos defeitos percebidos.
	<u>Isolamento Social/Alienação</u>	<u>Isolamento Social/Alienação</u> Sentimento de que se está isolado do resto do mundo, de que se é diferente das outras pessoas, de que não se faz parte de qualquer grupo ou comunidade.

Tabela E4 - NEO PI-R

Prova NEO-PI R	Percentil	Interpretação
Neuroticismo	60 N1Ansiedade=25 N2Hostilidade=40 N3Depressão=70 N4Auto-consciência=96 N5Impulsividade=70 N6Vulnerabilidade=25	Avalia a estabilidade emocional e o grau de adaptação. N elevado pode implicar que o sujeito se encontra em risco ou com psicopatologia, (apesar de não ser uma medida de psicopatologia). Destaca-se N4 – sentimentos de inferioridade, timidez, vergonha e embaraço e N5 – dificuldade em resistir às tentações
Extroversão	2 E1Acolhimento caloroso=1 E2Gregariedade=1 E3Assertividade=40 E4Actividade=40 E5Procura de excitação=25 E6Emoções positivas=40	Avalia a tendência para a sociabilidade. Traduz a quantidade e a intensidade das interações, o nível de atividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. Destacam-se E1 e E2 baixos – preferência por estar só, <i>frio</i> nos contactos sociais (mas não hostil)
Abertura à Experiência	80 O1fantasia=70 O2estética=50 O3Sentimentos=50 O4Acção=90 O5Ideias=80 O6=80	Dimensão relacionada com o pensamento divergente (criatividade), imaginação, interesse pela experiência sensorial e intelectual, sensibilidade estética, amplitude dos sentimentos e juízo independente. O alto = bom indicador para psicoterapia (abertura à mudança)
Amabilidade	60 A1Confiança=2 A2rectidão=95 A3altruísmo=75 A4complacência=90 A5modéstia=60 A6sensibilidade=70	Avalia a concordância e tendências interpessoais  Destaca-se A1= cético, desconfiando relativamente às intenções dos outros (relaciona com vivências no “mundo dos consumos”)
Conscienciosidade	40 C1competência=60 C2ordem=20 C3dever=40 C4esforço de realização=60 C5auto-disciplina=70 C6deliberação=20	Avalia o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objetivo, autocontrolo, iniciativa e responsabilidade.  Destaca-se valor de C2 – considera-se desorganizado e pouco metódico e de C6 – age sem pensar nas consequências

Tabela E5 - BADS, TMT, WCST

Provas	Pontuação direta	Pontuação normativa	Interpretação
Chaves (BADS)	11 (max. 15)	Perfil 3	Sem deterioro da capacidade de planeamento espontâneo
Zoomap (BADS)	Versão 1 (pont.seq.) = 1, 3 erros Versão 2 (pont. seq.) = 8, 0 erros  6 (max.=16)	Perfil 1 (com penalização relativa a tempo de planificação V.2≥15")	Possível deterioro da capacidade de planeamento estruturado; Tempo curto de planificação na V.1 e impulsividade na execução.
TMT	A =22", 0 erros B=38", 0 erros	A <26" 75>PC<90 B<65" PC>90	Sem deterioro da capacidade de atenção contínua ou alternada. Sem alterações ao nível do fator velocidade de processamento e da flexibilidade cognitiva. Nota: impulsividade em B no treino – necessário repetir instrução
WCST	Categorias completas: 5  % erros % R perseverativas  Conceptualização inicial (itens para completar a 1ª categoria): 34  Falha em manter a série:0  Nível conceptual  Meta-aprendizagem:12,63	Pc 11-16 = desempenho com defeito médio-ligeiro  42,18% 16,41%  Pc 2-5=desempenho com defeito moderado a severo  Pc>16=desempenho esperado  43,75(% de respostas)  Pc>16=desempenho esperado	Desempenho condicionado pelas dificuldades de adaptação ao material (2 primeiras séries) Usa com frequência critério aleatório de resposta. Nota: 1º e 2º categorias = 74 itens para completar, dificuldade em adaptar-se à tarefa, dificuldade inicial de inibição e monitorização do comportamento = reduzida flexibilidade mental Reconhece o facto de ter encontrado o critério certo Insight inerente aos princípios corretos de procura Melhoria de eficácia ao longo da prova (aprendeu a lógica)

Tabela E6 -FDT, Fluência verbal, T. Hanoi

Provas	Pontuação direta	Pontuação normativa	Interpretação	
FDT	Processos automáticos	Parte I – leitura fluente = 17”	Pc 60 – médio-alto	Velocidade de processamento, fluência verbal e atenção seletiva dentro da média (estímulo visual); Redução do rendimento em processos controlados – atenção alternada (controle de interferência – inibição, e alternância - flexibilidade)
		Parte II- Fluência de nomeação =20”		
	Processos controlados	Parte III – selecionar (atenção seletiva) =33”	Pc 50 - médio	
		Parte IV- alternar (atenção alternada) =48” (1 erro)	Pc 40- médio baixo	
	Pontuações complementares	Inibição =16 Flexibilidade =31	Pc 40 – médio baixo Pc 25 – médio baixo	
Fluência verbal	Fluência fonémica (FAS)=8(2,4,2)	<-2	Possível afetação frontal Nota: prova realizada numa semana em que se registou consumos de cocaína próximos do momento de avaliação	
	Fluência semântica=35(14,12,9)	Gp4 – acima da média	Sem alterações ao nível de fluência semântica (evocação-região temporal; categorização, estratégia de evocação – região frontal)	
Torre de Hanoi	3 fichas = 19 movimentos 4 fichas=27 movimentos 5 fichas=75 movimentos 6 fichas = desiste após 6 movimentos	+12 movimentos +14 movimentos +44 movimentos	Comportamento impulsivo, tentativa e erro, dificuldade de planeamento da tarefa, mas persistente.	

Tabela E7 - Gnosias visuais, TP, EMW-R, RAVLT, FCRey

Provas	Pontuação direta	Pontuação normativa	Interpretação
Testes de Poppelreuter e Lilia Ghent	Identifica todas as formas. Necessidade de repetir instrução no de L.Ghent	—	Sem alteração ao nível das gnosias visuais. Impulsividade pode interferir na atenção à instrução.
TP	Produtividade=288 Rendimento=256 (0 erros) Índice de dispersão (distratibilidade)=11,1%	Rendimento muito bom Dispersão: perfil disperso (borderline)	Sem alterações na atenção seletiva, alteração ligeira (não patológica) na atenção contínua
EMW-R	Memória lógica (histórias)=7	Desempenho médio	Sem problemas de memória lógica a curto-prazo Com pistas=11,5 (não evoca, mas reconhece, eventual problema na codificação da informação)
	Memória visual=14	Desempenho médio	Sem problemas de memória visual a curto-prazo
	Memória associativa (pares de palavras) =11,5	Desempenho médio (limite inferior)	Sem problemas de memória associativa a curto-prazo
RAVLT	Pontuação total=41 (4,9,7,9,12) Curva de aprendizagem (soma A1 a A5) =54%	Indicador de perda severa (total<46)	Dificuldade em entrar numa tarefa nova (diferença A1 e A2) por ansiedade ou rigidez pré-frontal.
	Memória de trabalho: A1=4	Perda severa A1<6 (26,6%)	Alteração ao nível do span verbal – memória de trabalho.
	Interferência proactiva=46,6(A6=7) Interferência retroativa=26,6% Velocidade de esquecimento=57,1% (A6=7, A7=4)		Indicadores de aprendizagem assistemática (uso aleatório ou ausência de estratégias semânticas ou seriais) défice de controlo executivo.
	Reconhecimento: 3 falso reconhecimento, 12 acertos =80%		Alteração ao nível da memória de curto-prazo e longo-prazo audioverbal (susceptibilidade à interferência e vulnerabilidade do conteúdo aprendido à passagem do tempo). Sem problemas de discriminação, perseveração (1) ou reconhecimento – possível alteração nos processos de codificação (estratégias mnésicas)
FCRey	Cópia=30,5, Tipo I, tempo=1'08"	Pc20, tempo abaixo da média (muito rápido)	Organização visuoperceptiva: erros ou omissões no desenho da cópia parecem relacionadas com a impulsividade – tentativa de acabar rapidamente, pode ter tido interferência no planeamento da mesma.
	Reprodução de memória=23,5	50<Pc >60	Sem alterações ao nível da memória visual (curto-prazo)

Tabela E8 - WAIS III

Prova: WAIS III Subtestes e Índices	Resultados padronizados	Classificação qualitativa	Interpretação
Complet.Gravuras	12	Médio superior	Funções visuoperceptivas.
Vocabulário	10	Médio	Desempenho médio na memória semântica, relacionada com aprendizagens prévias (longo-termo)
Código	12	Médio superior	Bom rendimento em atenção dividida e velocidade de processamento de estímulos visuais;
	Cálculos opcionais: Aprend.incidental Emp.=13 Mem.livre=8	50<Pc>75	Capacidade de aprender e recordar associações entre números e símbolos – não há deterioração da memória
	Tarefa de cópia=95	25<Pc>50	Produção grafomotora e velocidade de execução: velocidade de execução reduzida pode ter condicionado a obtenção de um ainda melhor rendimento
Semelhanças	10	Médio	Rendimento na média em raciocínio abstrato - componente verbal (formação de conceitos, categorização)
Cubos	13	Superior	Bom desempenho ao nível da visuoconstrução. (nota: comportamento: tendência para desistir, verbalizações autodepreciativas).
Aritmética	9	Médio inferior	Ligeira dificuldade no processo de cálculo (planeamento de operações aritméticas e memória de trabalho)
Matrizes	10	Médio	Raciocínio abstrato médio- componente visual
Mem. Dígitos	10 OD=5 OI=4	Médio	Capaz de manter atenção focada (concentração) e memória de trabalho; sem indicadores de défice atencional Diferença entre OD e OI (1 ponto) é frequente (81,2%)
Informação	13	Superior	Memória a longo-termo (aprendizagens prévias)
Compreensão	13	Superior	Muito bom desempenho em aptidões de juízo social, regras
Pesq. Símbolos	14	Muito superior	1 erro; bom rendimento em atenção dividida e velocidade de processamento de estímulos visuais
Seq.Letras e N°s (SLN)	9	Médio Inferior	Ligeira dificuldade no processo de alternância – estímulos audioverbais (atenção dividida e memória de trabalho)

Tabela E8 - WAIS III (cont.)

ICV	106	Médio	Rendimento médio nas provas que fazem apelo a componente verbal.
IOP	110	Médio superior	Boa organização perceptiva.
IMT	96	Médio	Nível médio na memória de trabalho, mas com diferença significativas (negativas) relativamente aos obtidos noutros índices (ICV e IVP): este índice inclui um conjunto de tarefas que exigem atenção a um conjunto de informações, retenção da informação, processamento da mesma em memória e formulação de resposta
IVP	116	Médio superior	Bom desempenho em atenção dividida e velocidade de processamento da informação visual
			Diferenças estat. significativas (95%): ICV-IMT (+10) ICV-IVP (-10) IMT-IVP (-20)

**Anexo F**  
**Processos cognitivos focados na reabilitação e tipo de tarefas**

Processos	Componentes alvo	Exemplos de tarefas	Atividade
Atenção	Velocidade de processamento (fator associado)	Tarefas Go/No-go	1, 2
	Atenção focada (capacidade de focar atenção num estímulo)	Escutar e responder a perguntas	2
		Escutar e reproduzir textos	
		Localização de letras, figuras, imagens	
	Atenção seletiva (capacidade de ignorar estímulos distratores)	Pesquisa de símbolos Tarefas de rastreio visual e cancelamento	3, 4, 5
	Atenção contínua (capacidade de manter a atenção por períodos de tempo)	Identificar letras em longas listas, números, tarefas go /no-go, controlo mental	1, 2, 3, 4, 5
Atenção alternada (capacidade de alternar a atenção voluntariamente entre vários estímulos, flexibilidade), modalidades visual e auditiva	Contar n <sup>o</sup> s pares e n <sup>o</sup> s ímpares, efeito Stroop, somar e subtrair números	6, 7, 8	
Memória	Memória imediata/curto-prazo	Span verbal (reproduzir listas palavras e números pela ordem apresentada)	9 -15
		Span visual (escrever números apresentados, identificar imagens apresentadas)	
		Span visuoespacial (exercícios tipo Corsi)	
	Memória lógica	Repetir histórias	16
Memória prospetiva	Discussão e treino de estratégias para memorizar tarefas a realizar	17	

Processos	Componentes alvo	Exemplos de tarefas	Atividades
FE	Memória de trabalho auditiva e visual	Ordenar números mentalmente Subtrair ou somar séries de números (cálculo) Ordenar palavras alfabeticamente Ordenar sequências de letras e números Reproduzir listas em ordem inversa	19-23
	Fluência verbal	Dizer nomes de objectos começados por ... , desenvolvimento de estratégias para aumentar fluência (categorizar, etc.)	18
	Flexibilidade cognitiva (alternância)	Exercícios de trilhas com vários elementos	6, 7
	Inibição cognitiva / comportamental	Exercícios tipo Stroop (interferência) Go/no-go Torre de Hanoi, Torre, labirintos Planejar objetivos realistas, ajuste de expectativas (técnicas da TCC)	24, 1,2 26, 30, 27 28,29
	Planeamento	Puzzles Sequência de cenas para ordenar	26, 27, 28, 29, 30
	Monitorização do comportamento (atualização)	Labirintos, puzzles, torre de Hanoi	27, 26-28, 26
	Tomada de decisão, Resolução de problemas, inibição	“E se...?” - Estratégias TCC de resolução de problemas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir o problema</li> <li>• Colocar alternativas</li> <li>• Tomar decisão</li> <li>• Organizar passos</li> <li>• Aplicar um plano</li> <li>• Avaliar o resultado</li> <li>• Introduzir alternativas para corrigir se o resultado não for positivo</li> </ul> Programa IDEAL (baseado em Burgess e Robertson)	28,29

**Anexo G**  
**Plano geral das sessões de reabilitação**  
**(programa de reabilitação modelo)**

Sessão nº	Objetivo nº	Função/área a trabalhar	Atividades realizadas (Exemplos de tarefas Anexo F)
1	1	Consciência do défice	Devolução dos resultados da avaliação (perfil neuropsicológico e plano de tratamento)
2	1	Consciência do défice	Impacto na vida diária e no tratamento
3	1	Consciência do défice	Psicoeducação: funcionamento cerebral, impacto do consumo de substâncias
4 - 5	1	Consciência do défice	Psicoeducação: processos atenção, perceção, memória, funções executivas
6	2	Atenção focalizada/seletiva	Atividade (At.)1 e 2
7-8	2	Atenção seletiva	At.3 e 4
		Atenção contínua	At. 5
9-10	2	Atenção alternada	At.6,7,8
11-12	2	Atenção	Revisão das atividades realizadas Aprendizagens
13	3	Memória curto-prazo	At.9,10 e 11
14	3	Memória curto-prazo	Repetição At. 9,10 e 11 At.12
15-16	3	Memória curto-prazo	At.12,13,14
17-19	3	Memória curto-prazo	At.14 e 15 Revisão das aprendizagens

Sessão n°	Objetivo n°	Função/área a trabalhar	Atividades realizadas (Exemplos de tarefas Anexo F)
20-21	3	Memória lógica	At. 16 codificação da informação e estratégias mnésicas
22-23	3	Memória prospetiva	At. 17
24	3	Memória	Revisão das atividades realizadas Aprendizagens
25-26			Avaliação intermédia
27-28	4	FE Fluência verbal	At. 18 Discussão de estratégias e categorização
29-30	4	FE Memória de trabalho	At.19 e 20
31-33	4	FE Memória de trabalho	At.21, 22 e 23
34	4	FE Memória de trabalho	Revisão das atividades realizadas Aprendizagens
35	5	FE Inibição	At. 24 e 25
36-38	5	FE Inibição FE Planeamento e tomada de decisão	At. 24 e 25 At. 26
39-41	5	FE Planeamento e tomada de decisão	At. 26 e 27
42-43	5	FE Planeamento e tomada de decisão	At.27 Discussão de estratégias
44-47	5	FE Planeamento e tomada de decisão	At.28

Sessão n°	Objetivo n°	Função/área a trabalhar	Atividades realizadas (Exemplos de tarefas Anexo F)
48-49	5	FE Planeamento e tomada de decisão	At. 29
50	5	FE Planeamento e tomada de decisão	Revisão das atividades realizadas Aprendizagens
51-53	5	FE Planeamento e tomada de decisão	At.30
54-55			Avaliação intermédia
56-58	6	FE Flexibilidade e alternância	At.6
59-60	6	FE Flexibilidade e alternância	At. 7
61-63	6	FE Flexibilidade e alternância	At.7
64-65	6	FE Flexibilidade e alternância	Revisão das atividades realizadas Aprendizagens
66-70			Reavaliação: avaliação neuropsicológica (reaplicação da proposta de avaliação neuropsicológica)
71-72			Devolução dos resultados, reajuste da intervenção ou alta