

Sumário

Editorial	7
Umhas breves palavras... — <i>Paulo Abrantes</i>	9
A toxicodendência e os novos enquadramentos — <i>Rocha Almeida</i>	11
Psicobiologia da dependência opióide — <i>João Relvas</i>	15
Significar nada para alguém – A toxicodendência como expressão de uma dor — <i>Conceição Almeida, Manuela Fraga</i>	23
Intervenção preventiva face ao consumo de drogas: Contributos para a Prevenção em Meio Escolar — <i>Rui Correia, Cristina Roma</i>	29
Comunidades Terapêuticas – Do externo ao interno (da) mente — <i>Álvaro Calado</i>	37
Algumas pedras no caminho... – Factores associados ao consumo de substâncias na Infância e Adolescência — <i>Alexandra Pais, Nuno Farela Neves, L. Veiga, A. Joaquim, B. Pena</i>	43
Algumas reflexões sobre os toxicodendentes e as suas famílias — <i>Maria Margarida Tinoco Matos Beja</i>	49
Toxicodendência e comorbidade psiquiátrica – Sintomatologia do Eixo I e perturbações da personalidade — <i>Daniel H. C. Almeida, Carlos A. C. Vieira, Maria C. M. D. Almeida, Daniel, M. B. Rijo e António J. R. Felisberto</i>	55
As “tocsidodendências” num CAT ou as dependências da sida – reflexões sobre o acompanhamento terapêutico a toxicodendentes com sida ou seropositivos ao VIH — <i>João Santana Lopes, Paula Carrinho</i>	71
Confissões de um Activista — <i>João Nunes Lopes Curto</i>	77

EDITORIAL

É com grande satisfação e, confesso, com um certo orgulho, que publicamos o presente número da nossa Revista “Psiquiatria Clínica”. É que, com a saída deste número, a Revista comemora 25 anos de existência.

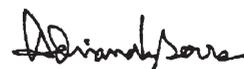
É-nos muito grato sentir que tem tido a aceitação e procura de numerosos Colegas que, não só são nossos assinantes como, regularmente, nos vão solicitando que publiquemos os artigos que nos entregam. É igualmente com satisfação que posso mencionar que, tal como tem acontecido em anos anteriores, temos já neste momento na nossa posse artigos que dão para preencher os quatro números previstos para o corrente ano!

Este facto significa que se tem vindo a tornar uma revista preferencial de divulgação de trabalhos, o que revela o significado e o mérito da sua existência neste quarto de século que estamos a comemorar.

O presente número é *temático*, abordando aspectos relacionados com a toxicod dependência. Pretendo aqui deixar a expressão do meu apreço ao Dr. Paulo Abrantes – actual Director do Instituto da Droga e Toxicod dependência de Coimbra - que se encarregou de reunir os Colaboradores para o presente número, bem como a todos os Colegas que trazem o seu contributo para abordar um tema de grande preocupação e interesse clínico.

Esperamos que a “Psiquiatria Clínica” consiga manter-se como publicação regular por muitos mais anos, para continuar a preencher um espaço de divulgação de conhecimento e investigação que se tem tornado útil para todos.

Conscientes de que uma revista não depende apenas dos seus redactores mas igualmente daqueles que nos apoiam e nos enviam artigos, resta-me acrescentar: “Prezado leitor: continuamos a contar consigo”!



Um as breves palavras...

Ao aceitar a coordenação de um número da Revista Psiquiatria Clínica dedicado à Toxicodependência, nunca estive no meu objectivo a realização de um mini manual ou mesmo uma revisão do “Estado da Arte”. Procurei que as colaborações fossem diversificadas, porque diversificadas são as intervenções e as orientações utilizadas em toxicodependência.

Desde a prevenção à comunidade terapêutica, desde a biologia à toxicodependência como expressão de dor, passando pelo estudo da personalidade do toxicodependente, bem como pelas suas famílias, é possível neste número observar mais o fenómeno do que a doença. Aliás, penso que será esta, a pequena grande contribuição do presente número, já que no que diz respeito a uma contribuição e cooperação entre os serviços de toxicodependência e por exemplo os serviços de saúde mental, muito trabalho (honesto e bem intencionado) haverá ainda por fazer, ainda que os laços pessoais entretanto conseguidos possam ser um ponto de partida importante.

PAULO ABRANTES*

* Médico Psiquiatra, Assistente Graduado dos Hospitais da Universidade de Coimbra a exercer funções como Director do Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Coimbra.

A toxicod dependência e os novos enquadramentos *

POR

ROCHA ALMEIDA⁽¹⁾

O consumo de drogas acompanha a humanidade desde há muitos milénios, não sendo de prever que possa existir uma sociedade sem drogas. No entanto a forma como a sociedade olha para as drogas, tolerando-as ou reprovando-as, e sobre os seus consumidores, encorajando-os ou criminalizando-os, varia segundo a sua situação geográfica, a sua história, a sua cultura, a sua organização social, a sua capacidade de adaptação e curiosidade, assim como segundo a evolução dos conhecimentos científicos. A verdade é que, a época moderna não foi a única a ter de fazer face ao aparecimento de novas substâncias.

Desde a antiguidade que o desejo de modificar o estado de ânimo foi factor que contribuiu para que o homem conseguisse substâncias psicoactivas, sem esquecer que nas culturas primitivas existia uma limitação e comercialização ao uso destas substâncias que estavam restritas praticamente a determinadas sessões de tipo ritual e religioso.

Mas, é no princípio do séc. XIX que são conhecidos os primeiros escritos sobre a noção de tóxico e de droga e sobre a dependência que algumas dessas drogas causavam. Será este o início da problematização do consumo de drogas, na medida que se tomaram como seguros os efeitos nocivos das drogas.

O fenómeno aparece assim no séc. XIX e progrediu rapidamente até aos nossos dias, acompanhando a evolução sócio cultural onde os consumidores de substâncias estão inseridos sendo que, apesar de surgirem sempre novas substâncias, as grandes diferenças não se situam do lado dos produtos mas sim do lado dos consumidores.

É a partir da segunda guerra mundial que esta evolução sócio cultural se acentua, uma sucessão de novas culturas emergiu e com elas a respectiva associação a consumo de drogas. A título de exemplo po-

demos ver a evolução nos últimos 40 anos em quatro vagas sucessivas.

Anos 60-70 o fenómeno das toxicomanias iniciou-se com uma importante componente de vanguardismo/elitismo, inspirada pelos intelectuais, professores, poetas, escritores e artistas, tendo como pano de fundo os movimentos de luta contra a guerra no Vietnam e a luta pelos direitos cívicos. Estes comportamentos tiveram início nos grandes centros urbanos dos países económico e culturalmente mais desenvolvidos.

A droga que domina o mercado é o LSD e a Cannabis. O seu uso acompanha-se do movimento psicanalítico e de uma ideologia de Paz e Amor ou de Sex, Drugs and Rock and Roll.

Nos anos 70-80, constata-se que os consumidores deixaram de ser aquelas minorias vanguardistas ou marginais e passaram a ser também os filhos da sociedade. Aumentou a oferta e muito naturalmente, a procura também aumenta.

A droga de referência passa a ser a heroína, a que se associa o mau uso de medicamentos, nomeadamente benzodiazepinas e analgésicos com componentes opiáceos.

Com frequência, tais comportamentos surgiam como alternativa ao não fazer nada, ao desemprego, ao desinvestimento escolar, à falta de projectos futuros, à falta de actividades lúdicas estruturantes; às deficientes ou más condições da vida humana.

A partir dos anos 80 verificamos um aumento significativo do uso de opiáceos, sobretudo de heroína. Será uma década marcada por grandes movimentos demográficos desordenados, em particular o início do êxodo rural cujas populações se deslocam para os

* Trabalho apresentado no V Congresso Nacional de Psiquiatria a 26 de Novembro de 2003, em Coimbra

(1) Chefe de Serviço de Psiquiatria. Director Centro Atendimento de Toxicod dependentes de Aveiro

Psicobiologia da dependência opióide

POR

JOÃO RELVAS⁽¹⁾

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas assistiu-se a uma “democratização” (no mau sentido) dos consumos de vários produtos e o problema da toxicod dependência há muito ultrapassou os grupos de risco, para se generalizar a todos os estratos sociais, quer em meios urbanos quer rurais, e a um maior leque de grupos etários e populacionais. Não há hoje um local do país, por mais remoto e afastado dos grandes centros, onde o problema não se faça sentir.

Em poucas situações clínicas se nota de forma tão evidente a influência múltipla e complexa da conjugação e interação recíproca de factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais como na área da toxicod dependência, quer nas fases iniciais dos consumos, quer depois, nas diferentes etapas do percurso do toxicod dependente, no tratamento e recuperação, na prevenção da recaída e luta pela abstenção, nas complicações e nos frequentes e muitas vezes frustrantes acidentes de percurso.

A administração repetida de heroína provoca alterações progressivas e relativamente estáveis a nível molecular e celular nos neurónios e circuitos neuronais envolvidos, que modificam a sua actividade funcional de forma contra-adaptativa. Estas alterações neurofisiológicas e as alterações comportamentais resultantes que caracterizam a toxicod dependência, explicam a compulsão para o consumo e a perda do controlo, a despeito das consequências negativas, e fenómenos relativamente bem conhecidos como a tolerância, a dependência, os sintomas de privação, o *craving* e a recaída induzida pelo stress e pela exposição aos estímulos anteriormente associados aos consumos.

Muitos dos avanços recentes no conhecimento dos mecanismos neurobiológicos dos comportamentos adictivos devem-se aos progressos nas áreas da

biologia molecular e celular, novos modelos experimentais animais de dependência, privação e recaída, e estudos de imagiologia cerebral.

PERCURSO DA TOXICODPENDÊNCIA

Não há uma causa ou factor único que possa explicar cabalmente a complexidade do fenómeno. O início do consumo é muitas vezes feito por pura curiosidade e experimentação, induzido por amigos ou colegas, ou pelos modelos ou pressões do grupo social, tão importantes no adolescente ou no jovem adulto. Não existem, na maior parte dos casos, características psicológicas que possam ser vistas como factores de vulnerabilidade para o uso de drogas. Algumas características poderão ser entendidas mais como uma consequência ou efeito no desenvolvimento da personalidade de adolescentes ou adultos jovens com um envolvimento precoce com a heroína e o sub-mundo da toxicod dependência, do que propriamente como traços ou características psicológicas predisponentes.

FACTORES DE RISCO

- **Personalidade**
 - Impulsividade, experimentação, gosto pela novidade
 - Traços antissociais
- **Uso precoce de substâncias de iniciação**
- **Comportamento agressivo**
- **Problemas Familiares**
- **Associação com grupos ou colegas e amigos que usam substâncias**

Muitos toxicod dependentes jovens não têm recursos psicológicos para lidarem com os desafios e frus-

(1) Chefe de Serviço de Psiquiatria dos H.U.C.

Significar nada para alguém - A toxicodependência como expressão de uma dor

POR

CONCEIÇÃO ALMEIDA⁽¹⁾, MANUELA FRAGA⁽²⁾

Depois de alguns anos de intervenção na área da toxicodependência, sentimos, a necessidade de partilhar uma reflexão pessoal que alicerçada, na identificação àqueles com quem aprendemos, mas também escorada em conceitos, vividos, experienciados e pensados na relação com pacientes que, de forma quase sempre ambivalente procuram ajuda, tratamento. Esta ambivalência é o primeiro de muitos encontros do próprio terapeuta com a frustração, pois, como diz Lubélia de Magalhães, “a doença é a dor de existir, e para isso não há cura, ou então a cura é a própria doença”.

Partilhamos ainda o sentir desta autora quando acrescenta que apesar da paradoxalidade é importante poder acreditar que algo possa ser feito no sentido de que o paciente se possa sentir bem na sua pele e na sua vida. De outra forma o encontro com este deixaria de ter sentido.

Na DSM-IV, sobre as Perturbações da Personalidade e relativamente perturbações, narcísica, border-line, paranóide, anti-social dependente e esquizotípica são referidos sintomas tais como: suspeição, isolamento social, reacção excessiva com raiva face a estimulações mínimas, desrespeito pelos outros, ausência de remorsos e de empatia, impulsividade, desejo de atenção, comportamento manipulativo, rápidas mudanças de humor e medo de abandono, que encontramos, na imaturidade afectiva dos indivíduos consumidores de drogas.

É igualmente considerado que a constelação destes sintomas presentes nas Perturbações de Personalidade permite distingui-los e fazer um diagnóstico à luz dos critérios da DSM IV, devendo, no entanto, ser encarados como expressão do sofrimento subjectivo comutada na organização patológica do funcionamento da personalidade. Reactividade afectiva, apreensão social, distorção cognitiva, impulsividade, insinceri-

dade, egocentrismo, são áreas específicas disfuncionais presentes, em gradientes distintos, neste tipo de perturbações.

James Grotstein, numa perspectiva diferente, mas não contraditória, para além da fronteira do sintoma, fala-nos na importância do Nada, do sem-sentido do vazio interior, e até do caos, associados à ideia de destrutividade primária, como algo inerente à experiência humana. O Nada, o sem-sentido e o vazio, são de origem precoce, podem permanecer mais ou menos inalteráveis ou ser mais ou menos elaboráveis, consoante a qualidade do processo desenvolvimental de cada um, que por sua vez tem matriz no fenómeno intergeracional. Este processo pode ser constituído por ofertas, fundamentalmente vindas dos pais, de bem-aventurança, do sentimento de se ser especial e único, enquanto pessoa, de identidade vitalícia, mas também por aspectos negativos das próprias identificações parentais, privações reiteradas e irreparáveis, que muitas vezes culminam em verdadeiros abusos (físicos ou psicológicos) sobre a criança e que actuam ao serviço da tal destrutividade primária.

O Nada, o vazio e o sem-sentido parecem surgir da impossibilidade, num contexto de falha ou insuficiência relacional, de atribuir um sentido aos acontecimentos, de lhes ligar um sentimento e, assim, vão sendo mecânica e friamente vividos e por isso mal sucedidos do ponto de vista, sensorial, emocional e afectivo. Os afectos não se desenvolvem nem diferenciam e os afectos finos, não chegam a ser criados. A experiência de vida é, desta forma, uma experiência de nulidade.

Grotstein afirma ainda que o denominador comum a todos estes pacientes, é o sentimento de insignificância profunda em relação a si próprios e ao seu lugar no mundo. Chama-lhes até “vagabundos existenciais”. O mesmo acontece relativamente a quem

(1) Psicóloga clínica no CAT de Coimbra

(2) Psiquiatra no CAT de Coimbra

Intervenção preventiva face ao consumo de drogas: Contributos para a Prevenção em Meio Escolar

POR

RUI CORREIA⁽¹⁾, CRISTINA ROMA⁽²⁾

Resumo

A forma de entender as actividades preventivas dependerá da concepção que mantenhemos acerca da conjugação dos factores envolvidos no processo do uso e abuso de drogas. Se historicamente se desenvolveram diversos modelos – ético-legal, médico, sociocultural e psicológico ou psicossocial –, assistimos recentemente a uma tentativa de superação de focalizações sectoriais mediante a apresentação de uma abordagem mais global do problema a partir de uma perspectiva integradora: o modelo biopsicossocial. Tendo as estratégias educativas passado também por diversos processos de entendimento, constatamos a sua consolidação em três tipos de programas: universais, selectivos e específicos.

Dado que o uso e abuso de drogas representa hoje em dia um grave problema capaz de produzir importantes alterações de saúde e problemas sociais, a sua amplitude e complexidade tornam necessárias intervenções em contexto escolar. A Escola deve constituir-se como um lugar privilegiado para fomentar nos jovens habilidades ou competências que lhes permitam comportar-se livremente. Seria desejável que os alunos valorizassem a saúde como um bem que têm de conservar e promover, pelo que a Escola deveria abandonar um conceito restrito de educação por forma a possibilitar a formação integral da pessoa, onde a saúde é condição indispensável.

Palavras-chave: *Prevenção primária; programas preventivos; prevenção em meio escolar; fracasso escolar.*

Résumé

La forme de comprendre les activités préventives dépendra de la conception que nous maintenons à propos de la conjugaison des facteurs associés dans le processus de consommation et abus de drogues. Si, historiquement, plusieurs modèles se sont développés – éthique-légal, médecin, socioculturel et psychologique ou psychosocial –, nous avons assisté récemment à une tentative de surpasser les focalisations sectorielles d'après la présentation d'un abordage plus global du problème à partir d'une perspective intégrante: le modèle biopsychosocial. Nous constatons la consolidation de trois types de programmes puisque, les stratégies éducatives sont aussi passées par divers processus de compréhension: les universels, les sélectifs et les spécifiques.

⁽¹⁾ Licenciado em Psicologia pela Universidade Católica de Salamanca; Mestre em Psicologia do Comportamento Desviante pela Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto. Director da Unidade de Prevenção da Guarda do Instituto da Droga e da Toxicodependência.

⁽²⁾ Licenciada em serviço Social pelo Instituto Superior Bissaya Barreto; Formação em Intervenção Sistémica e Intervenção Familiar. Directora da Unidade de Prevenção de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicodependência.

Vu la consommation et l'abus de drogues représentent, de nos jours, un grave problème capable de produire d'importantes modifications au niveau de la santé, ainsi que de problèmes sociaux, leur amplitude et complexité rendent nécessaires des interventions au niveau scolaire. L'école doit se constituer comme un lieu privilégié pour développer chez les jeunes des capacités ou des compétences qui leur permettent de se comporter librement. Il serait souhaitable que les élèves valorisent la santé comme un bien qui doit être conservé et promu, par l'école qui devrait abandonner un concept restreint d'éducation de façon à possibiliter la formation intégrale de la personne, où la santé est condition indispensable.

Mots-clés: *Prévention primaire; programmes préventifs; prévention en contexte scolaire; échec scolaire.*

Abstract

The understanding of preventive activities depends on the conception one has on the factors that determine drug use and abuse.

Historically, several models have been developed – ethic and legal, medical, social and cultural, psychological or psycho-social however there has recently been an attempt to overpass these sectorial approaches, trough a wider perspective on this problem: the biological, psychological and social model. The educational strategies have undergone a similar evolution resulting in three types of programs: universal, selective and specific.

Since today drug use is a serious problem capable of producing important changes in health and social problems it is imperative to intervene in school context. Youngsters should develop skills that allow them to behave assertively and school should be the best place to do it.

Students should value health, as a priority they have to keep and promote, there fore school should broaden its concept of education in order to allow the individual's global development.

Key words: *primary prevention; preventive programs; prevention in school context*

O termo *prevenção* é utilizado amplamente e desde há bastante tempo em diversas disciplinas científicas. No âmbito da psiquiatria, o conceito de prevenção foi apropriado por Caplan (1980) do âmbito da Saúde Pública para ser aplicado aos problemas psicopatológicos, estabelecendo-se inicialmente a sua tipificação em três níveis (Becoña, 1999): *prevenção primária*, cujo objectivo seria a redução das probabilidades de exposição da população a situações de comportamentos de risco; *prevenção secundária*, visando a detecção e tratamento precoce da doença – ou comportamento problema –, no caso de não se ter podido deter o seu progresso com recurso a medidas de prevenção primária; *prevenção terciária*, que tenderia a atenuar as consequências dos distúrbios ou doenças já manifestadas (Cusinato, 1992), bem como evitar recaídas. Numa terminologia mais recente, estes conceitos são equivalentes aos que conhecemos por prevenção (prevenção primária), tratamento (prevenção secundária) e reinserção (prevenção terciária).

No domínio das toxicodependências, é amplo o espectro de abrangência das intervenções decorrentes da aplicação destes três níveis de prevenção, compreendendo desde as intervenções políticas e sociais destinadas a erradicar a marginalização social, até à execução de iniciativas que visam a reinserção de toxicodependentes.

Considerando a complexidade e abrangência do conceito “prevenção”, a *intervenção preventiva* será aquela que vise eliminar ou diminuir o risco de aparecimento de alterações comportamentais ou de saúde na Comunidade, tentando conseguir a máxima integração ecológica entre as pessoas e o seu ambiente. A prevenção das toxicodependências surge então como “um processo activo de implementação de estratégias tendentes a modificar e a melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o auto-controle individual e a resistência colectiva perante a oferta de drogas” (Martín, 1995, p.55). Para este efeito utilizam-se basicamente duas estratégias de

Comunidades Terapêuticas – Do externo ao interno (da) mente

POR

ÁLVARO CALADO⁽¹⁾

A vida é perigo. Ninguém pode viver consigo, ninguém pode fugir de si...

Manuel Alegre

1. Introdução

Numa das pausas da elaboração deste artigo ia lendo o último romance de Manuel Alegre e a frase supra citada ficou bailando no pensamento. Dias mais tarde numa reunião comunitária da instituição onde há vários anos exerço a minha actividade profissional (Comunidade Terapêutica da Delegação Regional do Centro do IDT) uma residente comenta a propósito do seu tratamento «*...não é cobardia virmos para uma comunidade terapêutica para nos protegermos das influências do meio da droga , difícil é aqui dentro fugirmos de nós...*».

Estava aqui contido um dos aspectos que se ligava e dava sentido ao pensamento bailarino o **produto apaziguador, deste mal estar existencial que cada um vive consigo e que ao ser consumido e nos consumir dá a ilusão ainda que temporária da beatitude e sossego do puder fugir de si.**

Não conseguindo fugir á escrita e reflexão sobre o tema comunidades terapêuticas enquanto modelo de intervenção institucional na área da saúde mental refugiei-me no interno da mente para poder dar algum sentido a experiências que á mais de 50 anos vêm sendo desenvolvidas em instituições de saúde mental e concretamente desde os anos sessenta na intervenção em toxic dependência e que têm ajudado muitas pessoas a **não fugir de si.**

2. Comunidades terapêuticas das suas origens á actualidade

2.1. Na Europa

È na década de 50 em Inglaterra que se iniciam um conjunto de transformações no interior das instituições psiquiátricas clássicas desencadeadas em grande parte pelo chamado movimento da Psiquiatria Social a que não é alheio o contributo do movimento psicanalítico e que vêm a culminar no conceito de Comunidade Terapêutica termo usado pela primeira vez por Tom Main (1946) psiquiatra da *Royal Army Medicals Corps* para se referir ao «...hospital ... como uma comunidade com o objectivo imediato da total participação de todos os seus membros em sua vida quotidiana, com o objectivo final da ressocialização do indivíduo neurótico para a vida na sociedade comum...»

È contudo no trabalho e nas observações clínicas a soldados com traumas decorrentes da II Guerra Mundial internados na Unidade de Reabilitação Social do Hospital de Belmont (mais tarde Hospital de Henderson) que Maxwell Jones começa a desenvolver e teorizar este modelo organizado a partir do interior duma instituição psiquiátrica clássica como resposta alternativa ao internamento de doentes mentais. M. Jones (1953) considerava que os pacientes «...representavam o fracasso da sociedade e das famílias destruídas que inevitavelmente desenvolveram atitu-

⁽¹⁾ *Psicólogo Clínico. Comunidade Terapêutica Arco Iris da Delegação Regional do Centro do Instituto da Droga e Toxic dependência*

Algumas pedras no caminho... – Factores associados ao consumo de substâncias na Infância e Adolescência

POR

ALEXANDRA PAIS⁽¹⁾, NUNO FARELA NEVES⁽¹⁾, L. VEIGA⁽²⁾, A. JOAQUIM⁽²⁾, B. PENA⁽³⁾

Resumo

Neste artigo, os autores propõem-se fazer uma revisão bibliográfica sobre os factores de risco/protectores associados ao consumo de substâncias ao longo do ciclo de vida infantil e juvenil.

I. **Introdução**

Um dos maiores problemas da sociedade actual é o uso e abuso de substâncias pela população jovem. Segundo os diversos estudos realizados, o álcool e a nicotina são as substâncias mais frequentemente utilizadas, seguidas de perto pelos canabinóides, sendo o consumo de cocaína e opiáceos um pouco menos frequente (Weinberg et al, 2002).

Relevante é ainda a constatação de que cerca de metade a dois terços dos jovens adultos usaram, nalgum período da sua vida, canabinóides de forma recreativa (Webb et al, 1996; Fergusson and Horwood, 2000; citados por Coffey et al, 2003) e destes, vinte a quarenta por cento experimentaram múltiplas drogas (Weinberg et al, 2002).

Não obstante as fases de experimentação comuns à grande maioria, o facto de apenas alguns adolescentes desenvolverem problemas com drogas, desperta um grande interesse clínico e teórico. Vários estudos têm demonstrado a existência de determinados factores de risco ligados a diferentes etapas de vida, os quais parecem estar, de certa maneira, associados a abuso de substâncias em idades mais tardias. Contudo,

ainda não é inteiramente compreendida a forma como estes factores de risco interagem entre si para condicionar o desenvolvimento desta problemática, nem tão pouco se identificou qual o factor, de entre os vários envolvidos, é o mais preponderante. Similarmente, é impossível prever quem desenvolverá um problema com drogas em algum ponto da sua vida.

Estudos sugerem a existência de uma influência genética moderada na predisposição geral para uso e abuso de drogas (Van den Bree et al. 1998; Kendler et al. 1999, 2000; Vanyukov and Tarter, 2000), bem como a importância de factores genéticos na determinação de características de temperamento implicadas no risco de abuso de substâncias (Rutter, 2002). No entanto, factores sócio-familiares e características temperamentais parecem ter uma maior importância na determinação do nível de consumo numa população.

É então, sobre estes que nos iremos debruçar.

2.1. *Os primeiros obstáculos...*

A existência de “falhas emocionais muito precoces” (Strecht, 2003) parece justificar traços tem-

⁽¹⁾ Internos do Internato Complementar de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Hospital Pediátrico Coimbra

⁽²⁾ Assistentes Hospitalares de Psiquiatria Infância e Adolescência – Hospital Pediátrico Coimbra

⁽³⁾ Directora do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do Hospital Pediátrico de Coimbra - CHC

Algumas reflexões sobre os toxicodependentes e as suas famílias

POR

MARIA MARGARIDA TINOCO MATOS BEJA⁽¹⁾

Gostaríamos, com este nosso trabalho de reflexão, de vos alertar para algumas questões que nos têm surgido ao longo de largos anos de trabalho com os toxicodependentes e as suas famílias.

Quando falamos sobre as famílias dos toxicodependentes, referimo-nos, normalmente, à sua família de origem. Essa designação não se deve ao acaso e mantém-se, mesmo quando o toxicodependente constitui uma família nuclear, isto é, é casado e/ou tem filhos. A razão para tal prende-se com o facto de a maioria dos “tóxico” se manterem dependentes da sua família de origem, devido às grandes dificuldades de separação e individuação que apresentam.

1. AS FAMÍLIAS

Uma das questões que levantamos tem a ver com as diferenças entre as famílias de origem dos homens e das mulheres toxicodependentes. Será que existe, de facto, uma tipologia de pai/mãe de um toxicodependente? Não estamos em condições de o poder afirmar, no entanto, temos observado que as atitudes dos pais e das mães são diferentes perante um filho ou uma filha toxicodependente.

No que diz respeito às mães, estas têm habitualmente, uma postura de hiper-protecção em relação aos filhos (do sexo masculino) que consomem drogas, acompanhada de uma grande dificuldade de separação, frequentemente associadas a atitudes abertamente fusionais. Marcam presença, nesta relação, as comunicações paradoxais ambíguas e os “segredos”, muitas vezes utilizados com o falso pretexto de proteger o pai de maiores preocupações. No que diz respeito às filhas, as atitudes das mães parecem-nos substancialmente diferentes. As filhas são habitualmente muito mais responsabilizadas pela sua toxi-

codependência, sendo que as suas mães raramente atribuem essa responsabilidade aos amigos. Notamos também que estas se preocupam menos: raramente acompanham as filhas às consultas, abandonando-as à sua sorte, pondo-as fora de casa, muitas vezes precocemente, mesmo que não tenham justificações como roubos em casa, cheques falsos ou agressões, tantas vezes presentes na história dos filhos que se drogam, e que são actos quase sempre perdoados.

A atitude que notamos por parte dos pais parece indicar que, com eles, se dá a situação inversa. Ou seja, perante os filhos toxicodependentes há uma demissão ou ausência da figura paterna, enquanto que, com as filhas, observa-se uma certa proximidade, muitas vezes acompanhada de condutas de tipo incestuoso.

2. TOXICODEPENDÊNCIA NO FEMININO E NO MASCULINO

Uma outra questão presente ao discutirmos a toxicodependência, prende-se com o facto de existir um número muito superior de homens toxicodependentes em relação ao número de mulheres - uma mulher para cada quatro homens. Perguntamo-nos quais as causas que podem originar tal disparidade.

As respostas mais comuns têm em conta os papéis sociais assumidos na nossa cultura. Eles condicionam o fenómeno da toxicodependência, na medida em que facultam ao homem um acesso mais fácil, às drogas, mas também devido a uma menor vigilância familiar ou uma maior permissividade no que diz respeito às saídas. Tal explicação, porém, parece-nos insuficiente.

Então que causas poderão existir para notarmos uma disparidade tão grande na toxicodependência no masculino e no feminino?

⁽¹⁾ Psicóloga clínica - CAT Coimbra

Toxicodependência e comorbilidade psiquiátrica – Sintomatologia do Eixo I e perturbações da personalidade

POR

DANIEL H. C. ALMEIDA⁽¹⁾, CARLOS A. C. VIEIRA⁽²⁾, MARIA C. M. D. ALMEIDA⁽³⁾, DANIEL M. B. RIJO⁽⁴⁾ E ANTÓNIO J. R. FELISBERTO⁽⁵⁾

Considerada como um dos grandes problemas da actualidade, a toxicodependência é um assunto que tem vindo a ser amplamente discutido e estudado pela comunidade científica. Neste sentido, diversas abordagens a diferentes áreas têm assumido um papel relevante na tentativa de compreensão deste fenómeno multifactorial e, por isso, complexo. Uma destas áreas é (ou deveria ser!), inevitavelmente, o estudo da prevalência de problemas psicológicos nesta população, quer pelo conjunto de implicações que acarreta aos mais diversos níveis de intervenção, desde a prevenção à reinserção, quer porque o conhecimento dessas manifestações permitiria complementar o tratamento da toxicodependência com intervenções específicas, atendendo à psicopatologia do sujeito. Tratando-se de uma temática amplamente estudada a nível internacional, não deixa de ser

surpreendente a carência de trabalhos portugueses sobre o assunto em questão.

Comorbilidade psiquiátrica

É reconhecida a elevada incidência de manifestações psicopatológicas em pacientes dependentes de drogas. Diversos estudos apontam para a elevada comorbilidade psiquiátrica envolvida nestes pacientes: numa amostra de 533 sujeitos dependentes de opiáceos, Rounsaville, Weissman, Kleber e Wilber (1982) encontraram perturbações psiquiátricas em 70% dos sujeitos. Hendriks (1990) e Regier, Farmer, Rae e Locke (1990) chegaram aos valores de 80% e 64,4%, respectivamente. Strain, Brooner e Bigelow (1991) demonstraram que sujeitos que sofrem de distúrbios mentais consomem mais substâncias psicoactivas do

Os autores agradecem aos utentes, técnicos e responsáveis das Comunidades Terapêuticas “Arco-Íris” – Dr. Álvaro Calado, “Ares do Pinhal” – Dr. Nuno Miguel, Dr. Luís Patrício e Dr. Rodrigo Coutinho, “Encontro” – Dr. Albano Rosário, “Montanha” – Dra. Teresa N. Vicente e “Provilei” – Dra. Lígia Pedrosa, por toda a colaboração prestada e pela simpatia com que os receberam. Agradecem igualmente a colaboração das psicólogas **Ângela Rodrigues**, Teresa Roque, Alexandra Pereira, Adriana Curado e Sandra Almeida.

Este estudo foi realizado no âmbito de um estágio profissional do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), orientado pelo Núcleo de Estudos das Perturbações pelo Uso de Substâncias (NEPPUS), com o apoio do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo Comportamental (NEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

¹ Psicólogo clínico, da Cáritas Diocesana de Coimbra

² Psicólogo clínico, chefe de divisão da delegação regional do Centro do Instituto da Droga e Toxicodependência

³ Psicóloga clínica, do CAT de Coimbra

⁴ Psicólogo clínico, assistente da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

⁵ Psiquiatra, do CAT de Coimbra

As “tocsidodependências” num CAT ou as dependências da sida – reflexões sobre o acompanhamento terapêutico a toxicodependentes com sida ou seropositivos ao VIH

POR

JOÃO SANTANA LOPES⁽¹⁾, PAULA CARRINHO⁽²⁾

Resumo

Os autores fazem uma reflexão sobre as particularidades do modo como a sida e a seropositividade ao VIH são vividos por pacientes toxicodependentes e sobre a forma como, enquanto técnicos, têm vivido a relação com esta realidade.

I - Os “tocsidodependentes”

O trabalho continuado que temos desenvolvido no CAT da Figueira da Foz com alguns utentes com sida e seropositivos ao VIH, tem despertado em nós algumas questões e outras tantas inquietações sobre as quais nos temos sentido impelidos a reflectir. Têm tido a virtude de nos incomodar e, até, desacomodar, na medida em que se prendem essencialmente com a nossa relação, enquanto técnicos, com esta realidade. São algumas destas reflexões que aqui gostaríamos de partilhar.

Desde há muito que nos questionamos sobre as eventuais relações entre a sida e a toxicodependência, do ponto de vista daquele que se confronta, na primeira pessoa, simultaneamente com estes dois quadros clínicos. Serão situações vividas como suficientemente distantes entre si para que, como nos habituámos a ler no início de alguns filmes, qualquer semelhança entre estas duas realidades seja mera coincidência ou, pelo contrário, tocar-se-ão de forma tão próxima que dêem razão de ser ao termo *tocsidodependências* — expressão bizarra que utilizámos no título.

Antes de mais, gostaríamos de fazer referência ao impacto da comunicação do resultado do teste para o VIH. O conhecimento da seropositividade ou do diagnóstico de sida desperta por vezes um conjunto

de atitudes hetero e auto-agressivas, que incluem as faltas às consultas, o abandono da terapêutica, as recaídas ou as ideias suicidárias — a noção paradoxal de que o suicídio triunfa sobre a morte...

Outras vezes, perante a nossa perplexidade, o diagnóstico tem um efeito reestruturante. O desejo de reparação torna-se poderoso e o indivíduo passa, por todos os meios, a tentar aproveitar e preservar a sua vida. É nesta altura que assistimos a um reinvestimento na vida profissional e social e a uma vontade expressa em reatar as relações familiares. É também nesta altura que a abstinência relativamente a um consumo de drogas que por vezes durava desde há décadas é iniciada ou radicalizada, num claro movimento de preservação de um corpo até então objecto dos mais variados ataques.

Tudo nos leva a crer que esta reorganização se relaciona intimamente com o significado de “morte anunciada” atribuído à confirmação da seropositividade ao VIH.

Vários autores têm referido a dimensão ordálica, de desafio à morte, de um vasto conjunto de comportamentos dos toxicodependentes. Será o carácter sagrado da própria vida que é aqui profanado neste desafio lançado às forças que a sustentam. Assedo (1990) realça um outro aspecto destas condutas, ao referir

(1) Psicólogo no CAT da Figueira da Foz

(2) Assistente Social no CAT da Figueira da Foz

Contacto: R. Dr. Calado, n.º 2, 3080-153 Figueira da Foz - Telef. 233401790

Confissões de um Activista

POR

JOÃO NUNES LOPES CURTO⁽¹⁾

O meu nome é Gil Castelo-Branco Pessoa Negreiros Viegas Vicente. Sou dos melhores activistas orgânicos da cidade. A minha existência, desde que aqui estou, tornou-se passatempo entre os curandeiros do espírito, psiquiatras. Psicólogos, psicanalistas e demais representantes de outras especialidades. Consideram-me um caso clínico ou desviante. Tenho o cromossoma da conduta fora-daqui, o que parece satisfazer muito bem a necessidade de decalcarem as linhas dos catálogos mais actualizados. Sofro do que dizem ser a maligna obsessão do consumo. Acordaram que não posso exercer a minha actividade, com o pretexto de que não há maneira de me manter no lugar. Percorrem os seus inumeráveis carris cognitivos, em excursão às zonas sedimentadas dos conhecimentos literários e científicos, e aliciam-me com um novo jogo para a minha memória, com preferência para as confidências decoradas por momentos trágico-eróticos e peripécias parricidas.

Descobriram que não passo de um tímido secundário, incapaz de assumir a minha própria individualidade e defendendo-me com a enorme pulsão dos prazeres solitários. Reconhecem que cheguei a ser tão hábil nesses prazeres desde tenra idade, que viram essas tendências como uma predição simbólica do activista, destruidor dos tabus mais preciosos, e já vivo no interior da minha caixa negra. Daí a considerarem o dever de me plastificar foi um passo. Passei a ser um paranóico-crítico. Mas se de alguma me sinto orgulhoso é o de ter vencido o velho tabu que afirma “não cobiçar nada do próximo”, pois entendi que, se me apropriava de algum papel ou personagem menos à mão, não era em consequência de um impulso furtivo, o que já seria muito, mas de uma necessidade catártica purificadora de um estado conformista. A partir desse dia começou a minha relação com a dor de cabeça e as pastilhas. A minha felicidade passou a ser então

racionalmente provocada e clandestinamente gozada com o auxílio da química.

Estes comedores de miolos profissionais, só entendem as telas dos meus dias quando motivados pelo passado ou pelo futuro imediato, tentando assim apropriar-se dos meus crepúsculos psicossomáticos arrebatados pelo seu conhecimento sectário, na sintonia deles com eles próprios. Procuravam apoderar-se desses meus espaços onde fica a beleza dos dias entre a realidade e o sonho que nutrem as telas do nosso imaginário com prazer malicioso. E nem sequer entendem que mesmo num canal normalizado de mensagens, como diriam os especialistas da comunicação, possa entrar um ruído tão interdito quanto carregado de uma irresistível e agradável loucura. É verdade que o ruído pode enlouquecer. Mas a qualidade, a afirmação, dum autêntico activista revela-se na estranheza daquele ruído mágico e incontrolável que flui pelo corpo como murmúrios provocadoramente metafísicos e que torna a comunicação um acto artístico. Todos os artistas têm as suas obsessões, os seus temas preferidos. O artista começa onde a moral e a razão acabam.

Sendo agora mais do que nunca senhor da minha linguagem, dos meus atributos metafóricos, pretendem convencer-me a recuperar o elogio da minha personalidade e pedem-me a expiação, qual acto de compaixão por mim próprio, de todos aqueles toques de cor deliciosamente excitantes que fizeram de mim um activista decidido, como única possibilidade purificadora da minha mente lasciva.

Reconheço, sem dúvida, as minhas divagações, que me sobem até ao desejo, sentimento muito comum entre os activistas, e que são consideradas pelos membros das associações de guardadores do pensamento como sintomas do desenvolvimento da angústia por atingirem os limites do desejo e entrarem nos territórios do vazio e do desespero. Mas recusam-se a

(1) Chefe de Serviço de Psiquiatria; Director da Unidade de Desabilitação de Coimbra do IDT

Sumário

Comportamentos de <i>Mobbing</i> no local de trabalho — <i>Adriano Vaz Serra</i>	171
A “Escala Portuguesa de <i>Mobbing</i> ” — <i>Adriano Vaz Serra, Carlos Ramalheira, Mariana Moura-Ramos, Tatiana Carvalho Homem</i>	189
Esquemas mentais e vulnerabilidade ao stress — <i>Adriano Vaz Serra</i>	213
Perícias psiquiátrico-forenses — <i>Nuno Pereira</i>	227
Comorbilidade entre esquizofrenia e abuso de substâncias: a propósito de um caso clínico — <i>Graça Milheiro, Zulmira Correia</i>	237
Lesão cerebral traumática em crianças e adolescentes — <i>Graça Milheiro, Luís Borges</i>	245
Sexualidade na gravidez e após o parto — <i>Ana Isabel Silva, Bárbara Figueiredo</i>	253

Comportamentos de *Mobbing* no local de trabalho

POR

ADRIANO VAZ SERRA⁽¹⁾

Resumo

O Mobbing é um termo anglo-saxónico que tem sido utilizado para referir uma forma particular de stress no trabalho. Muitos dos estudos iniciais nesta área ficaram a dever-se ao Professor Heinz Leymann, psicossociólogo do trabalho que, sendo de origem alemã, se veio a naturalizar sueco e a trabalhar na Universidade de Umeå. Nos seus trabalhos de investigação sempre utilizou aquele termo.

Contudo, têm sido usados muitos outros termos, consoante os autores, para se referirem ao mesmo fenómeno. Assim, para além de Mobbing, igualmente têm sido mencionados os termos Bullying, Abuso emocional no local de trabalho, Assédio moral no trabalho, Assédio psicológico no trabalho, Humilhação ou vexame no local de trabalho, Vitimização psicológica no local de trabalho ou Terror psicológico no local de trabalho.

O Mobbing surge após um conflito entre duas pessoas no ambiente de trabalho, a partir do qual uma delas passa a perseguir a outra, através de comportamentos hostis de natureza verbal e não-verbal. É, por conseguinte, uma forma de interacção hostil no local de trabalho, dirigida intencionalmente por um ou mais indivíduos contra dado trabalhador, algumas vezes com uma frequência quase diária, que se prolonga pelo menos por seis meses, podendo manter-se ao longo de anos seguidos.

Constitui uma situação grave indutora de stress, particularmente lesiva da auto-estima do indivíduo, que pode ter consequências muito sérias para a saúde física e mental da vítima e ainda repercussões importantes em relação ao emprego, condições sociais e económicas.

No presente artigo, para além da definição e da descrição dos comportamentos de Mobbing, vão ser mencionados também aspectos referentes à epidemiologia, às causas que o propiciam, às características da vítima, às consequências que pode determinar e igualmente os conselhos que podem ser dados a uma vítima de Mobbing.

Abordagem do tema

Vamos tratar este tema considerando os seguintes pontos:

- O interesse pelo termo *Mobbing* aplicado às condições de trabalho
- Que pretendemos referir quando utilizamos o termo *Mobbing*?
- Comportamentos típicos de *Mobbing*
- As fases de escalada do *Mobbing*

- Metodologia usualmente utilizada na investigação do *Mobbing*
- Epidemiologia
- Causas que propiciam os comportamentos de *Mobbing*
- Características das vítimas
- Consequências
- Conselhos a dar a uma vítima de *Mobbing*

□

Estabelecidos estes propósitos vamos agora tratar cada um destes pontos.

⁽¹⁾ Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra. Director da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

A “Escala Portuguesa de *Mobbing*” *

POR

ADRIANO VAZ SERRA⁽¹⁾, CARLOS RAMALHEIRA⁽²⁾, MARIANA MOURA-RAMOS⁽³⁾,
TATIANA CARVALHO HOMEM⁽⁴⁾

Resumo

Diversas investigações têm revelado que o sector público pode constituir uma área preferencial de Mobbing. Atendendo ao exposto, este primeiro estudo incidiu sobre duas grandes instituições da região centro: os CTT e os Hospitais da Universidade de Coimbra, empresas que envolvem um número vasto de trabalhadores, com funções diferentes, alguns dos quais com um contrato individual de trabalho e outros com vínculo à função pública.

Obtivemos uma amostra de 622 trabalhadores, que responderam a três instrumentos psicométricos diferentes: a escala de avaliação de Mobbing designada por “Escala Portuguesa de Mobbing” (EPM), o Inventário de Personalidade de Eysenck (H.J. Eysenck e Sybil B.G. Eysenck, 1964), para medir as variáveis de Introversão/Extroversão e Neuroticismo/Estabilidade emocional e a escala 23 QVS (Vaz Serra, 2000), para avaliação da vulnerabilidade ao stress.

A “Escala Portuguesa de Mobbing” (EPM) é uma escala de tipo Likert constituída por 27 questões.

Criada a partir da amostra dos 622 elementos acima mencionados revelou uma correlação Par/Ímpar de .866 e um Coeficiente de Spearman-Brown de .928, tradutores de uma boa consistência interna.

O Coeficiente α de Cronbach para todos os itens apresentou um valor de .896. Este valor baixou sempre quando à escala foi excluído algum dos itens seleccionados, evidenciando este facto a importância que cada um deles tem como elemento contributivo para uma boa homogeneidade.

A correlação de cada questão com a nota global foi positiva e altamente significativa, tanto quando na nota global esteve incluído ou excluído o item em análise. Mesmo no caso de exclusão do item da nota global a correlação verificada nunca foi inferior a .20. Estes factos são abonatórios de se terem conseguido itens que, no seu conjunto, correspondem a uma escala unidimensional, capaz de definir um conceito.

Tendo sido realizada uma matriz de correlações de Spearman (devido à natureza de distribuição não-normal da maioria dos itens) observou-se que existia uma correlação discreta entre a maioria das questões, abonatória de que não são redundantes.

Uma análise factorial de componentes principais seguida de rotação varimax extraiu 8 factores ortogonais que explicam 65 % da variância total. A composição de cada factor parece traduzir o seguinte significado: Factor 1: Depreciação e desconfiança; Factor 2: Pressão ligada às tarefas; Factor 3: Ofensas à dignidade e capacidades do indivíduo; Factor 4: Agressão verbal e inibição directa; Factor 5: Isolamento e ostracização;

(1) Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra. Director da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

(2) Delegado Regional do Instituto da Droga e Toxicoddependência. Médico Psiquiatra da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Assistente Convidado da Faculdade de Medicina de Coimbra

(3) Licenciada em Psicologia

(4) Licenciada em Psicologia

* Este trabalho resulta de um protocolo de investigação assinado a 19 de Abril de 2001 entre o IDICT e a Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra com o objectivo de realizar um estudo sobre *Mobbing* nos locais de trabalho.

Esquemas mentais e vulnerabilidade ao stress

POR

ADRIANO VAZ SERRA⁽¹⁾

Resumo

O objectivo do presente trabalho consistiu em estudar a relação entre Esquemas Mentais mal-adaptativos e Vulnerabilidade ao Stress. Partiu-se do pressuposto que, quanto mais mal-adaptativos fossem os Esquemas Mentais, maior tenderia a ser a Vulnerabilidade ao Stress.

A fim de medir as variáveis mencionadas foram utilizados como instrumentos psicométricos o Questionário de Esquemas Mentais de Young e Brown (1989) e a escala 23 QVS (Vaz Serra, 2000).

Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizada uma amostra de 200 indivíduos, 103 dos quais eram doentes com transtornos mediados pela ansiedade e 97 eram indivíduos normais, que nunca haviam tido quaisquer transtornos psicopatológicos.

Os resultados revelaram uma correlação positiva e altamente significativa entre os Esquemas Mentais e a Vulnerabilidade ao Stress, ocorrência que leva a aceitar a afirmação de que quanto mais disfuncionais são os Esquemas Mentais mais acentuada tende a ser a Vulnerabilidade ao Stress.

Igualmente se comprovou que os valores dos Esquemas Mentais e da Vulnerabilidade ao Stress, medidos pelos dois instrumentos mencionados, tendem a ser mais elevados nos doentes quando são confrontados com os indivíduos normais. A diferença destes valores foi, sob o ponto de vista estatístico, altamente significativa.

Assim, é de admitir que os esquemas mentais disfuncionais determinam um processamento de informação distorcido que, por sua vez, influencia atitudes e comportamentos mal-adaptativos que tornam um indivíduo mais vulnerável ao stress.

O que é um esquema mental?

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2003, pp. 6-7) o termo esquema mental tem uma história particularmente rica na área do desenvolvimento cognitivo. Segundo os autores corresponde a um padrão que se impõe à observação da realidade ou da experiência para ajudar o indivíduo a explicá-la. Constitui um mediador da percepção que guia as respostas do indivíduo.

No contexto da psicologia e da psicoterapia, mencionam aqueles autores, um esquema mental pode ser conceptualizado como um amplo princípio organizador que dá sentido à experiência da própria vida.

Cada indivíduo não transporta consigo apenas

um esquema mental mas um conjunto de esquemas. Construídos no decurso da interacção do indivíduo com os ambientes sócio-cultural e físico, organizam-se de uma forma hierárquica. Há os que são mais densos e proeminentes e os que têm menor preponderância.

Um esquema mental pode ser adaptativo ou mal-adaptativo. No primeiro caso, propicia a que o indivíduo lide bem com as circunstâncias envolventes. No segundo caso, cria-lhe dificuldades que se podem notar em diversas áreas de funcionamento.

Jeffrey Young (1990) menciona que os esquemas mentais precoces mal-adaptativos são extremamente estáveis. Desenvolvem-se durante a infância e ado-

⁽¹⁾ Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra. Director da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Perícias psiquiátrico-forenses

POR

NUNO PEREIRA⁽¹⁾

Resumo

Neste artigo, procede-se a uma revisão sobre perícias psiquiátricas solicitadas em diferentes ramos do Direito. Nas perícias penais, estuda-se a imputabilidade, a perigosidade e a personalidade do arguido. Nas perícias cíveis, avalia-se a capacidade civil, negocial, testamentária, para contrair ou manter o matrimónio e para exercer o poder paternal. Nas outras perícias, para além da avaliação do dano mental, em Direito Penal, Direito Civil e Direito do Trabalho, consideram-se também as avaliações clínico-psi-quiatricas para internamento compulsivo.

A Psiquiatria Forense, ponto de encontro entre a Psiquiatria e o Direito, assume a sua expressão prática nas perícias requisitadas nos diferentes ramos do Direito. As suas aplicações predominam no campo da lei criminal, da lei civil e da lei laboral. Os seus objectivos são legais, implicando em penas, anulações ou indemnizações, ao passo que os da avaliação clínica correspondem ao tratamento ou à investigação.

Ao Direito Penal, ramo do Direito Público, compete uma função de protecção de bens e valores fundamentais da sociedade e de defesa da liberdade da pessoa. O Direito Civil, como núcleo do Direito Privado Comum, regula as relações entre as pessoas, num espaço em que se cruzam aspectos pessoais e patrimoniais. O Direito de Trabalho, como Direito Privado Especial, regula fundamentalmente as relações individuais e colectivas do trabalho.

Nas perícias penais, as questões giram em torno do conceito de *imputabilidade* (ou capacidade delitual). Nas perícias cíveis, os psiquiatras são chamados a avaliar a *capacidade* para actos civis. A avaliação do *dano mental*, de natureza penal, civil ou laboral, é também objecto da Psiquiatria Forense.

Um parecer psiquiátrico tem por função fornecer ao juiz uma informação que o esclareça sobre o que

importa para a sentença. Poderá ser ou não vinculativo para o juiz.

O *relatório médico-legal*, registo escrito da perícia, deve ser preciso e claro, evitar termos técnicos (que se utilizados devem ser explicados) e descrever os sintomas nas próprias palavras do examinando.

A estrutura do relatório deverá conter os seguintes pontos: Identificação do examinando, Informação do processo (n.º do processo, entidade requisitante, objectivo da perícia, quesitos formulados pelo juiz e pelas partes e material em que se funda o relatório), História clínica (anamnese e exames). Discussão (fundamentos das conclusões) e Conclusões (com as respostas aos quesitos, se os houver).

Nas perícias penais é necessário acrescentar mais um capítulo: Relato do crime (segundo o processo e segundo o arguido).

I – PERÍCIAS PENAIS

Nas perícias psiquiátricas em Direito Penal, para além da imputabilidade, também se avalia a perigosidade e a personalidade do arguido.

Em princípio, o juízo técnico-científico, inerente à prova pericial sobre inimputabilidade, está subtraí-

⁽¹⁾ Chefe de Serviço de Psiquiatria no Hospital Infante D. Pedro

Comorbilidade entre esquizofrenia e abuso de substâncias: a propósito de um caso clínico

POR

GRAÇA MILHEIRO⁽¹⁾, ZULMIRA CORREIA⁽²⁾

Resumo

A propósito de um caso clínico de um adolescente internado com primeiro surto psicótico e consumo de drogas concomitante, as autoras fazem uma breve reflexão sobre as relações entre cannabis e perturbação psicótica e as hipóteses existentes para explicar essas relações, onde a questão que frequentemente se coloca é : o uso de drogas por si só causa psicoses, ou os sintomas prodrômicos da esquizofrenia só por si podem levar ao uso de substâncias?

Palavras-chave: *psicose, drogas, adolescência*

Abstract

About a clinical example of an adolescent admitted as a inpatient with psychotic episode and drug abuse.

Discussion about the experience or beginning of disease with drugs.

Key-words: *psicose, drugs, adolescence*

CASO CLÍNICO

Identificação

F.J., sexo masculino, 16 anos, residente na Trofa.

Motivo do internamento

Internamento compulsivo por “surto psicótico agudo”.

História da doença actual

Segundo a tia e o irmão, é desde Novembro de 2002 (que relacionam com a morte da mãe que ocorreu nessa data) que notam as principais alterações no comportamento do Jorge, “andava esquisito” e dizia

frequentemente ao irmão “assassinaram a nossa mãe e agora andam atrás de nós para nos matarem”. O discurso que apresentava em casa também chamava a atenção, dizia frequentemente ao irmão que a polícia andava atrás deles para os matar, estava tudo comprado pelos “gajos de Gaia” que tinham muito dinheiro, que estava tudo combinado com a televisão; dizia ainda que a casa estava sob escuta e que ia ao parlamento receber uma indemnização pelo assassinato da mãe. Várias vezes o irmão o encontrou a falar com a televisão, dirigia-se a ela insultando-a. O irmão refere que, também desde essa altura o Jorge se isolava cada vez mais, passava grande parte do tempo fechado no quarto ou na cave, sózinho e a fumar, tendo aumenta-

(1) Interna Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Pediátrico de Coimbra

(2) Assistente Graduada de Psiquiatria da Infância

Lesão Cerebral Traumática em Crianças e Adolescentes

POR

GRAÇA MILHEIRO⁽¹⁾, LUÍS BORGES⁽²⁾

Resumo

A lesão cerebral traumática constitui um importante problema de saúde pública, sendo uma das causas mais comuns de morte na infância. Os autores fazem uma breve revisão teórica acerca da lesão cerebral traumática em crianças e adolescentes. Começam por abordar os aspectos epidemiológicos e descrever os principais factores de risco para traumatismos cranianos bem como para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos pós-traumatismo. De seguida, descrevem-se as principais sequelas resultantes desses traumatismos, nomeadamente a nível cognitivo, comportamental e emocional. Por fim faz-se uma breve referência à avaliação e abordagem destes pacientes e é proposto um protocolo de avaliação pedopsiquiátrica dos mesmos.

Palavras-chave: *Traumatismo crânio-encefálico, sequelas neuropsiquiátricas, crianças, adolescentes.*

Abstract

Traumatic brain injury is a major public health problem, being one of the more frequent causes of childhood death. In this review, the factors to consider are: epidemiologic aspects, the cognitive, behavioural and emotional problems that may arise, and how to evaluate these patients.

Key-words: *Traumatic brain injury, neuropsychiatry disorder, children, adolescents.*

Introdução

A Lesão cerebral traumática, dano cerebral secundário a um trauma externo, ocorre frequentemente em crianças e adolescentes, constituindo um importante problema de saúde pública. A Lesão cerebral traumática é uma das causas mais comuns de morte na infância e uma causa comum de Síndrome Cerebral Crónica nas crianças. Crianças e adolescentes com traumatismos cranianos podem apresentar-se com uma ampla variedade de problemas os quais variam desde uma quase completa recuperação até se-

quelas profundas e devastadoras que afectam não só a criança, no seu funcionamento social, ocupacional e familiar, mas também a família; estes problemas englobam as áreas cognitivas, comportamentais e emocionais. Há muitas causas e processos envolvidos na lesão cerebral e as sequelas cognitivas, comportamentais e emocionais podem variar em severidade e tipo de uma criança para outra. Os efeitos do traumatismo podem ser resultado directo da lesão cerebral, uma resposta indirecta à lesão (por ex. reacção ao acidente e perdas resultantes), exacerbação de problemas preexistentes ou modificação das expectativas para a

⁽¹⁾ Interna Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Pediátrico de Coimbra

⁽²⁾ Director do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra

Sexualidade na gravidez e após o parto

POR

ANA ISABEL SILVA⁽¹⁾, BÁRBARA FIGUEIREDO⁽²⁾

Resumo

O período de gravidez e pós-parto é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas, que podem ter uma influência directa e indirecta na vivência da sexualidade. Sendo este uma fase de transição, que implica novos equilíbrios e adaptações, é também um momento particularmente propício a uma nova integração da sexualidade. Esta integração poderá levar a um aprofundamento da vivência sexual na relação do casal ou, pelo contrário, desencadear o início de dificuldades várias, conduzindo a disfunções e problemas com impacto negativo na saúde física e psicológica da gestante e do seu companheiro. As investigações levadas a cabo nesta área, que apresentamos no presente artigo, indicam que a gravidez e o pós-parto constituem uma fase crítica para o início ou agravamento de problemas sexuais, na medida em que, desejo, interesse e actividade sexual tendem a diminuir, durante este período. O impacto dos resultados empíricos ao nível da intervenção psicológica na transição para a parentalidade é também analisado.

Abstract

The period of pregnancy and after childbirth is characterized by biological, psychological, relational and social changes that can have a direct and indirect influence in experiencing sexuality. Being this a changing phase, that implies new balances and adaptations, it is also a particularly propitious phase for a new integration in sexuality. This integration could lead to a deepening of the sexual experience in the couple or, on the other hand, to unchain the beginning of several difficulties, leading to disfunctions and problems with negative impact in the physical and mental health of the pregnant women and her partner. In the present article, we present research that indicates that pregnancy and the after-childbirth constitute a critical phase for the beginning or worsening of sexual problems, seeing that, desire, interest and sexual activity tends to diminish, during this period. The impact of the empirical results on a psychological intervention level in the transition to parenthood was also analyzed.

1. Introdução

Se analisarmos a transição para a parentalidade segundo uma perspectiva do ciclo vital, não só entendemos que assistimos nas últimas déca-

das a consideráveis mudanças a nível socio-económico e cultural que acompanham a chegada de um filho, como percebemos também uma maior valorização da circularidade das relações (conjugais, familiares) aquando desta experiência

⁽¹⁾ Licenciada em Psicologia. Investigadora no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho e na Maternidade Júlio Dinis (Porto).

⁽²⁾ Professora Associada no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

A correspondência deve ser enviada para: Bárbara Figueiredo, Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700-320 Braga, bbfi@iep.uminho.pt

Sumário

“Memórias de uma compradora compulsiva” – a propósito de um caso clínico de Oniomania — <i>Ana Cristina David, Rui Seco</i>	269
“Quando a cabeça não tem juízo, o corpo é que paga” – a propósito de um caso clínico de Distúrbio Delirante (Delírio de Infestação) — <i>Ana Cristina David, Rui Seco, Hugo Oliveira</i>	277
Um caso de Síndrome Maligno dos Neurolépticos de evolução fatal — <i>Joana Serra, Jorge Santos, Eurico Allen, António Bajouco</i>	285
Aspectos Médico-Legais em Psiquiatria da Infância e da Adolescência — <i>Graça Milheiro, Luísa Veiga</i>	289
Solicitações Médico-Legais no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra – casuística do ano 2004 — <i>Graça Milheiro, Luísa Veiga</i>	295
Demência por Corpos de Lewy. Artigo de Revisão — <i>Joaquim Cerejeira, Zulmira Santos</i>	305
Expressividade emocional e abordagem familiar nas psicoses: contributos do modelo cognitivo-comportamental — <i>Paulo Henrique Figueiredo</i>	319
Auto-conceito e actividade física na terceira idade — <i>Luísa Faria e Cláudia Marinho</i>	331
A intervenção psicoeducativa das actividades aquáticas e da neuropsicologia em paciente vítima de Acidente Vásculo Cerebral – Um Estudo de Caso — <i>Nuno Machado, Carina Correia, Luís Maia, Carlos Fernandes da Silva, Manuel Joaquim Loureiro</i>	345

“Memórias de uma compradora compulsiva” – a propósito de um caso clínico de Oniomania

POR

ANA CRISTINA DAVID⁽¹⁾, RUI SECO⁽²⁾

Resumo

Apesar de se registarem com elevada frequência e de terem graves consequências económicas, familiares, sociais e laborais, os casos de compras compulsivas são raramente descritos na literatura psiquiátrica.

Os autores fazem uma abordagem deste fenómeno, reflectindo sobre as características clínicas, epidemiológicas, e sobre a indefinição relativa à classificação nosológica. Descrevem ainda os métodos farmacológicos e psicoterapêuticos utilizados no seu tratamento, apresentando como exemplo o caso clínico de uma doente seguida no internamento e na consulta externa do Hospital de Santo André.

Abstract

Despite the high frequency and the serious economic, domestic, social and labour consequences, the cases of compulsive shopping, described in the psychiatric literature are uncommon.

The authors have made a revision of this phenomenon, approaching the clinical and epidemiological characteristics, as well as the lack of definition related to its pathological classification. They also describe the pharmacological and psychotherapeutic methods used in its treatment, presenting as an example the clinical case of a patient suffering from this disease, which was observed during its internment and external consultation in Santo André hospital.

Introdução

As compras compulsivas converteram-se, durante os últimos anos, num tema que suscita grande preocupação e debate no seio das sociedades de consumo ⁽¹⁾. Neste campo, como em muitos outros, verifica-se uma acentuada tendência entre os autores para recorrer ao nome de celebridades ou personagens de reconhecido prestígio social como exemplo da realidade e alcance da patologia, citando-se como exemplo: George Washington, Jackie Kennedy Onassis e a Imperatriz Isabel da Áustria (Sissi), que “antecipou”

um fenómeno de comorbilidade muito frequente na actualidade (o binómio anorexia-compra excessiva).

No início do século XX, Kraepelin e Bleuler consideraram a “mania das compras” (ou oniomania) bem como a cleptomania, um tipo de impulso patológico ou reactivo, respectivamente ⁽²⁾. Apesar destas descrições históricas, a literatura psiquiátrica sobre o tema é bastante reduzida, tendo-se verificado, contudo, nos anos 90 um aumento do interesse ⁽³⁾, com a atribuição de diversas descrições e denominações a um fenómeno que procura, ainda hoje, a sua identidade: compra compulsiva (entre outros, Black, Monahan e Gabel,

⁽¹⁾ Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Hospital de Santo André, SA, Leiria

⁽²⁾ Interno Complementar de Psiquiatria do Hospital de Santo André, SA, Leiria

“Quando a cabeça não tem juízo, o corpo é que paga” – a propósito de um caso clínico de Distúrbio Delirante (Delírio de Infestação)

POR

ANA CRISTINA DAVID⁽¹⁾, RUI SECO⁽²⁾, HUGO OLIVEIRA⁽³⁾

Resumo

A propósito de um caso clínico de Delírio de Infestação, os autores fizeram uma análise sobre a definição, critérios de diagnóstico, manifestações clínicas e tratamento desta patologia.

Sendo o contacto inicial, nestes casos, frequentemente estabelecido com o Clínico Geral ou o Dermatologista, assume particular importância a colaboração inter-disciplinar, ao longo de todas as fases da doença.

Abstract

Concerning a clinical case of Delusional Infestation, the authors have made the revision of the definition, diagnostic criteria, clinical manifestations and the treatment of the disease,

Since the initial contact in these cases is frequently established with the practitioner or dermatologist, the interdisciplinary collaboration assumes a particular importance during all the stages of the disease.

Introdução

Descrito pela primeira vez por Thieberge, em 1894, como “Acarofobia” e mais tarde por Perrin como “Neurodermatite Parasitofóbica”, o *Delírio de Infestação* tem sido alvo de controvérsia no que respeita à classificação nosológica. Ekbohm⁽²⁾ enfatizou a qualidade delirante do quadro ao introduzir o termo “*Dermatzoowahn*”. Em 1980 Munro descreve-o como “*Psicose Hipocondríaca Monosintomática*”. Stenback e Rimón⁽³⁾ propuseram o termo “*Delírio Somático*”, posteriormente aceite na classificação da DSM-III e mantido na DSM-IV (TR), a qual classifica estes casos como “*Distúrbio Delirante, Tipo Somático*”.

Do ponto de vista psicopatológico, segundo Pio Abreu⁽¹⁾, o conteúdo do pensamento (sob forma de juízo), consiste numa auto-adequação reflexiva do pen-

samento à realidade, tendo em conta a capacidade de argumentação e contra-argumentação lógica. Quando o pensamento evolui fora da interacção comunicativa e da realidade objectiva, torna-se delirante. Delirar significa, assim, etimologicamente, “lavar fora do sulco”, sendo o pensamento delirante aquele que ocorre desviado do “sulco” da realidade, do homem comum.

Definição

O diagnóstico de *Distúrbio Delirante* exige, segundo a DSM-IV-TR⁽⁴⁾, a presença dos seguintes critérios:

- 1) ideias delirantes não bizarras, com duração não inferior a um mês;
- 2) o critério A para esquizofrenia nunca foi preenchido;

(1) Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Hospital de Santo André, SA, Leiria

(2) Interno Complementar de Psiquiatria do Hospital de Santo André, SA, Leiria

(3) Assistente Hospitalar de Dermatologia dos Hospitais da Universidade Coimbra

Um caso de Síndrome Maligno dos Neurolépticos de evolução fatal

POR

JOANA SERRA⁽¹⁾, JORGE SANTOS⁽²⁾, EURICO ALLEN⁽²⁾, ANTÓNIO BAJOUÇO⁽²⁾

Resumo

O Síndrome Maligno dos Neurolépticos (SMN) é uma reacção idiossincrásica geralmente secundária a medicação antipsicótica de alta potência farmacológica.

A propósito, os autores apresentam o caso clínico de doente com Perturbação Bipolar tipo I, que em consequência de descompensação maníaca, é submetida a medicação antipsicótica em altas doses, tendo desenvolvido de forma súbita e fatal um quadro de Síndrome Maligno dos Neurolépticos

Palavras chave: *Síndrome maligno dos neurolépticos, antipsicótico, doença bipolar*

Abstract

The neuroleptic malignant syndrome is an idiosyncratic reaction usually dependent on high potency antipsychotic prescription.

The authors present a clinical case of a bipolar disorder type I, in which high dosage antipsychotic medication for a maniac crises, leads suddenly and lethally to the neuroleptic malignant syndrome.

Key - words: *Neuroleptic malignant syndrome, antipsychotic, bipolar disorder*

Introdução

O Síndrome Maligno dos Neurolépticos (SMN) é uma complicação rara, de elevada potencialidade letal, associado geralmente ao uso de antipsicóticos de alta potência farmacológica, embora se confirme a sua ocorrência com antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina). Foi inicialmente descrito na década de 60, por Delay e Deniker sendo denominado de “Síndrome Hipertónico Acinético”. Estima-se uma prevalência de 0,4 a 2,4% nos doentes submetidos a medicação antipsicótica. A sua patogénese não é clara, mas parece estar relacionada com uma disfunção dopaminérgica central e segundo alguns autores, com anomalias na membrana do reti-

culo sarcoplasmático da fibra muscular esquelética. A teoria explicativa mais recente baseia-se numa desregulação do SN Simpático com hiperactividade simpaticoadrenal (Ronald J., 1999). A sua incidência é cerca de 80% para maiores de 40 anos, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, e verificando-se um predomínio no sexo masculino. Aproximadamente metade dos casos reportados com SMN correspondem a doentes com psicose esquizofrénica (Adityanjee, 1997) e cerca de 40% apresentam uma perturbação afectiva (Pearlman, 1986). Sabe-se que a Doença Bipolar e o uso concomitante de lítio podem predispor ao desenvolvimento deste síndrome e aumentar o seu risco de recorrência (Susmman, 1988). O seu perfil clínico consiste em hipertermia, rigidez muscular de tipo

⁽¹⁾ Interna do 3º ano de Psiquiatria do Hospital Sobral Cid

⁽²⁾ Psiquiatra do Hospital Sobral Cid

Aspectos Médico-Legais em Psiquiatria da Infância e da Adolescência

POR

GRAÇA MILHEIRO⁽¹⁾, LUÍSA VEIGA⁽²⁾

Resumo

Neste artigo as autoras pretendem fazer uma breve revisão teórica acerca de alguns aspectos médico-legais em Psiquiatria da infância e da Adolescência.

Palavras-chave: *Pedopsiquiatria, Forense.*

“O pedopsiquiatra deve tentar encontrar as necessidades actuais da criança; as necessidades da criança devem ser o ponto central. Outros irão argumentar pela justiça”

(Stephen Wolkind, 1994)

Introdução

A psiquiatria forense corresponde à interface da psiquiatria e do direito e exerce uma função auxiliar da Justiça. O Juiz é autoridade especialista em direito e não em desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, enquanto o Pedopsiquiatra é especialista em desenvolvimento psicossocial e psicopatologia infantil, juvenil e familiar e não em leis. A psiquiatria forense da criança e do adolescente é já considerada em alguns países como uma sub especialidade da psiquiatria forense, pois reveste-se de uma complexidade própria decorrente das características da infância e da adolescência.

Os Tribunais e outros organismos dependentes do Ministério da Justiça (Institutos de Reinserção Social, Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais) bem como Comissões de Protecção de Menores, instituições e profissionais de saúde mental, colaboram de

forma interdisciplinar e interinstitucional no sentido de, articuladamente, promoverem os seus objectivos de protecção e bem estar do menor em causa.

Os psiquiatras de crianças e adolescentes são técnicos medicamente treinados e este treino básico proporciona-lhes um conhecimento em método científico de avaliação, de observação e de tratamento de distúrbios físicos e mentais. Após o treino médico básico têm um treino em psiquiatria geral e, desta forma, adquirem algumas competências para observação de adultos, terminando depois o treino com as várias valências específicas da Pedopsiquiatria (neurologia pediátrica, desenvolvimento, doenças crónicas, comportamentos aditivos, adolescência, 1ª infância, pedopsiquiatria de ligação, entre outros).

A solicitação de opiniões psiquiátricas por Tribunais tem aumentado, aumento esse suscitado por mudanças culturais, sociais e económicas, e isso constitui uma parte essencial do trabalho de qualquer psiquiatra de crianças e adolescentes. As avaliações para os Tribunais devem ser vistas como uma parte central, nobre e valiosa do trabalho dos pedopsiquiatras, não como um incómodo, pois como qualquer outra intervenção pretende-se que tenha um impacto tremendamente positivo para o desenvolvimento daquela criança. É universalmente reconhecido que

⁽¹⁾ Interna de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do C.H.C.

⁽²⁾ Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do C.H.C.

Solicitações Médico-Legais no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra – casuística do ano 2004

POR

GRAÇA MILHEIRO⁽¹⁾, LUÍSA VEIGA⁽²⁾

Resumo

As autoras realizaram um trabalho descritivo retrospectivo com o objectivo de caracterizar as situações que estiveram na origem de solicitações de natureza médico-legal feitas ao Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra, no ano de 2004.

Palavras-chave: *médico-legal, psiquiatria, crianças, adolescentes.*

INTRODUÇÃO

Os Psiquiatras de Crianças e Adolescentes no decurso do seu trabalho clínico são frequentemente solicitados a colaborar com os Tribunais; estas solicitações têm aumentado, aumento esse suscitado por mudanças culturais, sociais e económicas, constituindo então, uma parte essencial do trabalho de qualquer psiquiatra de crianças e adolescentes. É universalmente reconhecido que as peritagens forenses são uma das actividades mais nobres do exercício da pedopsiquiatria não só pelo seu impacto na clarificação e definição do futuro das crianças e jovens, como pelo seu potencial pedagógico para os decisores.

OBJECTIVOS

As autoras pretendem analisar alguns aspectos da articulação entre a Pedopsiquiatria e os Serviços Judiciais, para o que caracterizaram uma amostra com o objectivo de:

1. Caracterizar a proveniência e natureza dos pedidos,

2. Caracterizar a população que foi alvo deste tipo de solicitações, relativamente à sua idade, sexo, residência, escolaridade, psicopatologia subjacente e contexto sócio-familiar.

MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se à revisão dos processos e cópias dos relatórios enviados para os Tribunais de uma amostra correspondente a todas as solicitações dos Tribunais de pedidos de avaliação psiquiátrica, recebidas durante o ano de 2004, no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra. Elaborou-se uma grelha própria de registo dos dados da amostra (22 solicitações médico-legais).

RESULTADOS

No ano de 2004 foram realizados 22 relatórios médico-legais requisitados pelos Tribunais ou Instituições dependentes do Ministério da Justiça.

⁽¹⁾ Interna de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do C.H.C.

⁽²⁾ Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do C.H.C.

Demência por Corpos de Lewy. Artigo de Revisão

POR

JOAQUIM CEREJEIRA⁽¹⁾, ZULMIRA SANTOS⁽²⁾

Resumo

A Demência por Corpos de Lewy (DCL) é uma entidade definida recentemente e que representa cerca de 15-20% dos casos de demência degenerativa. As alterações fisiopatológicas consistem na precipitação de agregados citoplasmáticos de sinucleína- α nos neurônios, levando à formação de corpos de Lewy no córtex cerebral e núcleos do tronco cerebral, associada a défices dopaminérgicos e colinérgicos significativos. Para além de uma deterioração cognitiva progressiva, a DCL apresenta como características clínicas principais as flutuações cognitivas, com flutuações da função cognitiva, com variação pronunciada da atenção e da vigília, alucinações visuais recorrentes e sinais espontâneos de parkinsonismo. Outras manifestações típicas que apoiam o diagnóstico são quedas frequentes, síncope, perda transitória da consciência, sensibilidade aos neurolépticos, delírios e alucinações de outro tipo. O diagnóstico diferencial da DCL é muitas vezes problemático dada a sobreposição clínica e patológica com o Delirium, doença de Alzheimer, doença de Parkinson e outras formas de demência. Recentemente foram feitos avanços em instrumentos de avaliação clínica e de neuroimagem que podem ser usados na diferenciação da DCL em relação a outras síndromes. O estabelecimento de um diagnóstico preciso numa fase precoce da doença é difícil mas desejável considerando as implicações prognósticas e terapêuticas. O manuseamento da DCL constitui um desafio e qualquer intervenção deve ser monitorizada cautelosamente. Os inibidores da acetilcolinesterase são os fármacos de primeira escolha para o tratamento dos sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos. A utilidade dos neurolépticos atípicos, agonistas dopaminérgicos, benzodiazepinas e antidepressivos na DCL tem de ser cuidadosamente avaliada, considerando os riscos e benefícios para o doente.

Summary

Dementia with Lewy Bodies (DLB) is a recently defined entity which accounts for 15-20% of the cases of degenerative dementia. Pathophysiologic changes include precipitation of cytoplasmic α -sinuclein aggregates in neurons, leading to the formation of Lewy bodies in cerebral cortex and brain stem nuclei, associated with significant dopaminergic and cholinergic deficits. Besides progressive cognitive deterioration, major clinical features of DLB are fluctuations of cognition, with pronounced variations in attention and alertness, recurrent visual hallucinations and spontaneous parkinsonism. Other typical features that support the diagnosis include repeated falls, syncope, transient loss of consciousness, neuroleptic sensitivity, delusions and hallucinations of other type. The differential diagnosis of DLB is often problematic since there is clinical and pathologic overlap with Delirium, Alzheimer's disease, Parkinson disease and other forms of dementia. Recent advances have been made in clinical assessment and neuroimaging tools which can be used to differentiate DLB from other syndromes. Establishing an accurate diagnosis in an early phase of the disease is difficult but desirable concerning the prognostic and therapeutic implications. Management of DLB is somewhat challenging and

(1) Interno de Psiquiatria dos HUC

(2) Assistente Graduada de Psiquiatria dos HUC

Expressividade emocional e abordagem familiar nas psicoses: contributos do modelo cognitivo-comportamental

POR

PAULO HENRIQUE FIGUEIREDO⁽¹⁾

Resumo

Enquanto conceito clínico-interventivo, a expressividade emocional tem sido alvo de abundante investigação dada a sua implicação no curso das psicoses, em particular dada a sua documentada relação com a recaída em doentes esquizofrénicos. O seu impacto conceptual e clínico na intervenção familiar foi notório, motivando a implementação de práticas estruturadas em complementaridade com as técnicas psicofarmacológicas.

A partir do modelo de diátese-stress, o autor aborda os importantes contributos da abordagem familiar no tratamento dos quadros esquizofrénicos, nomeadamente a partir de conceitos advindos das terapias cognitivo-comportamentais, no objectivo de otimizar a criação de um ambiente de baixa expressividade emocional propiciador do evitamento da recaída em doentes esquizofrénicos. Ainda, enfatiza a necessidade da disponibilização destas técnicas de abordagem no cenário da prática clínica em Portugal.

Palavras-chave: expressividade emocional; esquizofrenia; modelo diátese-stress; intervenção familiar.

Os fenómenos psicóticos colocam enormes desafios conceptuais e terapêuticos, sendo cada vez mais óbvio que discursos monoliticamente polarizados de abordagem psicopatológica (quer no que diz respeito à etiologia como ao tratamento, curso e prognóstico) não abarcam a complexidade dos factos e, mais importante ainda, não se traduzem na optimização dos benefícios para os doentes. Os modernos conceitos de circularidade (ao invés de linearidade) e de coevolucionarismo (Maturana & Varela, 1980) implicam crescentemente a adopção de uma perspectiva holística e integradora.

Os enormes avanços psicofarmacológicos no tratamento dos quadros psicóticos – nomeadamente na esquizofrenia e psicose maniaco-depressiva – não obstam, no entanto, a que a ocorrência de recaídas se mantenha bastante elevada. No caso da esquizofrenia, largo número de doentes retornam ao hospital nos 6 meses seguintes à alta, e muitos outros man-

têm importantes défices de ordem social, ocupacional e cognitiva, mesmo quando os sintomas positivos se encontram controlados (Pitschel-Walz, 2004; Leff, 1994). O impacto dos factores ambientais no curso e prognóstico das psicoses tem vindo a ser alvo nas últimas quatro décadas de crescente interesse dos investigadores, multiplicando-se as pesquisas em diversos *settings* institucionais, comunitários e multiculturais (Harrison & col., 1998; Lam, 1991; Pitschel-Walz, 2004; Bhugra & McKenzie, 2003). A constatação pelos estudos sobre a esquizofrenia conduzidos pela Organização Mundial de Saúde (Wig & col., 1987a; 1987b; WHO, 1979; 1991) de que o prognóstico da esquizofrenia aparenta ser bastante melhor nos países em desenvolvimento comparativamente aos países industrializados foi um dos motivos que conduziram a um renovado interesse acerca da importância das variáveis ambientais no curso das psicoses.

Não questionando de todo a certeza da necessida-

⁽¹⁾ Psicólogo Clínico; mestre em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica pela U.C.; responsável pelo Serviço de Psicologia Clínica do Hospital Psiquiátrico do Lorvão

Auto-conceito e actividade física na terceira idade

POR

LUÍSA FARIA⁽¹⁾ E CLÁUDIA MARINHO⁽²⁾

Resumo

Com o objectivo de ilustrar a influência positiva da prática de actividade física na promoção do auto-conceito e da auto-estima de idosos, realizou-se um estudo com três grupos de 20 idosos cada um, com idades compreendidas entre os 65 e os 81 anos de idade: um dos grupos foi alvo de um programa de actividade física, durante 8 semanas (G1), o segundo grupo não foi alvo de qualquer intervenção (G2) e o terceiro grupo é praticante regular de natação (G3), tendo sido todos eles avaliados duas vezes, com um intervalo de 8 semanas, a nível do seu auto-conceito e da sua auto-estima global.

Os resultados apontam para o incremento de todas as dimensões do auto-conceito e da auto-estima no G1, no momento de reteste, não tendo sido observadas diferenças entre o teste e o reteste para os restantes grupos, com a excepção da dimensão de auto-imagem para o G2. Assim, estes resultados são discutidos, salientando-se a importância da prática de actividade física e os seus efeitos positivos no bem-estar psicológico global de idosos, pelo que são apresentadas algumas propostas para a promoção destas actividades, nomeadamente entre os nossos cidadãos mais idosos.

Palavras-chave: *self, auto-conceito, auto-estima global, actividade física, terceira idade.*

Abstract

With the aim of evidencing the positive influence of physical activity in the promotion of self-concept and self-esteem of the elderly, we conducted a study with three groups of 20 elderly people each, with ages ranging from 65 to 81 years old: one of the groups participated in a program of physical activity during 8 weeks (G1), the second group didn't participate in the program (G2), the third group was a regular participant of swimming classes (G3), and all of them were evaluated twice, with an 8-weeks interval, through measures of self-concept and global self-esteem.

The results pointed to the increment of all the dimensions of self-concept and self-esteem for the G1, in the retest, and for the absence of significant differences between the test and the retest for the other two groups, with the exception of the self-image dimension for the G2. Therefore, these results are discussed evidencing the importance of the practice of physical activity and its positive effects on the global psychological well-being of the elderly, presenting also some guidelines for the promotion of these activities among our elderly citizens.

Keywords: *self, self-concept, global self-esteem, physical activity, elderly.*

(1) Professora Associada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua do Campo Alegre, 1055 4169-004 Porto, Telef.: 226 079 700, Fax: 226 079 725, e-mail: lfaria@fpce.up.pt

(2) Mestre em Ciências do Desporto (Actividade Física para a Terceira Idade). Professora de Educação Física na Escola Secundária com 3º ciclo de Gouveia; e-mail: marinho_claudia@hotmail.com

A intervenção psicoeducativa das actividades aquáticas e da neuropsicologia em paciente vítima de Acidente Vásculo Cerebral – Um Estudo de Caso

POR

NUNO MACHADO⁽¹⁾, CARINA CORREIA⁽²⁾, LUÍS MAIA⁽²⁾, CARLOS FERNANDES DA SILVA⁽²⁾, MANUEL JOAQUIM LOUREIRO⁽²⁾

Resumo

Neste artigo apresentamos uma abordagem multidisciplinar no processo de psicoeducação e reabilitação neuropsicológica posterior a Acidente Vásculo Cerebral em paciente masculino, hemiparético, afásico, e com hipoperfusão cerebrovascular por oclusão da artéria carótida interna ao nível do sifão carotídeo esquerdo. Neste estudo de caso, daremos especial enfoque para a descrição do programa aquático de reabilitação planeado para este paciente.

Palavras-chave: Neuropsicologia, aquaterapia, hidroginástica, AVC.

Abstract

In this article we present a multidisciplinary approach in the process of psychoeducation and neuropsychological rehabilitation after a CerebroVascular Accident in a patient, hemiparetic, aphasic, and with cerebrovascular hypoperfusion due occlusion of internal carotid artery to the level of the left carotid siphon. In this case study, we give special attention for the description of the rehabilitation aquatic program for this patient.

Key-words: Neuropsychologic, aquatherapy, aquagym, CVA.

Introdução

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's) apresentam-se como a principal patologia causadora de mortes e incapacidades, em comparação com qualquer outra doença (excepção feita às doenças cardíacas e os casos de cancro) (Lezack, 1995). São a causa principal de incapacidade funcional crónica

e ocupam o terceiro lugar nas causas de morte da população adulta em países como os Estados Unidos em que aproximadamente dois milhões de pessoas estão incapacitados devido a sequelas neurológicas produzidas por AVC's, estimando-se que 55% a 70% necessitem de programas de reabilitação (Brust, 2000). A título ilustrativo, em Inglaterra, o AVC é a causa principal de incapacidade de pessoas adultas e

⁽¹⁾ Santa Casa da Misericórdia do Fundão, Doutorando em Neuropsicologia Clínica pela Universidade de Salamanca

⁽²⁾ Universidade da Beira Interior

⁽³⁾ Universidade de Coimbra

Correspondência: Toda a correspondência deve ser endereçada a Luís Maia, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Estrada do Sineiro, S/N, 6200 – Covilhã, lmaia@deimos.ubi.pt