

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações



**Treino de Competências Sociais e Emocionais para Pacientes com o Espetro da
Esquizofrenia e de Outras Perturbações Psicóticas**

Nelson Alexandre Guedes Valente

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Comunitária e Proteção de Menores

Orientadora: Doutora Patrícia Arriaga, Professora Auxiliar, ISCTE – Instituto
Universitário de Lisboa

Coorientadora: Doutora Joana Alexandre, Professora Auxiliar, ISCTE – Instituto
Universitário de Lisboa

Outubro, 2016

Treino de Competências Emocionais no Espectro da Esquizofrenia

Treino de Competências Emocionais no Espectro da Esquizofrenia

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações



**Treino de Competências Sociais e Emocionais para Pacientes com o Espectro da
Esquizofrenia e de Outras Perturbações Psicóticas**

Nelson Alexandre Guedes Valente

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Comunitária e Proteção de Menores

Orientadora: Doutora Patrícia Arriaga, Professora Auxiliar, ISCTE – Instituto
Universitário de Lisboa

Coorientadora: Doutora Joana Alexandre, Professora Auxiliar, ISCTE – Instituto
Universitário de Lisboa

Outubro, 2016

Agradecimentos

Ao Centro de Apoio Social do Pisão por ter aceitado participar com os seus residentes neste estudo, prestando todo o apoio à realização deste.

À Dr.^a. Soraia Brito por ter disponibilizado um pouco do seu tempo para acompanhar todo o trabalho que foi sendo realizado dentro do Pisão.

À Prof. Doutora Patrícia Arriga por, em conjunto comigo, ter chegado à ideia de realização desta tese, dando sempre espaço a diferentes ideias.

À Prof. Doutora Joana Alexandre por ter conseguido arranjar espaço para coorientar a minha tese, uma vez que já estava envolvida em muitas outras, assim como em outros trabalhos.

E, por fim, à minha família, mais uma vez por todo o apoio.

Resumo

A literatura tem destacado o número significativo de doentes com o Espectro da Esquizofrenia e de outras Perturbações Psicóticas que apresentam défices cognitivos e emocionais. O presente estudo teve como objetivo avaliar parte de um programa de promoção de competências emocionais em doentes com o diagnóstico de Espectro da Esquizofrenia e de outras Perturbações Psicóticas, o *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT). O estudo envolveu 21 indivíduos com o diagnóstico de Espectro de Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas, com idades compreendidas entre os 34 e os 51 anos (16 do sexo masculino e cinco do sexo feminino), que foram divididos entre dois grupos: um de intervenção (GI), ao qual foi implementada a primeira parte do SCIT e um grupo de controlo (GC), não exposto à intervenção. Antes da intervenção e da constituição dos grupos, foram medidas as capacidades cognitivas e emocionais dos participantes através da versão Portuguesa da *Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised* – (WAIS-R) (subteste da matriz e de vocabulário) para as capacidades cognitivas e o *The Comprehensive Affect Testing System* – (CATS) para as emocionais. Sendo que depois da intervenção e para compreender o impacto desta em termos de capacidades emocionais obtidas, só foi aplicada o CATS. Os resultados não indicam diferenças entre ambos os grupos na maioria das competências emocionais avaliadas, verificando-se não terem ocorrido alterações significativas entre as duas fases de avaliação (pré-teste e pós-intervenção). Estes resultados podem estar relacionados com o pouco tempo de implementação da primeira parte do programa de intervenção e com o fato de apenas a primeira parte ter sido implementada. Seria importante em estudos futuros a implementação mais alargada e completa do SCIT para uma mais adequada avaliação da sua eficácia. Considera-se a promoção de competências cognitivas e emocionais na área da saúde mental importante para as populações que sofrem de doença mental grave.

Palavras-chave: *Espectro da esquizofrenia, Deficits sociais, Competências emocionais, Intervenção.*

Códigos PsycInfo:

3040 Social Perception & Cognition

3213 Schizophrenia & Psychotic States

Abstract

The literature has revealed a significant number of patients with the Spectrum of Schizophrenia and other Psychotic disorders with cognitive deficits and emotional skills in patients with a diagnosis of Spectrum of Schizophrenia and other Psychotic disorders, the Social Cognition and interaction Training (SCIT).

The study involved 21 subjects with a diagnosis of Schizophrenia Spectrum and other Psychotic disorders with aged between 34 and 51 years (16 males and five females) were divided into two groups: the use of a intervention group (IG), which has implemented the first part of SCIT and control group (CG), were measured cognitive and emotional skills of the participants through the Portuguese version of the Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised - (WAIS-R) (subtest matrix and vocabulary) to cognitive abilities and The Comprehensive Affect Testing System – (CATS) for emotional. CATS was also applied to the post test to check the impact of the intervention.

The results indicate no differences between both groups in most of the evaluated competencies and emotional, verifying not have been significant changes between the two stages of evaluation (pre test and post intervention). The results may be related to the short time of implementation of the first part of the intervention program and the fact that only the first part was implemented. It would be important for future studies to effectiveness. It is considered the promotion of cognitive competencies and emotional important in the area of mental health for the people suffering from severe mental illness.

Key words: Schizophrenia spectrum, Social deficits, Emotional skills, Intervention.

PsycINFO Classification Categories:

3040 Social Perception & Cognition

3213 Schizophrenia & Psychotic States

ÍNDICE

Introdução.....	1
Capítulo I – Esquizofrenia e competências emocionais.....	3
1. As perturbações do espectro da Esquizofrenia.....	3
1.1.Critérios de diagnósticos segundo diferentes sistemas de classificação.....	4
2. Fatores de risco.....	8
3. Intervenções para Esquizofrenia.....	8
3.1 Intervenções Farmacológicas.....	9
3.2 Intervenções Não Farmacológicas.....	9
3.3 Programas para o Desenvolvimento de Competências emocionais e sociais.....	10
4. Objetivos e Hipóteses.....	16
Capítulo II – Estudo Empírico.....	16
1. Desenho.....	16
1.1 Método.....	16
1.2. Participantes.....	16
1.3. Medidas.....	18
1.4.Procedimento.....	22
Capítulo III – Resultados.....	25
Capítulo IV – Discussão.....	33
Referências.....	37

Índice de Quadros

1. Quadro 1 – Dados sociodemográficos da amostra.....	17
2. Quadro 2 – Fluxograma de aleatorização dos grupos de participantes baseado no <i>Consort 2010 Group</i>	24
3. Quadro 3 – Resultados das avaliações no pré-teste relativo às competências cognitivas e emocionais.....	26
4. Quadro 4 – Correlações entre as principais variáveis.....	28
5. Quadro 5 – Resultados das avaliações no pós pré teste.....	30

Glossário de Siglas

CATS - The Comprehensive Affect Testing System

SCIT - Social cognition and interaction training

TAR - Training Program on Affect Recognition

WAIS-R - Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised

Introdução

Dados de 2000 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que 450 milhões de pessoas, sofriam de afeções neuropsiquiátricas, sendo que estas incluíam perturbações depressivas unipolares, perturbações afetivas bipolares e esquizofrenia (OMS, 2002). Relativamente a indicadores demográficos e segundo a Direção Geral de Saúde (2014), a prevalência do diagnóstico de Esquizofrenia no que confere aos indicadores internacionais está entre os 0.5% e 1%, sendo considerada uma doença de baixa prevalência. Comparativamente a Portugal 3.3% da população é diagnosticada com este tipo de doença.

A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais limitantes, podendo impedir o doente de levar uma vida integrada no meio social e laboral (Ottavi et al., 2014). Segundo a mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais [DSM-5] (APA, 2014) existe um conjunto de critérios de diagnóstico desta perturbação nos quais se incluem sintomas positivos (alucinações e delírios), sintomas negativos (embotamento afetivo), a perda de interesse por atividades. Dentro do grupo de sintomas ainda são incluídos o pensamento e discurso desorganizado e o comportamento motor anormal. Estes sintomas podem traduzir-se no sentimento de incompreensão por parte do doente em relação ao mundo em redor, e pelo mundo em relação ao doente (Pettersen, Rydningen, Christensen & Walby, 2010).

O desenvolvimento de competências sociais e emocionais está intimamente ligado, uma vez que é a partir da nossa regulação emocional que é possível construir relações com qualidade com os que nos rodeiam (von Salisch, Zeman, Luepschen, & Kanevski, 2014). As competências emocionais são importantes nas nossas relações sociais, uma vez que a grande maioria das nossas necessidades são cumpridas através da comunicação. Estima-se que aproximadamente 70% do tempo que gastamos acordados é ocupado a comunicar com os outros (Kuk, Czechowski, & Femiak, 2015). As competências sociais, são geralmente referidas como as capacidades de funcionar de forma eficaz em situações sociais. Existem evidências de que a promoção de competências pessoais e sociais em doentes com diagnóstico de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, além de reduzir a progressão dos sintomas funcionais ao longo do desenvolvimento da doença, permite prevenir recaídas e melhorar o funcionamento social desta população (Ottavi et al., 2014), acabando por ser um trabalho indispensável para fazer estes indivíduos regressar à sua comunidade, permitindo a reconstrução da

realidade de cada doente ao nível mais alto de satisfação e bem-estar, procurando atingir a melhor autonomia possível dos profissionais de saúde (Melo-Dias, 2014).

Em termos de programas de promoção de competências usados em Portugal, destacam-se o *Social Skills Training* – (SST, Bellack, 2004) e o manual de avaliação e treino de habilidades sociais (Caballo, 2009) implementado por Melo-Dias (2014). Neste momento está a decorrer através de um projeto levado a cabo pela Universidade Católica Portuguesa de adaptação para população Portuguesa do programa utilizado neste estudo o *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT) (Roberts, Penn & Combs, 2016). O presente estudo teve como objetivo testar o impacto de um módulo do programa de prevenção de competências emocionais do SCIT para um grupo de doentes com diagnóstico de Espectro de Esquizofrenia e de outras Perturbações Psicóticas.

O presente trabalho está estruturado em dois capítulos. No capítulo um, é feita uma revisão de literatura sobre a história da doença e do seu diagnóstico, assim como são apresentados alguns indicadores demográficos deste, como ainda que tipo de intervenção é realizado junto desta população; o segundo capítulo consiste na apresentação do estudo levado a cabo, onde é apresentado o método, os participantes, as medidas e o procedimento; o Capítulo três corresponde à apresentação dos resultados. Por último, no capítulo quatro, é feita a discussão dos resultados, são apresentadas limitações e sugestões para estudos futuros.

Capítulo I – Esquizofrenia e competências emocionais

1. Perturbações do espectro da esquizofrenia

Foi no final do século XIX, que o médico psiquiatra alemão Emil Kraepelin descreveu uma perturbação psicótica crónica associada à desintegração cognitiva, à qual se deu o nome de demência precoce (Mazhari, et al., 2014). Esta definição veio suscitar alguma controvérsia historiográfica, pois a leitura que era feita deste termo remonta ao alienismo francês do meio do século XIX (Enric & Rafael, 2010, p.206-207), mais concretamente aos estudos clínicos de (Morel, 1852 citado por Enric & Rafael, 2010), tendo este apresentado alguns casos de jovens com o diagnóstico de demência “estúpida”, que se caracterizava por apresentarem uma demarcada estereotipia de atitudes, gestos e linguagem, acrescido de um embotamento emocional muito evidente. Este quadro clínico evoluía rapidamente em termos de perdas das faculdades mentais, chegando, finalmente, a um estado mais avançado de demência (Mahieu & Huertas, 2004, citados por Enric & Rafael, 2010).

Foi Bleuler, um psiquiatra suíço e discípulo de Freud que, em 1908, deu o nome de esquizofrenia a um quadro clínico de demência precoce, acrescido de sintomas de delírios e alucinações e declínio das emoções ao longo do avançar da doença (Louter, 2010). Em conjunto com Freud, Bleuler refletiu sobre os sintomas da demência precoce de Kraepelin chegando à conclusão que esta teria causas psicológicas mais profundas comparativamente à esquizofrenia. Segundo Bleuler, a esquizofrenia era caracterizada por dificuldades na associação do pensamento, que o doente não conseguia ter controlo consciente. Considerava-se que a incapacidade do pensamento dos doentes com esquizofrenia resultaria em estilos de pensamentos conflituantes que poderiam formar duas personalidades, acompanhadas por um discurso incoerente e confuso que propiciaria o isolamento (Louter, 2010). Dependendo da forma e do grau, seria possível obter-se um diagnóstico de nível mais leve ou mais profundo, da perturbação de esquizofrenia.

Na atualidade, a esquizofrenia é uma doença crónica incapacitante que afeta cerca de um por cento da população mundial, mesmo depois de séculos de investigação as suas causas ainda são desconhecidas (Insel, 2010).

Segundo a versão mais recente do Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-5) (APA, 2014, pp.103-104), “a Perturbação do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas”, inclui a esquizofrenia, outras perturbações psicóticas, como a perturbação delirante, perturbação psicótica breve, e ainda a perturbação esquizotípica da personalidade. Estas são qualificadas por anomalias, em um ou mais dos seguintes domínios: delírios, alucinações, pensamento, discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado (catatonia), e sintomas negativos.

1.1 Critérios de diagnósticos segundo diferentes sistemas de classificação

Existem dois sistemas de classificação que podem ser utilizados pelos profissionais de saúde mental para classificação do diagnóstico de esquizofrenia, eles são o Manual Internacional de Doenças (CID) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM). Neste sentido será feita uma descrição dos mesmos, utilizando este último manual.

Segundo o DSM 5, (2014, pp.103-104) são critérios de diagnóstico: os delírios, alucinações, pensamento e discurso desorganizado, comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado e os sintomas positivos e negativos, Mais concretamente os sintomas positivos referem-se assim ao excesso de propriedades vitais, como por exemplo os espasmos musculares, movimentos anormais, ou até mesmo as alucinações e os delírios (Azorin, Belzeaux, & Adida, 2014). Por seu lado, os sintomas negativos surgem com a negação destas propriedades resultantes da perda de sensibilidade, como por exemplo, a diminuição da expressão emocional (face e contacto com o olhar), que incute no doente a incapacidade de expressar e identificar emoções, avolição (perda de interesse por atividades sociais e laborais), e anedonia, caracterizada pela ausência de sentir prazer através de determinadas atividades do dia-a-dia, ou até mesmo perda de motivação para as realizar (Azorin et al., 2014).

Pensa-se que ao longo dos estudos sobre o desenvolvimento do sistema nervoso os sintomas negativos estejam relacionados com a dissolução das funções neurais, ao passo que os sintomas positivos resultam da excitação provocada pelos níveis baixos do controlo inibitório do sistema nervoso.

Os sintomas negativos na esquizofrenia são as principais causas da perda de produtividade, má qualidade de vida, *deficits* sociais, e mau aproveitamento ocupacional dentro deste espectro (Buchanan, 2007; Kirkpatrick, Fenton, Carpenter, & Marder, 2006; Kurtz, Moberg, Ragland, Gur, & Gur, 2005 citados por Velligan, Maples, Roberts, & Medellin, 2014). Em contraste com os sintomas positivos, os negativos são mais difíceis de serem tratados, e na maioria dos casos persistem ao longo do tempo mesmo depois dos sintomas positivos estarem resolvidos ou até minorados.

Diminuir este tipo de sintomas e melhorar os resultados funcionais para esta população de indivíduos é uma importante prioridade na saúde mental Buchanan; (Velligan et al., 2014).

A falta de *insight* ou por outras palavras, de consciência da própria perturbação é outra das incapacidades presentes; esta dificuldade abrange a não consciência dos sintomas de esquizofrenia, podendo estar presente ao longo de todo o curso da doença. Normalmente, o facto de não ter consciência da doença acaba por ser um sintoma da mesma e não uma estratégia de *coping* (APA, 2014).

Os delírios constituem uma condição neuropsiquiátrica reversível de curta duração, que também é caracterizada por perturbações no comportamento psicomotor, juntamente com perturbações de consciência, percepção, pensamento, emoções e funções cognitivas (Grover, Ghosh, & Ghormode, 2014). Normalmente são de fácil identificação e constitui-se como uma condição psicótica importante no diagnóstico da esquizofrenia (Langdon, Ward, & Coltheart, 2010).

Avaliação destes é realizada tendo em conta diversas dimensões, tais como, a frequência, a angústia e a convicção (Lincoln, Ziegler, Lüllmann, Müller, & Rief, 2010).

Um ponto importante que os delírios incutem na psicose e que resulta numa incapacidade para o doente, é a diminuição da percepção que este tem da realidade que por fim perturba a capacidade deste de avaliar adequadamente o seu estado mental (Lincoln et al., 2010) .

As alucinações são consideradas como um dos sintomas positivos deste espectro, sendo um elemento importante quando se pretende estabelecer o diagnóstico (Chen, et al., 2015). Este tipo de sintomas tem-se revelado como um fator limitante no funcionamento social a longo prazo, dos doentes com esquizofrenia no que respeita a sua qualidade de vida. Estudos que recorrem à neuro-imagem por exemplo, revelam lacunas generalizadas associadas às alucinações, como por exemplo perda de massa cinzenta na parte frontal do córtex e no giro cingulado na zona anterior e posterior (Shin, et al., 2005; Kubera, et al, 2007; Nenadic, Smesny, Schlosser, Sauer, Gaser, 2010; Pu Wi Li, Zhang, Ouyang, Liu, & Zhao, 2012 citados por Chen et al., 2015).

Existem diferentes tipos de alucinações, podendo estas estarem presentes em qualquer dos nossos sentidos da percepção, sendo as auditivas as mais comuns. As hiponagógicas ocorrem normalmente ao adormecer, e as hipnopômicas ao acordar, sendo estes dois tipos consideradas experiências normais (APA, 2014) As alucinações olfativas (Kar, Garg, & Tripathi, 2016), em concreto, remetem para distorções ao nível do olfato, na ausência de qualquer estímulo olfativo.

“O pensamento desorganizado é normalmente inferido a partir do discurso do doente, podendo este saltar de assunto em assunto, fazendo o designado descarrilamento ou afrouxamento de associações (APA, 2014, pp.104-105) ”.

A alogia é outra das dificuldades que surge com o avanço da doença, sendo caracterizada pela ausência do discurso ou da prosódia deste, ou por respostas inadequadas a uma determinada conversa sobre uma situação (March&Schub, 2016).

O comportamento desorganizado no contexto da esquizofrenia é considerado um sintoma grave, uma vez que o doente não consegue realizar de forma independente as atividades diárias. Este tipo de comportamento envolve a falta de higiene, incapacidade de se vestir, preparar refeições, completar tarefas pessoais, comportamento sexual impróprio, uso de muitas camadas de roupa num clima quente. Estes comportamentos podem evoluir ao longo do tempo, o doente pode desenvolver manifestações mais frequentes de outros tipos de comportamentos (March&Schub, 2016).

Como por exemplo, o comportamento catatónico, em que diminui a reatividade aos estímulos do ambiente, podendo ir desde a resistência a determinadas instruções, à manutenção de uma postura rígida, imprópria ou bizarra, ou até à completa ausência de resposta verbal ou motora (estupor). Contrariamente a isto, o doente pode exibir atividade motora excessiva (excitação catatónica) (APA, 2014).

Tal como foi referido em cima, existindo um segundo sistema de classificação de doenças mentais para além do DSM-5, mais concretamente o CID da Organização Mundial de Saúde, o diagnóstico recorrendo a este manual faz-se a partir da evolução dos episódios psicóticos, que podem apresentar *deficits* progressivos ou estáveis, ou abarcar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Sendo que não é muito correto fazer-se um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico incorpora sintomas depressivos ou maníacos, salvo se a ocorrência dos sintomas esquizofrénicos seja anterior às das perturbações afetivas. Por último, não se deve fazer um diagnóstico deste tipo se existir uma doença cerebral manifesta, relacionada com intoxicação por drogas ou abstinência delas.

Segundo o CID-10 o diagnóstico de esquizofrenia é caracterizado por diferentes níveis desta doença, tanto pelo tipo mais simples de esquizofrenia, como ainda com o subtipo paranoide, hebefrénico e residual. Relativamente à esquizofrenia paranoide, existem distorções na perceção, nos afetos inapropriados, e perturbações na linguagem, mas os sintomas catatónicos estão ausentes, ou relativamente discretos.

Na esquizofrenia hebefrénica os sintomas são bastante agressivos, uma vez que este subtipo é caracterizado pela presença prominente de uma perturbação de afetos, ideias delirantes, as alucinações são efémeras e fragmentadas, e o comportamento é irresponsável e imprevisível. Por fim, a esquizofrenia residual é caracterizada pelo estado crónico da doença esquizofrénica, em que se verifica a progressão clara de um estado precoce para um tardio, em que persistem os sintomas negativos, lentidão psicomotora, hipoatividade, e embotamento afetivo (ICD10,2010).

Comparativamente ao diagnóstico desta doença utilizando os dois sistemas citados, existem diferenças relativamente aos subtipos, uma vez que a partir do DSM-IV estes foram eliminados devido a fornecerem estabilidade diagnóstica limitada, baixa confiabilidade e pouca validade. Com isto, foi acrescentada uma abordagem dimensional para classificar a gravidade dos sintomas centrais da esquizofrenia na

Seção III do DSM-5, para manter a heterogeneidade no tipo de sintoma e gravidade que se manifesta entre o doente e os transtornos psicóticos (APA, 2014).

2. Fatores de Risco

Entende-se por fatores de risco as vulnerabilidades que a população com esquizofrenia está sujeita no que refere aos perigos do meio envolvente (Suresky, Zauszniewski, & Bekhet, 2014). Alguns autores (McDonald & Murray 2000; citado por Scherr, Hamann, Schwerthöffer, Froböse, Froböse, Pitschel-Walz & Bäuml, 2012) consideram a esquizofrenia como um aparente acumular de um grande número de fatores de risco genéticos, ambientais, mentalmente complexos e com uma natureza multifatorial. Desenvolvimento motor e da fala atrasados. Exposição a eventos adversos da vida, consumo de estupefacientes.

Em termos de diagnóstico, a história familiar é um fator importante; a existência de mais casos na família é considerada um dos indicadores de risco mais fortes (Kumar, Castellani, Maiti, O'reilly, & Singh, 2013).

Os próprios acontecimentos psicossociais do dia-a-dia e o stresse associado aos mesmos são outro dos fatores que podem potenciar ou exacerbar os sintomas psicóticos da esquizofrenia (Corcoran et al, 2003; Lim & Chong, 2009; Meyer-Lindenberg & Tost, 2012 citados por Zimmerman, Bellaire, Ewing, & Grace, 2013). Alguns estudos apontam para o facto de que os indivíduos que estão mais expostos a fatores de stresse estão mais suscetíveis de desenvolver a doença do que outros indivíduos que tenham o gene na sua predisposição genética (Benes, 1997; Tsuang, 2000; Walker et al, 2008 citados por Zimmerman et al., 2013), indicando que os fatores ambientais podem fazer despoletar os fatores genéticos.

Ainda, alguns dados sugerem que existe uma maior prevalência em os homens, imigrantes e em indivíduos criados em grandes cidades (Akdeniz, Tost, & Meyer-Lindenberg, 2014).

3. Intervenção para Esquizofrenia

De seguida será feita uma descrição que tipo de intervenção tem vindo a ser feita com este tipo de população, tanto no que diz respeito à intervenção farmacológica como a intervenção psicossocial.

3.1 Intervenções Farmacológicas

A intervenção farmacológica remete para utilização de estabilizadores de sintomas nesta população.

Este tipo de tratamento tem sido o mais utilizado em doentes com diagnóstico de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos recorrentes desde a sua introdução na década de 60 (Moncrieff, 2015).

Nos últimos anos tem sido possível observar que a medicação anti psicótica se torna eficaz para o tratamento dos sintomas da psicose aguda, prevenindo recaídas na esquizofrenia. O surgimento de novos anti psicóticos têm demonstrado menos efeitos colaterais em termos cerebrais que demonstra ser um avanço claro terapêutico (Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, 2001). Apesar de este tipo de medicação evitar muitas vezes a recaída dos pacientes, o efeito da mesma é adverso quando se olha para o impacto que tem a longo prazo no funcionamento social (Moncrieff, 2015). Por isso, a grande maioria das pessoas com esquizofrenia, mesmo aquelas que beneficiam de medicação, manifestam sintomas incapacitantes, não só em termos cognitivos, mas também sociais (Bustillo et al., 2001).

3.2 Intervenções Não Farmacológicas

Surge assim importância de os tratamentos farmacológicos para a esquizofrenia serem contrabalançados com outro tipo de terapias, designadamente de natureza psicossocial.

As Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) por exemplo, têm sido usadas no tratamento desde tipo de população, para diminuir os *deficits* cognitivos e sociais (Tarrier & Bobes, 2000). Assentam que as perturbações mentais e o sofrimento psíquico são resultantes de fatores psíquicos desadaptados (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Tendo como autores pioneiros Beck e Ellis, a TCC sustenta que as cognições que são desadaptadas mantêm o sofrimento emocional e os problemas comportamentais. O modelo criado pelos dois últimos autores referidos postula que as estratégias terapêuticas para alterar essas cognições desadaptadas levam a mudanças na angústia emocional e nos comportamentos problemáticos (Hofmann et al., 2012).

Em termos de tratamento, este é consistente com o modelo médico da psiquiatria tendo como objetivo geral a redução dos sintomas, a melhoria do funcionamento e a remissão da doença (Hofmann et al., 2012).

Algumas meta-análises demonstram que as TCC têm efeitos benéficos na redução dos sintomas positivos (i.e., delírios, alucinações) (Gould et al. 2001; Rector & Beck 2001 citados por Hofmann et al., 2012). Outros estudos de Zimmermann et al. (2005 citados por Hofmann et al., 2012) evidenciaram que a TCC é um complemento promissor da farmacologia para doentes com esquizofrenia que sofrem de episódios agudos, em vez de terem uma condição crónica.

As intervenções psicossociais que incluem TCC, intervenções familiares e a reabilitação cognitiva, são frequentemente úteis como medidas não farmacológicas para pacientes após o seu primeiro episódio psicótico (Remschmidt, Fleischhaker, Hennighausen, & Schulz, 2011). Estes tipos de abordagens são compostas por intervenções multidimensionais, tais como programas cognitivo-comportamentais para grupos, com exercícios estruturados que permitem melhorar a perceção sobre as emoções de si e dos outros, gerir a raiva e o temperamento, trabalhar respostas desproporcionadas muitas vezes por incapacidade de um diálogo interno menos positivo, explorar alternativas para determinadas crises de comportamento, *role playing* e resolução de problemas.

Face ao exposto, têm surgido vários programas que passaremos a descrever.

3.3 Programas para desenvolvimento de competências sociais e emocionais

Neste âmbito, os pioneiros em realizar este tipo de treino de competências a pessoas com esquizofrenia, foram os assistentes sociais. As principais contribuições incluíram formas precoces de tratamento de casos sociais, tratamento comunitário assertivo, psicoeducação familiar, gestão de pontos fortes, terapia pessoal, entre outros (Eack, 2012).

Apesar destes resultados poderem ser promissores, uma recuperação completa é algo que ainda continua sem fim à vista, levando à identificação de novas formas de intervenção ou tratamentos mais dirigidos a alguns domínios específicos, designadamente o domínio cognitivo, por, se encontrar bastante comprometido na esquizofrenia (Galderisi, et al., 2010).

Para o tratamento de aptidões do domínio cognitivo, estão incluídas técnicas para a promoção de aptidões sociais, ou seja, capacidades em usar um repertório de competências verbais e não-verbais, e ainda as competências e capacidades da cognição social. O conceito de cognição social é compreendido como o conjunto de operações mentais que estão na base das nossas interações sociais, incluindo os processos envolvidos na percepção, interpretação, programação e geração de respostas às intenções, disposições e comportamentos dos outros. Pode igualmente ser definida a partir do agrupamento de processos sociais, que atestam o modo como são construídas as inferências sobre as crenças e intenções em relação aos outros e como são equacionados os diferentes fatores situacionais sociais quando se realizam tais inferências (Vaz-Serra, et al., 2010).

De seguida apresenta-se alguns programas e a justificação da escolha dos mesmos:

No que concerne ao *Psychosocial Skills Training - (PSST; Liberman, 1972)* a sua escolha surge através da importância que deu em envolver a formação psicológica, o treino em habilidades sociais, não só dentro do grupo terapêutico, mas também familiar, o que permite ter uma visão mais abrangente de como os diferentes programas têm evoluído e envolvido a comunidade dentro da prevenção de recaídas na esquizofrenia (Gupta et al., 2012 citados por Yildirim, et al., 2015).

O *Training Program on Affect Recognition – (TAR; Wölwer, Streit, Polzer, & Gaebel, 2005)* este foi o primeiro programa a ser escolhido para este estudo, devido à sua fácil aplicação que tem como objetivo central de capacitar e promover a identificação das emoções faciais na esquizofrenia, integrando-as nas interações sociais do quotidiano, sendo esta uma das metas para este estudo.

Uma vez que não foi possível ao investigador conseguir ter acesso ao manual do programa atrás mencionado, junto dos seus autores em tempo útil, procurou-se na literatura por outra solução, e por fim acabou-se por se decidir a utilização do *Social Cognition and Interaction Training - (SCIT; David, Combs & Penn)* além de ser um programa recente e que atualmente ainda não foi testado nem validado para a população portuguesa, acaba por incluir no seu programa as questões das competências sociais e emocionais e por isso ter sido o programa escolhido para este estudo, apesar de no mesmo ter sido utilizada a parte correspondente às emoções.

Por outro lado, o programa proposto é uma intervenção baseada nos grupos e que tem como objetivo trabalhar os prejuízos da cognição social que estão associados à esquizofrenia, mais concretamente do tipo paranoide (Hasson-Ohayon, et al., 2014).

Wolwer e colaboradores em 2005, criaram o *Training Program on Affect Recognition* - (TAR), o programa é composto por 12 sessões divididas por três blocos, em que os participantes aprendem a identificar emoções básicas (alegria, tristeza, medo, nojo, raiva e surpresa), aprendem a processar de forma holística as decisões rápidas, com base na primeira impressão, no processamento não-verbal e no reconhecimento de expressões faciais com pequena intensidade, e por último, aprendem de que forma as emoções podem moldar o contexto social e o comportamento situacional (Sachs et al., 2012).

Estudos (Wölwer et al., 2005; Habel et al., 2010) que aplicaram (TAR) obtiveram resultados muito promissores no sentido da sua viabilidade e eficácia, uma vez que os participantes demonstraram melhorias na afetação e reconhecimento das emoções. Os efeitos da intervenção deste programa demonstraram que estes não são fruto simplesmente da estabilização psicopatológica. Os resultados indicaram que os tratamentos específicos podem ser uma mais-valia para melhoria de determinadas funções emocionais na esquizofrenia, ajudando a aumentar as capacidades dos pacientes relativamente ao seu funcionamento social. Nomeadamente no que confere à discriminação e interpretação de emoções e das interações sociais.

Comparativamente as limitações que este programa possa conter, estas estão presentes por exemplo na impossibilidade de não se conseguir controlar as mudanças na administração dos medicamentos durante o curso das sessões, apesar de ser um fator transversal a este tipo de programas, mas que pode modificar todo o trabalho já realizado pelas sessões de treino (Sachs et al., 2012).

O *Psychosocial Skills Training* (PSST) foi construído com base em duas abordagens teóricas: o condicionamento operante e a teoria da aprendizagem social (Bandura, 1969, Liberman 1972 citados por Heinssen, Liberman, & Kopelowicz, 2000). No cerne deste programa está a importância especial do desenvolvimento ou aperfeiçoamento de habilidades sociais, estratégias de resolução de problemas, relações interpessoais, interações adaptativas, *insights* sobre a doença e problemas relacionados, estratégias de enfrentamento para os sinais de alerta ou até mesmo sintomas persistentes e, por último,

o fortalecimento da autoestima dos pacientes por envolvimento da família, aliado ao processo de tratamento com uma abordagem integrativa (Yildiz, Veznedaroglu, Eryavuz, & Kayahan, 2004).

Um estudo (Morian, Alarcón, & Herruzo, 2006) que utilizou o programa referido, obteve como resultado uma melhoria significativa nas habilidades psicossociais dos participantes que estiveram presentes nas sessões do programa ao longo de seis meses, estas sessões ocorreram no meio domiciliário, em comparação com um grupo de pacientes que receberam tratamento convencional nas instalações de uma unidade de saúde. Uma vez que os sintomas de esquizofrenia já tinham sido confirmados anteriormente, a medicação dos participantes foi alterada, o que permite predizer que em casa a intervenção pode funcionar como um fator de proteção para os pacientes e, conseqüentemente prevenir recaídas. Outro estudo que também utilizou o programa (Deveci et al., 2008 citados por Yıldırım, et al., 2015) mostrou que houve uma diminuição significativa nos valores dos sintomas positivos e negativos dos pacientes, os seus sintomas de depressão após o treino de habilidades psicossociais diminuíram igualmente, havendo um aumento dos níveis de conhecimento e qualidade de vida, e uma diminuição não muito significativa nos seus níveis de risco de suicídio.

Relativamente às limitações deste programa, estas estão relacionadas concretamente com o abuso de substâncias por parte de alguns doentes que vivem com as suas famílias, que muitas das vezes encontram-se numa situação financeira delicada.

Uma vez que, no seio familiar onde estes doentes inserem, surgem em alguns momentos conflitos entre o doente e a família, este por sua vez acaba por abandonar o lar e ir viver sem um endereço fixo. O que além de prejudicar a saúde física e mental do doente, este tipo de comportamento perturba o seu foco no treino de habilidades que este programa se propõe realizar entre a família e o doente (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 2004).

O *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT) é um outro programa cujas técnicas de intervenção adaptam modelos de processamento de informação (Roberts & Penn, 2009). Este programa funciona dentro de um âmbito de intervenção em grupo projetado especialmente para indivíduos com transtorno do espectro da esquizofrenia, em particular com o tipo paranoide (Penn, et al., 2005). Nesse sentido, os autores desenvolveram um conjunto de modelos de intervenção terapêutica que têm como

objetivo colmatar estas limitações ao nível da cognição social dos pacientes e formação para integração (Roberts & Penn, 2009), dando ênfase à percepção das emoções, ao estilo de atribuição e teoria da mente, que estão comprometidos em doentes com este diagnóstico (Penn et al., 2005)

No que se refere à organização do programa, este é composto por três fases: as seis primeiras trabalham a percepção das emoções, as sete seguintes visam trabalhar enviesamentos cognitivos e sociais, e as cinco últimas relacionadas com a integração no meio, num total de 18 sessões, uma vez por semana, e com uma duração de 45 a 60 minutos.

Em termos de eficácia, são três os estudos que se podem descrever a este respeito: Penn, Roberts, Combs, e Sterne em 2007 realizaram uma pesquisa com dois grupos de doentes com diagnóstico do espectro da esquizofrenia, um grupo de sete e outro de dez e que participaram no SCIT. No final das sessões apresentaram melhorias na percepção das emoções e tendência reduzida para atribuir hostilidade relativamente à representação emocional das outras pessoas.

Outro estudo que envolveu um grupo de 11 doentes com diagnóstico do espectro da esquizofrenia e outro de 30 igualmente com o mesmo diagnóstico, e que foram integrados no programa proposto, no final deste apresentaram melhorias ao nível da cognição social como das habilidades desta (Roberts & Penn, 2009).

Por último, um estudo mais recente, que utilizou um grupo de 12 doentes com esquizofrenia e que igualmente como nos outros estudos apresentados foram submetidos ao SCIT, no final do programa exibiam melhorias significativas nos domínios do reconhecimento emocional, funcionamento social e ocupacional (Bartholomeusz et al., 2013).

No que se refere à aplicação deste programa em Portugal a sua validação ainda está em curso, mais concretamente num projeto levado a cabo pela Universidade Católica em colaboração com David Roberts e promovido pelo ENCONTRAR+SE – Associação para Promoção de Saúde Mental, em parceria com o Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano da Universidade Católica Portuguesa. Em 2014, foi traduzido o manual e dinamizada a formação de técnicos em diferentes equipas desta área de intervenção. Atualmente, em Portugal, está a ter lugar a avaliação de impacto deste programa num grupo de pessoas com diagnóstico de psicose.

É um programa que foi especialmente criado para o espectro da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas, que tem demonstrado resultados positivos em outros tipos de perturbações, não só para a forma paranoide da esquizofrenia, mas também para outras como a perturbação esquizoafetiva, como ainda outro exemplo, as perturbações bipolares e outras perturbações relacionadas.

A sua validade ainda carece de alguns estudos que se foquem não só nos benefícios dos participantes melhorarem as suas capacidade de identificação das emoções assim como na expressão destas, mas ainda averiguar o impacto que este programa tem em áreas como da teoria da mente e nos diferentes estilos de atribuição, áreas que este programa também se propõe a trabalhar (Penn et al., 2005).

Apesar das intervenções psicossociais demonstrarem ser uma promessa para minorar estes efeitos, as disfunções sociais continuam a ser a maior necessidade de tratamento não satisfeita entre pacientes com esquizofrenia (Roberts et al., 2014). Com isto surgiu uma abordagem que visa melhorar o funcionamento social, orientando as operações mentais subjacentes à interação social, conhecida como cognição social. Essa nova abordagem e através de uma série de ensaios desenvolvidos pelos autores do SCIT (David, Combs & Penn, 2005) mostrou evidências viáveis e toleráveis em ambientes comunitários, mostrando eficácia positiva relativamente a cognição social e ao funcionamento do mesmo, como ganhos substanciais do tratamento que persistem ao longo de um período de acompanhamento de 6 meses (Roberts, Penn, Labate, Margolis, & Sterne, 2010; Combs, Adams, et al., 2007; Roberts & Penn, 2009; Combs et al., 2009 citados por Roberts et al., 2014).

“Em 2013, o Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2013, pp.5-6) apontava como as 10 principais causas para a incapacidade a longo prazo da dependência psicossocial as doenças neuropsiquiátricas, ou seja, as perturbações de depressão unipolar (11,8%), os problemas ligados às adições do álcool (3.3%), esquizofrenia (2.8%), os distúrbios bipolares (2,4%) e por fim a demência (1,6%).”

4. Objetivos e Hipóteses

O objetivo do presente estudo é analisar a eficácia do módulo relativo as competências emocionais e sociais do programa SCIT com o intuito de promover competências emocionais em doentes com diagnóstico do espectro da esquizofrenia, mais concretamente competências ao nível do reconhecimento e identificação de emoções (identificação de emoções básicas, aprendizagem sobre que tipo de informação os diferentes estados de humor nos dão, e como podem moldar as nossas interações sociais e as nossas emoções). As competências emocionais de expressão e identificação facial serão avaliadas antes e após a intervenção com o SCIT, através de provas selecionadas do *The Comprehensive Affect Testing System – (CATS)* (Schaffer, Froming, Gregory, Levy, & Ekman, 2006), numa versão portuguesa traduzida para o efeito.

Espera-se que apenas no grupo de intervenção ocorra um aumento de competências emocionais entre as fases pré e pós intervenção e que num grupo de controlo (sem intervenção) não ocorram diferenças nas competências emocionais entre as duas fases, designadamente em termos de competências de identificação de expressões emocionais na face (H1).

Espera-se, assim, que após a intervenção, o grupo sujeito à intervenção SCIT evidencie maiores competências emocionais do que o grupo de controlo (sem intervenção).

Capítulo II – Estudo Empírico

1. Desenho

O presente estudo tem subjacente um plano experimental, recorrendo a medidas de tratamento pré e pós teste, com grupo de controlo e grupo de intervenção, tendo o participante sido aleatoriamente distribuídos pelas duas condições.

1.1 Método

1.2 Participantes

Participaram 21 indivíduos com o diagnóstico do Espectro de Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas com idades compreendidas entre os 34 e os 51 anos ($M = 43.33$ $DP = 5.49$), sendo 16 indivíduos do sexo masculino e cinco do feminino (Quadro 1).

No que diz respeito ao tipo de esquizofrenia, a grande maioria dos pacientes (N = 11) apresenta esquizofrenia do tipo paranoide, cinco esquizofrenia, quadro do tipo residual, e um hebefrénico (Quadro 1). Os diagnósticos foram realizados com recurso ao (ICD-10), e no momento do estudo os participantes estavam a receber tratamento ambulatorio regular. O diagnóstico dos participantes deste estudo foi realizado pelo médico psiquiatra da instituição onde residem estes pacientes, sendo o mesmo feito com base nos critérios de diagnóstico do *International Classification of Diseases* - (ICD10) (ICD10, 2010).

Foram tidos como critérios de inclusão idades compreendida entre os 30 e os 50 anos, com historial de doença com o Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas e serem analfabetos.

Quadro 1. Tabela demográfica da amostra

	Total		Grupos				χ^2	
			Intervenção		Controlo			
	(n=21)		(n=10)		(n=11)			
	n	%	n	%	N	%		
Sexo								.153
Masculino	16	76.2	8	80	8	72.70		
Feminino	5	23.8	2	20	3	27.30		
Diagnostico								3.579
Esquizofrenia	5	23.8	4	40.0	1	9.1		
Paranoide	11	52.4	4	40.0	7	63.60		
Residual	4	19.0	2	20.0	2	18.20		
Hebefrénica	1	4.80	0	00.0	1	9.10		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
Idade	43.33	5.49	42.60	6.11	44.00	5.06	48.00	.620

1.3 Medidas

Competências Emocionais

Tal como referido, para analisar a eficácia do programa, avaliou-se as capacidades emocionais em duas fases pré e pós-intervenção. As competências foram avaliadas através do *The Comprehensive Affect Testing System* – (CATS) (Schaffer et al., 2006). O CATS é uma prova de que permite medir o reconhecimento emocional facial e prosódico, e que permite medir as capacidades de diferenciação das expressões emocionais, como ainda relacionar estas com cada uma das seis emoções básicas (feliz, triste, zangado, medo, nojo e neutro). Relativamente à versão utilizada para esta investigação, ela não está de momento validada para população portuguesa, fornece unicamente o idioma em português.

1) *Discriminação da identidade (22 itens)*. Nesta prova são apresentadas duas faces. O examinado tem de decidir se as faces pertencem à mesma pessoa ou se são duas pessoas diferentes, os retratos são apresentados no mesmo número de pares de sexo. Cada face expressa a mesma emoção. O mínimo de pontuação para esta prova é zero e o máximo 22.

2) *Discriminação da emoção (22 itens)*. Ao examinado é mostrado duas faces, mas a expressão emocional pode ser a mesma ou diferente. O mesmo deve indicar se as expressões emocionais apresentadas pelas duas faces são as mesmas ou diferentes. O mínimo de pontuação para esta prova é zero e o máximo 22.

3) *Nomeação da emoção (20 itens)*. O examinado deve indicar qual a emoção que a única face apresentada no ecrã expressa. Devendo escolher entre seis emoções possíveis (feliz, triste, zangado, medo, nojo e neutro). O mínimo de pontuação para esta prova é zero e o máximo 20.

4) *Seleção da emoção (20 itens)*. O nome de uma das seis emoções surge no topo do ecrã, o examinado deve indicar a baixo qual das cinco faces que surgem, expressa emocionalmente a dita emoção. O mínimo de pontuação para esta prova é zero e o máximo 20.

5) *Teste das três faces (36 itens)*. Três faces são apresentadas ao examinado, duas das faces expressam a mesma emoção, uma outra apresenta uma expressão diferente. O examinado deve indicar qual das duas expressa a mesma emoção. O mínimo de pontuação para esta prova é zero e o máximo 36.

Relativamente às competências que cada subteste mede, os subtestes de discriminação da identidade e discriminação da emoção permitem medir as capacidades de reconhecimento facial, se este é realizado de forma completa ou incompleta, o que posteriormente podem indicar lesões cerebrais em determinados lobos. Permitem ainda compreender se existem perturbações relacionadas com a identificação de determinadas emoções, ou se esta é geral para todas. Os outros três subtestes permitem medir de que forma flui a identificação de emoções comparativamente ao sexo.

Cada item de um teste é atribuída a correção de correto ou incorreto, cada resposta desta é cotada com um valor no caso das corretas e zero nas incorretas, depois de se fazer o somatório das respostas, é atribuída uma pontuação bruta para cada subteste.

A pontuação bruta é transformada em pontuação padronizada, para que seja possível comparar com os valores normativos para cada subteste. A transformação de valores é possível de ser feita através das listas de cotação que acompanham o manual.

Para determinar a fidelidade do (CATS), os autores (Schaffer et al., 2006) recorreram ao cálculo do *Alpha* de *Cronbach* e *Spearman*. A fiabilidade dos subtestes foi na generalidade um pouco menor para os critérios de associação da emoção e seleção da emoção.

Relativamente à validade há poucos dados disponíveis que permitam tirar conclusões sólidas sobre qualquer uma das questões de validade (Schaffer et al., 2006).

No que se refere à validade de constructo e segundo algumas análises iniciais indicam que a idade e o sexo contribuíram para o desempenho sobre alguns subtestes do CATS. Embora na maior parte do QI não se correlacionou com os subtestes do CATS, os autores mencionam pesquisas que encontraram uma forte correlação entre a capacidade de processamento (operacionalizados pelos resultados brutos da WAIS-III Matrix) e o desempenho em muitos dos subtestes do CATS. As tarefas de discriminação emocional não se correlacionaram, o que se pode supor que esta associação pode ser atribuída às exigências sensoriais desta tarefa, e não à natureza das exigências da tarefa (Schaffer et al., 2006).

Por outro lado, o subteste de identificação das emoções com um rosto, e em seguida com cinco diferentes emoções para identificar a expressão presente, está correlacionada fortemente com alguns subtestes da escala da prosódia, comparativamente a outros subtestes relacionados com a escala de identificação das faces.

Em Portugal este instrumento tem sido utilizado para estudar a população com esquizofrenia não só pela dificuldade desta em reconhecer e identificar emoções no geral, como mais especificamente as emoções relacionadas com a dor (Martins, Moura, Martins, Figueira, & Prkachin, 2011).

Atendendo que a esquizofrenia tende afetar as competências cognitivas (Mazhari et al., 2014), e sendo estas relevantes para competências emocionais (Hasson-Ohayon et al., 2014), considerou-se importante avaliar a priori as competências cognitivas dos participantes, em particular as capacidades de raciocínio e de vocabulário, recorrendo a dois subtestes da *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R; Wechsler, 1981)* (versão portuguesa): prova verbal de vocabulário e a prova não-verbal das Matrizes. Estes subtestes têm sido usados no âmbito de investigação prévia de estudos de eficácia de intervenção que visam desenvolver competências emocionais na esquizofrenia (Rossell et al., 2013; Wilhelm, Hildebrandt, Manske, Schacht, & Sommer, 2014; Kurtz & Richardson, 2012).

O subteste de vocabulário contempla o conjunto de palavras que são oralmente apresentadas ao indivíduo, que por sua vez terá de as descodificar relativamente ao seu significado, e apresentá-lo oralmente, este subteste permite avaliar a habilidade de aprendizagem, a riqueza de ideias e de informações, a qualidade de linguagem, o grau de pensamento abstrato e o carácter dos processos de pensamento, enquanto o subteste das matrizes permite avaliar as capacidades de raciocínio indutivo e as habilidades de raciocínio espacial (Wechsler, 1981).

Na prova de vocabulário os itens são apresentados oralmente e visualmente, agrupados em nove cartões. É um subteste que prevê a aplicação da regra de retrocesso, ou seja, inclui 3 itens para aplicação em sentido inverso caso o sujeito não obtenha cotações máximas nos dois primeiros itens administrados. O critério de interrupção é de seis insucessos consecutivos, sendo cotado como zero pontos. As respostas corretas são cotadas com um ponto e as incorretas com zero pontos, sendo o mínimo de zero pontos e o máximo de 66 pontos (Wechsler, 1981).

Na prova das matrizes cada item é constituído por uma matriz na qual falta uma parte, e por cinco opções de resposta. O examinado deve seleccionar a opção que lhe parece mais correcta, apontando-a ou verbalizando o número que lhe corresponde. O critério de interrupção é aplicado depois de quatro insucessos consecutivos, onde são cotados com zero pontos, ou então quatro cotações de zero pontos em cinco itens consecutivos. As repostas corretas são cotadas entre um e dois valores conforme a qualidade destas, e as incorretas com zero pontos, o mínimo de pontuação é zero e o máximo de 29 pontos (Wechsler, 1981).

Para o desenvolvimento da bateria de testes em termos da sua fidelidade e validade foram realizados um conjunto de estudos complementares às qualidades métricas da escala. Um desses estudos que investigou a estabilidade da Escala, inclui 394 indivíduos que realizaram na repetição do teste com um intervalo de duas a 12 semanas após a primeira aplicação. A validade foi obtida através da evidência concorrente da WAIS-III, WISC-III, WIAT, *Stanford-Binet*, *Intelligence Scale-Fourth Edition* Thorndike, Hagen, & Sattler (1986, citados por Wechsler, 1981) e as Matrizes Progressivas de Raven-Escala Geral Ravens (1976 citado por Wechsler, 1981).

Para a validade de constructo e a utilidade clínica, a Escala foi administrada a vários grupos clínicos. Como por exemplo perturbações neurológicas e relacionadas com a demência, deficiência mental, perturbações neuropsiquiátricas, perturbações da aprendizagem e deficiência auditiva.

A *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised* - (WAIS-R) é um instrumento que recentemente foi aferido para a população portuguesa, permite diagnosticar pessoas com risco de deterioração cognitiva (Wechsler, 2008)

De modo diferente das adaptações que foram realizadas em outros países, as amostras das aferições portuguesas foram diferentes, inviabilizando uma comparação mais rigorosa dos resultados, tendo sido possível verificar a ausência de estudos de validação junto de grupos representativos em condições clínicas associadas ao processo de envelhecimento, nos quais a inteligência e a memória são dimensões essenciais dos protocolos de avaliação associados ao declínio cognitivo ligeiro, Alzheimer e outros tipos de demência na sua face inicial. Estes grupos normalmente são considerados na validação de versões destas escalas em outros países e cujos estudos estão representados nos respetivos manuais (Simões, 2012).

O diagnóstico dos participantes deste estudo foi realizado pelo médico psiquiatra da instituição onde residem seguindo os critérios do *International Classification of Diseases* - (ICD10) (ICD10, 2010).

1.4 Procedimento

O primeiro contacto com a instituição foi junto da psicóloga, em que foi apresentado um pedido de autorização fundamentado e com os objetivos da investigação, em que depois de ser aceite teve lugar a recolha de dados proposta no pedido dentro das instalações da instituição. Numa primeira fase foi explicado aos participantes os objetivos gerais do estudo e da intervenção. Aos participantes que aceitaram em colaborar foi-lhes recolhido o seu consentimento informado, entregando-lhes uma cópia do mesmo. Foi ainda explicado os cuidados éticos da investigação, nomeadamente em termos de anonimato, confidencialidade das respostas individuais e direito à não participação ou desistência da investigação em qualquer momento, e explicando que a sua participação não traria qualquer dano à sua pessoa. De seguida, individualmente, foram aplicadas a duas provas de avaliação das capacidades cognitivas da bateria de subtestes da WAIS-R (Wechsler, 1981), e o CATS para avaliação do reconhecimento de emoções e expressões faciais (Schaffer et al., 2006). Estas duas provas foram aplicadas em sessões diferentes, com intervalo de uma semana.

Num segundo momento, os participantes foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos, um experimental e outro de controlo entre 12 a 13 elementos cada. Usou-se o programa *research randomizer* para efetuar a distribuição dos participantes pelos dois.

Seguiu-se a implementação do programa de intervenção: 6 sessões de 1 hora, uma vez por semana), ao grupo experimental, o grupo de controlo não foi alvo de intervenção, sendo informado que faria a intervenção num período posterior.

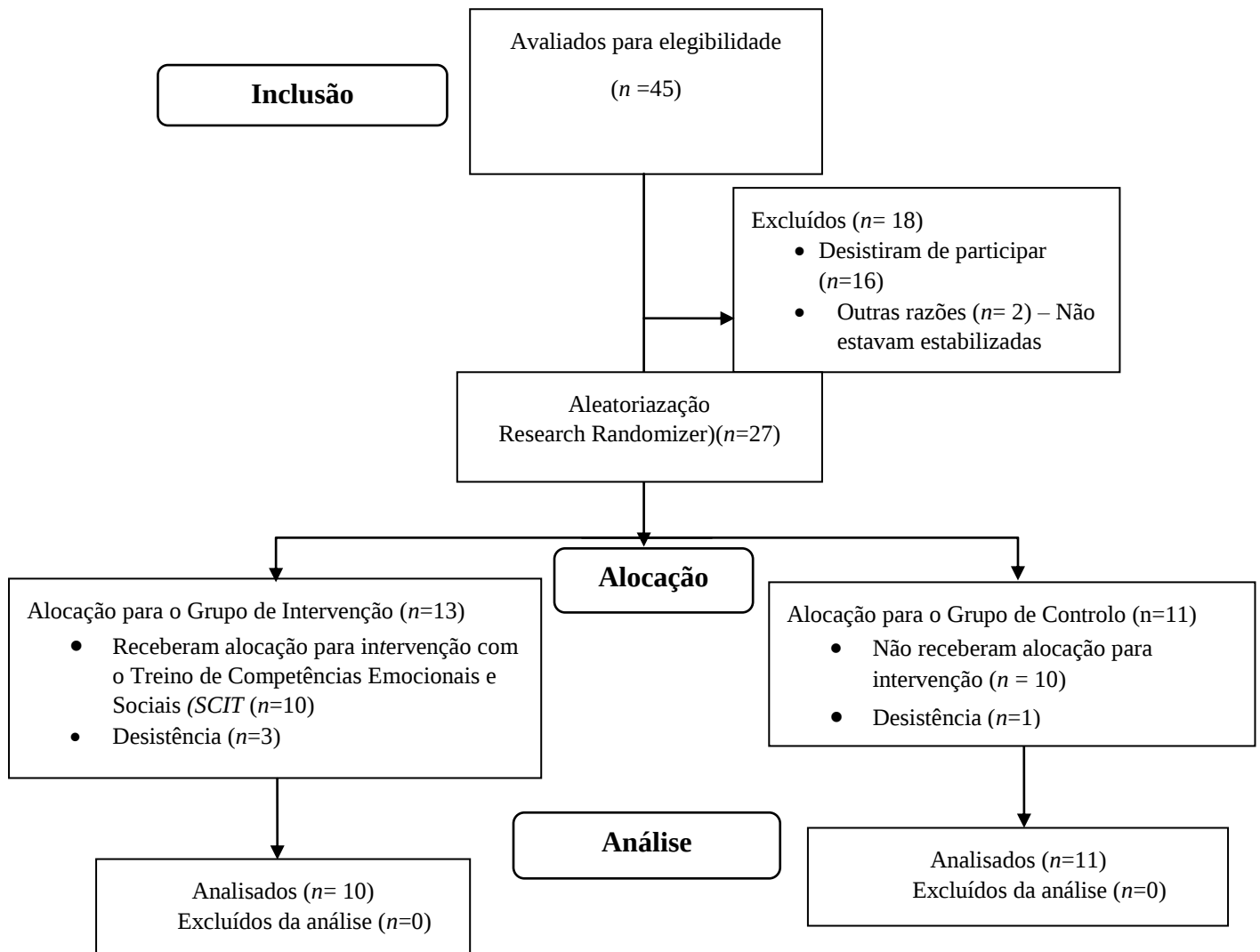
A primeira e a segunda sessões do programa de intervenção tiveram como objetivos, introduzir a construção de alianças entre os participantes, fornecer uma visão geral do próprio programa, introduzir o conceito de cognição social através de uma linguagem adaptada ao grupo, assim como o estabelecimento de orientações que o grupo deveria cumprir ao longo das sessões (Combs, David & David, 2016). A terceira sessão focou-se na forma como os pensamentos e as emoções influenciam as nossas ações, tanto na nossa vida como no nosso quotidiano. A quarta sessão, focou-se na definição de sete emoções básicas sendo elas, o estar feliz, triste, zangado, surpreendido, enojado, envergonhado, e com medo. Foi também discutido e definido o conceito de paranoia e se as condições desta eram vivenciadas pelos participantes no dia-a-dia.

A quinta e a sexta sessões, tiveram como objetivo trabalhar a identificação das emoções em termos faciais e com recursos a imagens, procurando que os participantes seguissem as melhores pistas para identificar uma emoção em outra pessoa, e que tipo de sentido essa emoção teria em cada participante, ou seja, o que faria este sentir.

No final da intervenção, todos os participantes foram novamente avaliados relativamente à sua capacidade de reconhecimento e de perceção das emoções, através do CATS (Schaffer et al., 2006), com o objetivo de perceber se houve melhorias nas competências emocionais.

Para cada prova do pré e pós teste, os participantes individualmente utilizaram uma sessão entre a 20 a 30 minutos.

Quadro 2. Fluxo grama da Aleatorização dos Grupos de Participantes Baseado no Consort 2010 Group



Capítulo III - Resultados

Análise dos Resultados

As análises dos dados e testes das hipóteses, foram efetuadas através de testes não paramétricos, tendo em conta o número reduzido de participantes.

Recorreu-se, assim, ao teste de Qui-quadrado para análise de associações entre variáveis nominais (ou recurso ao teste Exato de Fisher quando a frequência esperada for superior a 5, ao teste de *Spearman* para analisar as correlações entre as variáveis principais do presente estudo e ao teste de Mann-Whitney quando se pretendeu comparar os grupos de intervenção e controlo em variáveis ordinais/intervalares e ao teste Wilcoxon quando se comparou as duas fases (pré e pós-teste) para cada grupo separadamente.

Resultados das avaliações no pré-teste e correlações entre as variáveis principais.

O Quadro 3 ilustra os valores de diferenciação das médias do total dos dois grupos, comparativamente às variáveis idade, idade de diagnóstico, e número de anos da doença, ainda assim, como as diferenças no total dos dois grupos comparativamente às médias nas competências cognitivas e emocionais.

Treino de Competências Emocionais no Espectro da Esquizofrenia

Quadro 3. Resultados das avaliações no pré-teste relativo às competências cognitivas e emocionais

	Total		Intervenção			Controlo				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mrank</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mrank</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
Idade	43.33	5.49	42.60	6.11	10.30	44.00	5.06	11.64	48.00	.620
WAIS-R- (Vocabulário) 0-66*	6.31	2.71	6.80	3.19	10.75	6.82	2.36	11.23	52.50	.859
WAIS-R- (Matriz) 0-29*	8.48	3.39	8.80	3.88	11.35	8.18	3.03	10.68	51.50	.803
CATS										
Discriminação da Identidade - Acertos (%)	79.00	14.12	76.36	17.77	9.95	81.41	10.05	11.95	44.50	.454
Discriminação da Identidade - TR	8.50	4.50	8.40	5.60	10.10	8.60	3.54	11.82	46.00	.526
Discriminação da Emoção - Acertos (%)	87.23	11.19	89.09	10.76	11.90	85.54	11.82	10.18	46.00	.519
Discriminação da Emoção - TR	8.00	5.27	8.49	7.07	10.10	7.55	3.19	11.82	46.00	.526
Nomeação da Emoção - Acertos (%)	51.19	14.06	52.50	15.92	11.30	50.00	12.81	10.73	52.00	.831
Nomeação da Emoção - TR	11.82	7.57	12.38	10.42	10.00	11.30	4.03	11.91	45.00	.481
Seleção da Emoção - acertos Homens (%)	81.90	16.00	79.00	17.29	9.85	84.55	15.08	12.05	43.50	.406
Seleção da Emoção - Acertos Mulheres (%)	63.33	21.76	59.00	28.85	9.50	67.27	12.72	12.36	40.00	.286
Seleção da Emoção - Acertos (%)	72.62	16.02	69.00	21.06	9.05	75.91	9.44	12.77	35.50	.166
Seleção da Emoção - TR Acertos (M)	12.59	5.34	13.33	6.90	11.30	11.92	3.62	10.73	52.00	.833
Teste das 3 Faces - Acertos Homens (%)	5.21	1.67	5.10	1.55	13.75	4.49	1.50	8.50	27.50	.049
Teste das 3 Faces - Acertos Mulheres (%)	3.86	1.36	4.00	1.52	11.25	3.74	1.25	10.77	52.50	.859
Teste das 3 Faces - Acertos (%)	45.37	10.77	50.00	10.39	13.80	41.16	9.69	8.45	27.00	.048
Teste das 3 Faces - TR	12.47	5.82	14.87	7.69	12.50	10.28	1.88	9.64	40.00	.291

*Nota**- Valor máximo e mínimo de pontuação possível de obter nos sub-testes; TR corresponde às médias no Tempo de resposta perante respostas corretas nas respetivas tarefas.

Os grupos de controlo e intervenção não se diferenciam estatisticamente no que se refere aos dados sociodemográficos e clínicos como a idade, $U=48.00$, $p=.620$, sexo, Teste Exacto de Fisher, $p = 1.0$, tipo de diagnóstico de esquizofrenia $\chi^2 (3) = 3.579$, $p=.311$ ou idade que tinham quando foi efetuado o diagnóstico, $U=21$, $p=.057$, embora o grupo de intervenção tivesse sido diagnosticado há menos tempo ($M=16.25$, $DP=5.65$, $Mrank= 6.38$) do que o grupo de controlo ($M=25.09$, $DP=7.87$, $Mrank= 12.64$), $U=15$, $p=.016$. A distribuição de participantes do sexo masculino e feminino $\chi^2 (1) = .153$, $p=.696$ foi semelhante nos dois grupos (Quadro 1).

Os resultados da comparação entre os grupos de intervenção e controlo nas capacidades verbais (subteste de vocabulário) $U=53.00$, $p=.859$ e de raciocínio (subteste da matriz) $U=52.00$, $p=.803$ não foram estatisticamente significativos (Quadro 3), indicando que os dois grupos são homogêneos relativamente às competências cognitivas avaliadas.

Os dois grupos são igualmente semelhantes na maioria das competências emocionais, sendo exceção os resultados nos acertos do subteste das três faces que permite avaliar competências executivas na diferenciação de duas emoções (idênticas) em relação a outra emoção diferente, $U=27.00$, $p=.048$, evidenciando a priori o grupo de intervenção apresenta maior número de respostas corretas nesta tarefa ($M=50.00$, $DP=10.39$, $Mrank= 13.80$) do que o grupo de controlo ($M=41.16$, $DP=9.69$, $Mrank= 8.45$).

Treino de Competências Emocionais no Espectro da Esquizofrenia

O Quadro 4 apresenta os valores de correlação de Spearman entre as principais variáveis do presente estudo, considerando a amostra total e os valores obtidos no pré-teste.

Em relação às variáveis demográficas (idade) e clínicas (idade de diagnóstico e tempo de duração da doença), apenas verificamos que uma maior idade ($\rho=.61$, $p < .001$) se mostrou associada, levando mais tempo na realização da tarefa de diferenciação das emoções. Portanto, apesar de os grupos se diferenciarem ao nível do tempo de diagnóstico, esta variável não se mostrou associada às competências que foram avaliadas na fase pré-teste.

Quadro 4. Correlações de Spearman entre as principais variáveis do presente estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Idade	--														
2. Idade de Diagnóstico	,002	--													
3. N° de Anos da Doença	,50*	-,80**	--												
WAIS 4. Vocabulário	,006	-,230	,274	--											
5. Matriz	,225	,224	,090	,53*	--										
6. DI (Acertos)	-,406	-,087	,014	,44*	,228	--									
7. DI (TR)	,364	,024	,285	,026	,160	,034	--								
8. DE (Acertos)	-,301	-,107	-,054	,222	,064	,046	-,071	--							
9. DE (TR)	,61**	-,117	,396	-,186	-,055	-,53*	,53*	-,421	--						
CATS 10. NE (Acertos)	-,322	,288	-,317	,040	,391	,49*	-,011	-,169	-,308	--					
11. NE (TR)	,351	-,217	,356	-,134	-,049	-,155	,51*	,063	,51*	-,016	--				
12. SE (Acertos)	-,376	-,298	,057	,276	,236	,70**	-,134	-,073	-,47*	,60**	-,120	--			
13. SE (TR)	,412	-,021	,109	,091	,244	-,124	,286	-,208	,61**	-,062	,46*	-,058	--		
14. TF 3 (Acertos)	-,107	,015	-,144	,231	,025	,125	,151	,154	-,176	,340	-,004	,085	-,066	--	
15. TF 3 (TR)	,404	,225	-,093	-,079	,166	-,249	,338	-,360	,59**	-,066	,274	-,243	,78**	,076	--

* $p < .05$; ** $p < .01$; DI = Discriminação da Identidade; DE = Discriminação da Emoção NE = Nomeação da Emoção; SE = Seleção da Emoção TF3 = Teste das Três Faces TR = Tempo Resposta

Em relação às competências cognitivas, verificaram-se correlações positivas entre os subtestes da matriz e vocabulário da WAIS-R ($\rho=.53$, $p < .005$), o que mostra que quanto maior a capacidade de raciocínio, melhor o desempenho na prova de vocabulário. Os resultados no subteste de vocabulário mostraram-se ainda correlacionados positivamente com o número de acertos no teste de diferenciação da identidade referente às capacidades emocionais ($\rho=.44$, $p < .005$).

Quanto às capacidades emocionais, foi possível verificar que o maior tempo de resposta na realização da tarefa de diferenciação das emoções, se mostrou associado a maior tempo de resposta na diferenciação da identidade ($\rho=.53, p<.005$) e ao menor número de respostas corretas neste último subteste de diferenciação da identidade ($\rho=-.53, p<.005$).

O número de respostas corretas na nomeação das emoções, está associado positivamente ($\rho=.49, p<.005$) às respostas corretas na prova de diferenciação da identidade, assim como o tempo que o indivíduo leva a responder ($\rho=.51, p<.001$), o que permite afirmar que quanto maior for a capacidade de diferenciar as identidades, menor será o tempo de resposta.

O número de respostas corretas no subteste de seleção de emoção está associado positivamente com o número de respostas corretas nos subtestes anteriores de diferenciação da identidade ($\rho=.70, p<.001$), e nomeação da emoção ($\rho=.60, p<.001$), o que permite afirmar que o número de respostas corretas nestes dois últimos subtestes pode estar associado ao resultado do o subteste seguinte de seleção da emoção. Este resultado está associado ainda ao tempo de resposta do subteste de diferenciação da emoção ($\rho=-.47, p<.005$), em que este pode ser favorável para o avaliado conforme o tempo que levar a responder.

No subteste de nomeação das emoções, o número de respostas corretas está articulado com o mesmo número no subteste de diferenciação da identidade ($\rho=.49, p<.005$), uma vez que o tempo de resposta neste subteste vem estar associado ao mesmo tempo no primeiro teste ($\rho=.51, p<.005$).

No subteste das três faces, foi possível verificar que o tempo de resposta está associado com o tempo de resposta no subteste de diferenciação das emoções ($\rho=.59, p<.001$), ou seja, quanto mais tempo a resposta leva a ser dada, menor as possibilidades desta ser favorável ($\rho=.78, p<.001$).

Comparação entre grupos nas provas de competências emocionais (Pós-teste) e comparações pós-pré teste.

O Quadro 5 ilustra os valores comparativamente aos grupos nas provas emocionais do pós-teste relativamente pós-pré teste, mais concretamente às médias em que no total dos grupos estes diferiram ou não.

Quadro 5. Resultados das avaliações no pós pré teste

CATS	Total		Intervenção			Controlo				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mrank</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mrank</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
Discriminação da Identidade - Acertos	-2.38	13.46	1.82	7.17	12.80	-6.20	16.80	9.36	37.00	.201
Discriminação da Identidade - TR	-1.41	1.99	-1.42	2.47	10.40	-1.41	1.55	11.55	49.00	.673
Discriminação da Emoção - Acertos	1.30	17.14	-3.64	19.85	9.60	5.78	13.65	12.27	41.00	.321
Discriminação da Emoção - TR	-.93	3.45	-1.76	4.12	10.10	-.17	2.69	11.82	46.00	.526
Nomeação da Emoção - Acertos (%)	8.93	14.06	3.75	11.49	8.70	13.64	15.00	13.09	32.00	.102
Nomeação da Emoção - TR	-2.40	5.69	-3.14	7.45	11.10	-1.73	3.71	10.91	54.00	.944
Seleção da Emoção - acertos Homens (%)	.48	22.24	2.00	25.73	11.50	-.91	19.73	10.55	50.00	.722
Seleção da Emoção - Acertos Mulheres (%)	1.43	19.82	7.00	22.63	12.70	-3.64	16.29	9.45	38.00	.218
Seleção da Emoção - Acertos (%)	.952	15.78	4.50	20.88	11.75	-2.27	9.05	10.32	47.50	.593
Seleção da Emoção - TR	-1.46	4.96	-1.42	6.62	11.60	-1.49	3.12	10.45	49.00	.673
Teste das 3 Faces - Acertos Homens (%)	-.10	1.26	.00	1.25	11.70	2.01	1.32	10.36	48.00	.618
Teste das 3 Faces - Acertos Mulheres (%)	-.66	1.52	-.45	1.70	11.85	-.86	1.39	10.23	46.50	.546
Teste das 3 Faces - Acertos (%)	-3.84	9.84	-2.22	11.99	11.95	-5.30	7.70	10.14	45.50	.501
Teste das 3 Faces - TR	-1.88	5.77	-4.18	7.15	8.30	.21	3.25	13.45	28.00	.057

Nota: TR corresponde às médias no Tempo de resposta perante respostas corretas nas respetivas tarefas.

Os resultados nas provas de competências emocionais foram analisados subtraindo os valores obtidos no pré-teste aos valores no pós-teste para cada participante. Este procedimento foi usado para reduzir diferenças individuais e pelo facto de se ter verificado no pré-teste que existiam diferenças entre grupos na prova das três faces. Assim, valores positivos sugerem um aumento nos valores entre o pré-teste e o pós-teste, e os valores negativos indicam que os mesmos diminuíram no pós-teste. As comparações entre os dois grupos foram efetuadas recorrendo ao teste Mann-Whitney. O Quadro 4 apresenta os valores da diferença pós-pré teste nos dois grupos, quer em termos de médias e desvio-padrão, quer das ordenações médias (*mean ranks*).

Ao contrário do esperado, verificaram-se resultados semelhantes entre os grupos em todas as provas avaliadas.

No geral os resultados demonstraram que não existiam diferenças significativas em nenhuma das provas, sendo que todos os valores de p foram superiores a 0.5.

Foram exceção, os resultados de nomeação das emoções $U=32.00$, $p=.01$, e três faces $U=28.00$, $p=.05$. O grupo de controlo obteve uma média mais significativa de respostas corretas neste teste comparativamente ao grupo experimental.

Foram ainda realizadas análises de comparação entre o pré e o pós-teste para cada grupo separadamente. Os resultados mostraram que o grupo de controlo apresentou um tempo de resposta menor no pós-teste do que no pré-teste na prova de discriminação da identidade ($z=-2.94$, $p=.03$), e no número de respostas corretas no teste da nomeação da emoção, em que o grupo de controlo obteve um maior número de respostas corretas no pós-teste do que no pré-teste ($z=-2.27$, $p=.02$).

No grupo de intervenção, apenas houve diferenças no tempo de resposta no teste das 3 faces, em que este foi mais rápido no pós-teste do que no pré-teste ($z=-1.99$, $p=.05$), nas restantes provas os valores mantiveram-se semelhantes, sem diferenças estatisticamente significativas entre as duas fases.

Capítulo IV - Discussão

Relativamente ao quadro clínico do Espectro da Esquizofrenia e de Outras Perturbações Psicóticas o mesmo é caracterizado por dois conjuntos de sintomas, negativos e positivos. No que confere aos positivos estes incluem o excesso de propriedades vitais, como os espasmos musculares, movimentos anormais, alucinações e delírios. Os sintomas negativos surgem com a perda de sensibilidade, como a diminuição da expressão emocional, e o desinteresse por atividades que antes proporcionavam prazer ao indivíduo (Azorin, Belzeaux, & Adida, 2014). A diminuição da expressão emocional está relacionada com a diminuição da expressão não só relativamente à face, mas também ao contacto do olhar, na prosódia e no jogo de mãos que nos permitem dar ênfase ao nosso discurso (APA, 2014). Estes sintomas podem ser os principais impulsionadores para a perda da produtividade, fraca qualidade de vida, e de incapacidades de interação social deste tipo de população, impedindo muitas das vezes que esta se consiga integrar em meios ocupacionais, o que seguidamente resulta no seu pouco aproveitamento destes (Buchanan, 2007; Kirkpatrick, Fenton, Carpenter, & Marder, 2006; Kurtz, Moberg, Ragland, Gur, & Gur, 2005 citados por Velligan, Maples, Roberts, & Medellin, 2014).

Em termos de intervenção na área da saúde mental, tem havido um maior investimento nos tratamentos dos sintomas positivos, como as alucinações e os delírios através de tratamento farmacológico, tendo esta o objetivo de atenuar este tipo de sintomas numa fase inicial da doença (Zhornitsky & Stip, 2012). No entanto, numa fase posterior este tipo de intervenção pode aumentar as incapacidades em termos de processamento cognitivo, uma vez que o doente fica mais lento e afeta os processos como os da atenção e da memória, apesar de nos últimos anos os novos anti psicóticos terem demonstrado menos efeitos adversos o que demonstra algum avanço terapêutico (Bustillo et al., 2001).

Uma outra limitação da intervenção farmacológica remete para o fato de o doente ganhar ao longo do processo da doença, resistência ao efeito. Os médicos psiquiatras, por sua vez, aumentam a dosagem, o que potencia o agravamento das incapacidades já referidas, e acaba por implicar no sucesso de outras intervenções não farmacológicas.

As intervenções não farmacológicas baseadas em programas procuram minimizar os efeitos da doença relativamente as capacidades do doente, cognitivas ou emocionais.

Algumas limitações transversais ao estudo da eficácia destes programas são as amostras dos estudos que se aplicam a estes programas serem relativamente pequenas, o que depois dificulta a retirada de conclusões relativamente a eficácia destes (Hasson-Ohayon et al., 2014).

O presente estudo focou-se nas intervenções que procuram ensinar, desenvolver, recuperar ou manter capacidades emocionais e sociais. Mais concretamente, analisou-se a eficácia do módulo relativo ao treino de competências emocionais e sociais do programa SCIT (David, Combs & Penn, 2005) com o intuito de promover competências emocionais em doentes com diagnóstico do espectro da esquizofrenia. Procurou-se assim promover competências de reconhecimento e identificação de emoções, i.e., identificação de emoções básicas, aprendizagem sobre que tipo de informação os diferentes estados de humor nos dão, e como podem moldar as nossas interações sociais e as nossas emoções.

Para avaliar o impacto da intervenção nas competências emocionais de expressão e identificação facial foram aplicadas antes e após a intervenção do SCIT um conjunto de provas do CATS que permitiram avaliar as expressões faciais e emocionais (Schaffer et al., 2006). Esperava-se que apenas no grupo de intervenção ocorresse um aumento de competências emocionais entre as fases pré e pós intervenção e que no grupo de controlo (sem intervenção) não ocorressem diferenças nas competências emocionais entre as duas fases, designadamente em termos de competências de identificação de expressões emocionais da face. Esperava-se ainda que após a intervenção, o grupo sujeito à intervenção SCIT evidenciasse maiores competências emocionais do que o grupo de controlo. Porém, Contrariamente ao que se esperava, no pós-teste os dois grupos (GI e GC) apresentaram resultados que não foram significativos nas provas de competências emocionais, o que demonstra que a intervenção que foi realizada junto do grupo de intervenção não teve os efeitos pretendidos. O grupo de controlo obteve melhores resultados no teste das três faces do que o grupo experimental.

Uma possível explicação para estes resultados é o facto que na sua grande maioria serem indivíduos com vários anos de institucionalização, em que o único tipo de intervenção que experienciaram foi a farmacológica, não existindo nenhum outro tipo de intervenção de desenvolvimento de competências emocionais ativo na instituição onde decorreu o estudo, o que conforme a literatura (Bustillo et al., 2001; Moncrieff, 2015) agrava a perda de competências cognitivas e emocionais.

Por outro lado, a medicação pode ter afetado a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos participantes do grupo experimental ao longo das sessões. Foi observado durante as sessões que alguns participantes apresentavam dificuldades em se manter acordados ou atentos, além das dificuldades em memorizar a informação que recebiam, e irem aplicando as recomendações sugeridas entre as diferentes sessões. Em estudos futuros, poderia ser importante verificar se a eficácia do SCIT ocorre em populações com diagnóstico há menos tempo e ter em consideração os efeitos adversos da própria medicação. Seria igualmente importante analisar se as competências cognitivas interferem no desenvolvimento de competências emocionais.

No presente estudo apenas se implementou o primeiro módulo do SCIT. É possível que a implementação do programa completo de intervenção do SCIT evidencie resultados mais relevantes, já que poderão tornar mais sólidas e consistentes competências adquiridas nestes módulos se houver maior número de sessões e treino de outras competências sociais e emocionais relacionadas.

Futuramente seria importante a implementação e teste de programas que viabilizem não só a manutenção e desenvolvimento de competências sociais e emocionais, mas também reflitam acerca do modo como estas podem permitir às suas populações se integrarem na vida ativa do mundo social e comunitário.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Akdeniz, C., Tost, H., & Meyer-Lindenberg, A. (2014). The neurobiology of social environmental risk for schizophrenia: An evolving research field. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 507–517.
<http://doi.org/10.1007/s00127-014-0858-4>
- Azorin, J.-M., Belzeaux, R., & Adida, M. (2014). Negative Symptoms in Schizophrenia: Where We have been and Where We are Heading. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 20(JUNE), 801–808.
<http://doi.org/10.1111/cns.12292>
- Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P., & Keith, S. J. (2001). The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *Am J Psychiatry*, 158(2), 163–175.
<http://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.163>
- Bartholomeusz, C. F., Allott, K., Killackey, E., Liu, P., Wood, S. J., & Thompson, A. (2013). Social cognition training as an intervention for improving functional outcome in first-episode psychosis: A feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(4), 421–426. <http://doi.org/10.1111/eip.12036>
- Bellack, S. A., Mueser, T. K., Gingerich, S & Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia: Step-by-step Guide* (2 ed.). New York: The Guilford Press
- Chen, X., Liang, S., Pu, W., Song, Y., Mwansisya, T. E., Yang, Q., Haihong, L., Zhenning, L., Baoci, S. & Xue, Z.. (2015). Reduced cortical thickness in right Heschl's gyrus associated with auditory verbal hallucinations severity in first-episode schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 15(1), 152. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0546-2>
- Combs, R. D., David, P. & David, R. (2016). Social cognition and interaction training (SCIT) - *Group Psychotherapy for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders*, Clinician Guide: Oxford, New York.
- Direcção Geral de Saúde. (2014). *Portugal- saúde mental em números*. (no ed.). Lisboa: DGS.
- Direcção Geral de Saúde. (2013). *Portugal- saúde mental em números*. (no ed.). Lisboa: DGS.

- Eack, S. M. (2012). Cognitive Remediation: A New Generation of Psychosocial Interventions for People with Schizophrenia. *Social Work*, 57(3), 235–246. <http://doi.org/10.1093/sw/sws008>.
- Enric J., N., & Rafael, H. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica Y Salud*, 21(3), 205–219. <http://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a1>
- Galderisi, S., Piegari, G., Mucci, A., Acerra, A., Luciano, L., Rabasca, A. Francesco, S., Valente, A., Maurizio, V., Pasquale, M & Maj, M. (2010). Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(4), 305–315. <http://doi.org/10.1007/s00406-009-0078-1>
- Grover, S., Ghosh, A., & Ghormode, D. (2014). Do patients of delirium have catatonic features? An exploratory study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(8), 644–651. <http://doi.org/10.1111/pcn.12168>
- Habel, U., Koch, K., Kellermann, T., Reske, M., Frommann, N., Wölwer, W., Karl, Z., Shah, N. & Schneider, F. (2010). Training of affect recognition in schizophrenia: Neurobiological correlates. *Social Neuroscience*, 5(1), 92–104. <http://doi.org/10.1080/17470910903170269>
- Hasson-Ohayon, I., Mashlach-Eizenberg, M., Avidan, M., Roberts, D. L., & Roe, D. (2014). Social cognition and interaction training: preliminary results of an RCT in a community setting in Israel. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(4), 555–8. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300146>
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial Skills Training For Schizophrenia: Lessons From the Laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 21–46. Retrieved from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org.proxy1.library.mcgill.ca/content/26/1/21.long>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <http://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187–193. <http://doi.org/10.1038/nature09552>
- Kar, S., Garg, K., & Tripathi, A. (2016). Olfactory hallucinations in schizophrenia: Does it carry any meaning? *International Journal of Nutrition, Pharmacology*,

- Neurological Diseases*, 6(3), 136. <http://doi.org/10.4103/2231-0738.184597>
- Kuk, A., Czechowski, M., & Femiak, J. (2015). Social competence and emotional intelligence of future PE teachers and their participation in psychological workshops, 16(3), 163–170. <http://doi.org/10.1515/humo-2015-0042>
- Kumar, H. B. K., Castellani, C., Maiti, S., O'reilly, R., & Singh, S. M. (2013). Search for missing schizophrenia genes will require a new developmental neurogenomic perspective. *Journal of Genetics*, 92(2), 335–340. <http://doi.org/10.1007/s12041-013-0262-y>
- Kurtz, M. M., & Richardson, C. L. (2012). Social Cognitive Training for Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation of Controlled Research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1092–1104. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbr036>
- Langdon, R., Ward, P. B., & Coltheart, M. (2010). Reasoning anomalies associated with delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 321–330. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbn069>
- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Lüllmann, E., Müller, M. J., & Rief, W. (2010). Can delusions be self-assessed? Concordance between self- and observer-rated delusions in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 178(2), 249–254. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.04.019>
- Louter, M. (2010). Schizophrenia : what's in a name ? *Mental Health Practice*, 13(7), 28–30.
- Martins, M. J., Moura, B. L., Martins, I. P., Figueira, M. L., & Prkachin, K. M. (2011). Sensitivity to expressions of pain in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 189(2), 180–184. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.03.007>
- Mazhari, S., Parvaresh, N., Eslami Shahrbabaki, M., Sadeghi, M. M., Nakhaee, N., & c, R. S. E. (2014). Validation of the Persian version of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia in patients with schizophrenia and healthy controls. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(2), 160–166. <http://doi.org/10.1111/pcn.12107>
- March, P., & Schub, T. (2016). Schizophrenia with Disorganized Behavior. *CINAHL Nursing Guide*
- Moncrieff, J. (2015). Antipsychotic Maintenance Treatment: Time to Rethink? *PLoS Medicine*, 12(8), 1–8. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001861>
- Moriana, J. A., Alarcón, E., & Herruzo, J. (2006). In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(2), 260–262.

<http://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.260>

- Melo-Dias, C.(2014).Investigar habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. In Sequeira, C.; Carvalho, J.C.; Sá, L (Eds.), *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental* (pp. 58-69) Porto: ASPESM
- Organização Mundial de Saúde.(2002).*Relatório Mundial da Saúde -Saude mental: nova concepção, nova esperança*.(1º ed.).Lisboa:Climepsi Editores
- Ottavi, P., D’Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2014). Metacognition-Oriented Social Skills Training for Individuals with Long-Term Schizophrenia: Methodology and Clinical Illustration. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 465–473. <http://doi.org/10.1002/cpp.1850>
- Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N., & Sheitman, B. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2–3), 357–359. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.011>
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D., & Sterne, A. (2007). Best practices: The development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(4), 449–451. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.58.4.449>
- Pettersen, K., Rydningen, N. N., Christensen, T. B., & Walby, F. A. (2010). Autobiographical memory and suicide attempts in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav*, 40(4), 369–375. <http://doi.org/10.1521/suli.2010.40.4.369> [pii]
- Remschmidt, H., Fleischhaker, C., Hennighausen, K., & Schulz, E. (2011). Management of schizophrenia in children and adolescents. The role of clozapine. *Paediatric Drugs*, 2(4), 253–262. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.2165/11585350-000000000-00000>
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., & Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 281–298. <http://doi.org/10.1111/bjc.12044>
- Roberts, D. L., & Penn, D. L. (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Research*,

- 166(2–3), 141–7. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.007>
- Rossell, S. L., Van Rheen, T. E., Groot, C., Gogos, A., O'Regan, A., & Joshua, N. R. (2013). Investigating affective prosody in psychosis: A study using the Comprehensive Affective Testing System. *Psychiatry Research*, 210(3), 896–900. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.037>
- Sachs, G., Winklbaur, B., Jagsch, R., Lasser, I., Kryspin-Exner, I., Frommann, N., & Wölwer, W. (2012). Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia-Impact on functional outcome. *Schizophrenia Research*, 138(2–3), 262–267. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.005>
- Schaffer, S. G., Froming, K. B., Gregory, A. L., Levy, C. M., & Ekman, P. (2006). *Emotion Processing: The Comprehensive Affect Testing System*. Psychology Software Inc, Sanford
- Scherr, M., Hamann, M., Schwerthöffer, D., Froböse, T., Vukovich, R., Pitschel-Walz, G., & Bäuml, J. (2012). Environmental risk factors and their impact on the age of onset of schizophrenia: Comparing familial to non-familial schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(2), 107–114. <http://doi.org/10.3109/08039488.2011.605171>
- Simões, M. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Ridep*, 1(34), 9–33. Retrieved from http://www.aidep.org/03_ridep/R34/ART 1.pdf
- Suresky, M. J., Zauszniewski, J. A., & Bekhet, A. K. (2014). Factors Affecting Disruption in Families of Adults With Mental Illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4), 235–242. <http://doi.org/10.1111/ppc.12047>
- Tarrier, N., & Bobes, J. (2000). The importance of psychosocial interventions and patient involvement in the treatment of schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4(1), 35–51. <http://doi.org/10.1080/13651500050518028>
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessapeixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., Damas-Reis, F., Ferreira, J., Jara, J., Relvas., & JMarques-Teixeira, J. (2010). Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. *Acta Medica Portuguesa*, 23(6), 1043–1058. Retrieved from http://www.researchgate.net/profile/Sofia_Brissos/publication/51179729_Cognition_social_cognition_and_functioning_in_schizophrenia/links/0deec5184c120c7d8c000000.pdf

- Velligan, D., Maples, N., Roberts, D. L., & Medellin, E. M. (2014). Integrated Psychosocial Treatment for Negative Symptoms. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17(1), 1–19. <http://doi.org/10.1080/15487768.2013.873370>
- von Salisch, M., Zeman, J., Luepschen, N., & Kanevski, R. (2014). Prospective relations between adolescents' social-emotional competencies and their friendships. *Social Development*, 23(4), 684–701. <http://doi.org/10.1111/sode.12064>
- Wechsler, D.(1981). *Wechsler adult intelligence scale-revised manual*. Psychological Corporation: San Antonio
- Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS- III)*. Lisboa: Cegoc
- World Health Organization.(2010). *International Classification of Disease*.(5^o ed.).Genebra:WHO.
- Wilhelm, O., Hildebrandt, A., Manske, K., Schacht, A., & Sommer, W. (2014). Test battery for measuring the perception and recognition of facial expressions of emotion. *Frontiers in Psychology*, 5(May), 1–23. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00404>
- Wölwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., Piaszek, A., Streit, M., & Gaebel, W. (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research*, 80(2–3), 295–303. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.018>
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşıl, R., Camcıoğlu, T. H. ale, Erdiman, S., & Karaağaç, E. (2015). Effect of Psychosocial Skills Training on Disease Symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients with Schizophrenia. *Rehabilitation Nursing : The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 40(6), 341–348. <http://doi.org/10.1002/rnj.195>
- Yildiz, M., Veznedaroglu, B., Eryavuz, A., & Kayahan, B. (2004). Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8(4), 219–225. <http://doi.org/10.1080/13651500410005595>
- Zhornitsky, S., & Stip, E. (2012). Oral versus Long-Acting Injectable Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia and Special Populations at Risk for Treatment Nonadherence: A Systematic Review. *Schizophrenia Research and Treatment*,

2012, 407171. <http://doi.org/10.1155/2012/407171>

Zimmerman, E. C., Bellaire, M., Ewing, S. G., & Grace, A. A. (2013). Abnormal stress responsivity in a rodent developmental disruption model of schizophrenia.

Neuropsychopharmacology, 38(11), 2131–9. <http://doi.org/10.1038/npp.2013.110>