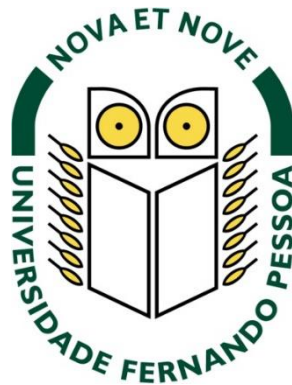


Maria Francisca de Castro Silva e Almeida Ferreira



**Avaliação da Eficácia de uma Psicoterapia Positiva em Grupo para
Pessoas com Psicose: Um Estudo Piloto**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2022

Maria Francisca de Castro Silva e Almeida Ferreira



**Avaliação da Eficácia de uma Psicoterapia Positiva em Grupo para
Pessoas com Psicose: Um Estudo Piloto**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2022

Maria Francisca de Castro Silva e Almeida Ferreira

**Avaliação da Eficácia de uma Psicoterapia Positiva em Grupo para
Pessoas com Psicose: Um Estudo Piloto**



Maria Francisca de Castro Silva e Almeida Ferreira

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Carla Fonte

Resumo

Nos últimos anos, tem-se vindo a constatar um aumento da investigação em torno do desenvolvimento positivo e funcionamento ótimo dos indivíduos. Neste âmbito, têm sido desenvolvidas intervenções psicológicas positivas estruturadas e baseadas em evidências que visam aumentar o bem-estar de pessoas com doenças mentais graves, como a psicose. Assim, o objetivo do presente estudo é avaliar a eficácia de uma psicoterapia positiva em grupo em indivíduos com o diagnóstico de psicose, verificando o seu impacto ao nível da psicopatologia e dos indicadores de saúde mental positiva. O programa intitula-se de “WELLFOCUS PPT” e é constituído por dez sessões semanais, com a duração de noventa minutos cada. A avaliação da eficácia da intervenção foi realizada em dois momentos – pré e pós-intervenção. A intervenção a desenvolver possui quatro áreas-alvo principais, tais como aumentar experiências positivas, ampliar pontos fortes, promover relacionamentos positivos e criar uma autonarrativa mais significativa. A amostra é constituída por 5 indivíduos do sexo masculino, que se encontram num contexto de internamento psiquiátrico português. Os resultados demonstram que, ainda que sem valores estatisticamente significativos, por um lado, o valor médio dos níveis de psicopatologia diminuiu após a participação no programa e, por outro lado, as dimensões referentes à saúde mental positiva (vida significativa, vida agradável e vida comprometida), aumentaram. Para estudos futuros, sugere-se o recurso a uma amostra de maior dimensão e a um processo de aleatorização da mesma, bem como a utilização de medidas de avaliação mais processuais e específicas.

Palavras-Chave: Bem-estar; Saúde Mental; Intervenções Psicológicas Positivas; Psicose; Intervenções em Grupo

Abstract

In recent years, there has been an increase in research on the positive development and optimal functioning of individuals. In this context, structured and evidence-based positive psychological interventions have been developed with the intent to increase the well-being of people with serious mental health conditions, such as psychosis. Therefore, the aim of the present study is to evaluate the effectiveness of positive group psychotherapy in individuals diagnosed with psychosis, analyzing its impact on psychopathology and positive mental health indicators. The program is entitled “WELLFOCUS PPT” and consists of ten weekly sessions, each lasting ninety minutes. The intervention effectiveness assessment was carried out in two moments – pre- and post-intervention. The planned intervention has four main target areas: increasing positive experiences, expanding strengths, promoting positive relationships and creating a more meaningful self-narrative. The sample consists of 5 male individuals in Portuguese psychiatric internment context. The findings show that, despite the lack of statistically significant results, the average level of psychopathology decreased after participation in the program, while the dimensions of positive mental health (a meaningful, enjoyable, and committed life) increased. For future studies, it is advised to use a bigger sample, randomize the sample selection procedure, and employ more methodical and precise evaluation criteria.

Keywords: Well-Being; Mental Health; Positive Psychological Interventions; Psychosis; Group Interventions

Agradecimentos

Um agradecimento especial à Professora Doutora Carla Fonte, pela força, incentivo, dedicação e amizade.

À Doutora Vânia Gonçalves, orientadora do estágio curricular, agradeço a sua sabedoria, rigor e paciência.

A todos os professores que ao longo destes cinco anos contribuíram com o seu conhecimento e profissionalismo, ensinando e exigindo o máximo e melhor de mim, para que fosse possível a melhor formação académica.

A todos os participantes que colaboraram e possibilitaram a realização do trabalho.

À minha família e namorado por todo o apoio, confiança, motivação, carinho, paciência e sacrifício. Sem vocês nada disto seria possível!

A todos os meus amigos que partilharam comigo este percurso académico, que demonstraram sempre um enorme companheirismo e que estiveram sempre presentes em todos os momentos.

A todos vós, um sincero, obrigada!

Índice Geral

| | |
|---|-----------|
| Resumo | iv |
| <i>Abstract</i> | v |
| Agradecimentos | vi |
| Índice de Tabelas | ix |
| Lista de Abreviaturas..... | x |
| Introdução | 1 |
| Capítulo I – Enquadramento Teórico..... | 3 |
| 1. Saúde Mental e Bem-Estar | 4 |
| 1.1. Contributos da Ciência Psicológica para a Compreensão da Saúde Mental: O Papel da Psicologia Positiva | 4 |
| 1.2. Saúde Mental Positiva e o Bem-Estar | 7 |
| 1.3. Bases Teóricas do Bem-Estar | 10 |
| 1.3.1. Conceito de Bem-Estar Subjetivo (BES) | 11 |
| 1.3.2. Conceito de Bem-Estar Psicológico (BEP) | 13 |
| 1.3.3. Conceito de Bem-Estar Social (BESo) | 16 |
| 1.4. Saúde Mental e Psicopatologia: Perturbações Psicóticas | 18 |
| 2. Intervenções Psicológicas Positivas e a sua Importância na Promoção da Saúde Mental..... | 24 |
| 2.1. Conceito de Intervenções Psicológicas Positivas | 24 |
| 2.2. Eficácia de Intervenções Psicológicas Positivas na Psicose..... | 27 |
| Capítulo II – Estudo Empírico | 31 |
| 1. Metodologia..... | 32 |
| 1.1. Objetivo Geral da Investigação | 32 |
| 1.1.1. Objetivos Específicos da Investigação | 32 |
| 1.2. Método..... | 33 |
| 1.2.1. Participantes/Amostra..... | 33 |
| 1.2.2. Instrumentos | 34 |
| 1.2.2.1. Questionário Sociodemográfico | 35 |
| 1.2.2.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos/Breve de Sintomas (BSI) | 35 |

| | |
|--|----|
| 1.2.2.3. Inventário de Psicoterapia Positiva (IPP) | 38 |
| 1.2.2.4. Questionário de Avaliação da Sessão | 38 |
| 1.2.2.5. Questionário Final de Avaliação das Sessões | 39 |
| 1.2.3. Planificação do Estudo e Procedimento | 39 |
| 1.2.3.1. Plano de Estudo | 39 |
| 1.2.3.2. Variáveis Estudadas..... | 39 |
| 1.2.3.3. Procedimento de Recolha dos Dados | 39 |
| 1.3. Descrição do Programa “WELLFOCUS PPT” | 41 |
| 1.4. Procedimentos Estatísticos | 43 |
| 2. Apresentação dos Resultados | 44 |
| 2.1. Resultados Referentes à Eficácia do “WELLFOCUS PPT” | 45 |
| 2.1.1. Resultados Referentes à Psicopatologia | 45 |
| 2.1.2. Resultados Referentes à Saúde Mental Positiva..... | 47 |
| 2.1.3. Resultados Referentes ao Inventário de Psicoterapia Positiva (item-a-item) | 48 |
| 2.2. Resultados Referentes à Avaliação das Sessões e ao “WELLFOCUS PPT” em geral | 49 |
| 3. Discussão de Resultados..... | 51 |
| Conclusão | 56 |
| Referências Bibliográficas..... | 59 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Critérios de Diagnóstico da Saúde Mental Positiva..... | 8 |
| Tabela 2. Bases Teóricas e Dimensões do Bem-Estar Psicológico | 14 |
| Tabela 3. Sintomas-Chave das Perturbações Psicóticas | 19 |
| Tabela 4. Caracterização das Perturbações Psicóticas..... | 20 |
| Tabela 5. Características Sociodemográficas da Amostra (N = 5) | 33 |
| Tabela 6. Dimensões avaliadas no BSI..... | 36 |
| Tabela 7. Índices Globais no BSI | 37 |
| Tabela 8. Estrutura do Programa “WELLFOCUS PPT” | 42 |
| Tabela 9. Resultados do grupo no BSI, no momento pré e pós-intervenção/teste (Teste de Wilcoxon) | 46 |
| Tabela 10. Resultados do grupo nas subescalas do IPP, no momento pré e pós-intervenção (Teste de Wilcoxon) | 47 |
| Tabela 11. Resultados do grupo em cada item do IPP, no momento pré e pós-intervenção (Teste de Wilcoxon) | 48 |

Lista de Abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – *World Health Organization*

BES – Bem-Estar Subjetivo

BEP – Bem-Estar Psicológico

BESo – Bem-Estar Social

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

APA – *American Psychiatric Association*

CID – Classificação Internacional de Doenças

PPP – Psicoterapia Positiva para a Psicose

DP – Desvio-Padrão

N – Amostra

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos/Breve de Sintomas

IGS – Índice Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

TSP – Total de Sintomas Positivos

IPP – Inventário de Psicoterapia Positiva

IBM SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

VI – Variável Independente

VD – Variável Dependente

Z – Teste de Wilcoxon

p – Significância

Introdução

A Psicologia Positiva é uma abordagem que visa promover as potencialidades e virtudes humanas, estudando as condições e processos que contribuem para a prosperidade dos indivíduos e comunidades. Deste modo, é um movimento que pretende melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e, por sua vez, prevenir a psicopatologia (Paludo & Koller, 2007).

Trata-se de um ramo que estuda diferentes níveis da experiência humana, baseando-se na experiência subjetiva, nas características individuais e nas instituições e comunidades. Por um lado, a um nível subjetivo, preocupa-se com as experiências subjetivas, nomeadamente o bem-estar, o contentamento, a satisfação, a esperança, o otimismo, o *flow* e a felicidade. Por outro lado, a um nível individual, foca-se nas características individuais positivas como a capacidade para amar, a vocação, a coragem, as competências interpessoais, o perdão, entre outras. Por fim, ao nível do grupo, concentra-se em aspetos como o civismo e as instituições que promovem as características individuais (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2003).

Além disso, torna-se importante o alívio do sofrimento psicológico e redução de psicopatologia, mas também um foco nos aspetos positivos, nas forças e virtudes, de forma a haver uma maior compreensão do funcionamento do ser humano como um todo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

A Psicoterapia Positiva para a Psicose é a abordagem mais recente para a reabilitação da esquizofrenia e foca-se sobretudo nos pontos fortes do indivíduo e nas suas experiências positivas, com vista a aumentar o bem-estar. No entanto, este é um tipo de psicoterapia que também explora memórias negativas, mas de uma forma que os indivíduos possam retirar um aspeto positivo (Meyer et al., 2012).

As intervenções psicológicas positivas que se baseiam nos pontos fortes e na construção de emoções positivas podem ter um maior impacto na recuperação de um indivíduo com psicose e, especificamente, nos fatores associados à sua recuperação (Meyer et al., 2012).

Os exercícios da Psicoterapia Positiva para a Psicose enfatizam o foco consciente em momentos prazerosos e experiências de vida como vivenciar coisas boas, como reagir

ativa e construtivamente nas relações sociais, como identificar forças pessoais e como utilizá-las em atividades individuais ou com outras pessoas (Slade et al., 2017).

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo principal avaliar a eficácia de uma psicoterapia positiva em grupo para pessoas com psicose, na promoção da saúde mental e do bem-estar. Este encontra-se estruturado em duas partes principais: o enquadramento teórico e o estudo empírico.

Na primeira parte, é apresentada uma revisão da literatura que aborda conceitos como saúde mental, bem-estar e psicopatologia. Após a descrição destes conceitos, segue-se uma revisão da literatura acerca da importância e eficácia das intervenções psicológicas positivas na promoção da saúde mental e na psicose.

Na segunda parte, isto é, no estudo empírico, é descrito um programa de intervenção psicológica positiva em grupo aplicado a 5 indivíduos que se encontram internados num hospital português. Após isso, são expostos os resultados e respetiva discussão, as conclusões e limitações do estudo.

Capítulo I
Enquadramento Teórico

1. Saúde Mental e Bem-Estar

1.1. Contributos da Ciência Psicológica para a Compreensão da Saúde Mental: O Papel da Psicologia Positiva

Durante muitos anos, a Psicologia, e especificamente a Psicoterapia, foi encarada como o local onde os indivíduos vão falar sobre os seus problemas e onde o foco foi quase sempre a reparação de dimensões negativas como sintomas, traumas, feridas, défices e distúrbios (Seligman et al., 2006). Neste sentido, Seligman e Czikszentmihalyi (2000) afirmaram que a Psicologia mantinha até então um foco exclusivo na psicopatologia, o que resultava num modelo de conceção do ser humano ausente de características positivas e de forças e virtudes.

Aparentemente, esta ênfase no patológico foi influenciada pela Segunda Guerra Mundial, período em que a Psicologia se centrou na necessidade de reparação dos danos psíquicos sofridos. No entanto, antes desse acontecimento, a Psicologia possuía três objetivos: curar as doenças mentais; tornar a vida das pessoas mais produtiva e satisfatória; e, identificar e desenvolver o talento e a inteligência. Após a guerra, os dois últimos objetivos tornaram-se esquecidos, o que fez com a ciência psicológica se dedicasse exclusivamente ao tratamento das perturbações mentais e ao alívio do sofrimento humano (Camaliente & Boccalandro, 2017; Paludo & Koller, 2007).

Contudo, não sendo a saúde mental a mera ausência de sintomas, começou a emergir o interesse na comunidade científica, pelo estudo e compreensão das dimensões psicológicas mais positivas e funcionantes do ser humano. Com o intuito de proporcionar uma mudança deste foco, houve a necessidade de a investigação em Psicologia ser alterada. Assim, contrastando com a Psicologia clássica, a Psicologia Positiva pretende abordar variáveis positivas e preventivas ao invés dos aspetos negativos e patológicos que são tradicionalmente estudados (Contreras & Esguerra, 2006).

O movimento pela Psicologia Positiva iniciou-se em 1998, quando Martin Seligman assumiu a presidência da *American Psychological Association*. Esta é uma abordagem que visa promover as potencialidades e virtudes humanas, estudando as condições e processos que contribuem para a prosperidade dos indivíduos e comunidades. Deste modo, é um movimento que pretende melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e, por sua vez, prevenir as patologias (Paludo & Koller, 2007).

Segundo Rashid (2015), a Psicologia Positiva sobrepõe as forças do indivíduo às suas fraquezas, de modo a enfatizar as melhores coisas da vida, habilidades e pontos fortes do indivíduo e tirar partido dos momentos de bem-estar em prol da patologia que possa estar associada.

Ao longo das investigações realizadas, foi descoberto que existem forças humanas que atuam como amortecedores contra as doenças mentais. Deste modo, grande parte da tarefa de prevenção neste novo século será criar uma ciência de força humana, cuja missão será compreender e aprender como promover estas virtudes (Seligman, 2002).

Seligman (2003) destaca que o conhecimento das forças e virtudes poderia propiciar o florescimento (*flourishing*) das pessoas, comunidades e instituições. Do ponto de vista de Keyes e Haidt (2003), o florescimento é uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspetos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos. Para além disso, salientam que é um estado no qual os indivíduos sentem uma emoção positiva pela vida, apresentam um ótimo funcionamento emocional e social e não possuem problemas relacionados com a saúde mental.

A Psicologia Positiva é um ramo que estuda diferentes níveis da experiência humana, baseando-se em três importantes pilares: (1) a experiência subjetiva; (2) as características individuais, isto é, as forças pessoais e virtudes; e (3) as instituições e comunidades (Seligman, 2003).

Ao nível da experiência subjetiva, preocupa-se com emoções positivas como o bem-estar subjetivo, o contentamento e a satisfação (no passado), a felicidade e a transcendência (no presente), e no futuro, a aspetos relacionados com a esperança e o otimismo. Em relação ao nível individual, foca-se nas características individuais positivas, especificamente, a capacidade para amar, o perdão, a espiritualidade, o talento e a sabedoria. Por fim, ao nível do grupo, é incentivado o estudo sobre as virtudes cívicas e instituições que possibilitam mudanças dos indivíduos como melhores cidadãos, com o foco direcionado para a responsabilidade, o altruísmo, a tolerância e a ética no trabalho (Contreras & Esguerra, 2006).

De acordo com o exposto, a Psicologia Positiva emerge como uma área de estudo científico única e multifacetada, que deixa de se centrar nos problemas e na psicopatologia, para se centrar, teórica e empiricamente, na construção de uma melhor qualidade de vida no contexto subjetivo, individual e coletivo (Nunes, 2007).

Além da incidência sobre diferentes construtos positivos da dimensão humana, os estudos desenvolvidos no âmbito da Psicologia Positiva pretendem modificar a centralidade do tratamento para a prevenção (Nunes, 2007). Trata-se assim de uma proposta teórica que pretende criar métodos preventivos através do conhecimento dos fatores protetivos (Paludo & Koller, 2007).

A Psicologia Positiva pretende, portanto, debruçar-se sobre experiências e características positivas. Estas melhoram a saúde e o bem-estar, favorecem o crescimento pessoal, promovem longevidade, o funcionamento coletivo e o bem-estar psicológico. Não obstante, as emoções positivas prognosticam um aumento da capacidade de recuperação e do otimismo, podendo ajudar a desfazer efeitos indesejáveis de emoções negativas (Fredrickson, 2001).

Paludo & Koller (2007) acrescentam ainda que a resiliência se torna um conceito fulcral para a Psicologia Positiva. É um fenómeno que se encontra presente no desenvolvimento de qualquer ser humano e que produz efeitos importantes na vida dos indivíduos, visto que favorece as suas potencialidades e os torna mais fortes e produtivos (Masten, 2001).

A resiliência pode ser definida como uma capacidade universal que possibilita a pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades (Aganst, 2009).

Assim, a Psicologia Positiva propõe romper com o viés reducionista e negativo que existe atualmente, focalizando as potencialidades e qualidades humanas, sendo a resiliência uma forma de se considerar um fenómeno indicativo de uma vida saudável e adaptativa ao longo do desenvolvimento humano (Aganst, 2009).

Portanto, torna-se crucial haver uma preocupação com o alívio do sofrimento psicológico e redução de psicopatologia, mas também haver um foco nos aspetos positivos, nas forças e virtudes do ser humano, de forma a haver uma maior compreensão do seu funcionamento como um todo. Assim, podem ser desenvolvidas estratégias que visam promover uma saúde mental positiva e o bem-estar, conceitos que irão ser abordados de seguida.

1.2. Saúde Mental Positiva e o Bem-Estar

Até há pouco tempo, a saúde e o bem-estar encontravam-se relacionados com a ausência de doença (Lamers et al., 2011) e a saúde mental permanecia indefinida e não mensurável (Keyes, 2007). No entanto, a investigação tem demonstrado que a saúde mental não inclui apenas a ausência de doença mental, mas também a presença de algo positivo, designado de saúde mental positiva (Keyes, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental caracteriza-se como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se limitando apenas à ausência de doença (World Health Organization [WHO], 2005). Na realidade, a saúde mental é compreendida como parte inerente do desenvolvimento humano (Oliveira et al., 2016) e envolve aspetos emocionais, psicológicos e sociais que permitem observar a saúde como um estado completo (Monte et al., 2015).

Ribeiro (2015) afirma que o conceito de saúde mental tem como fundamento a crença de que a saúde é um princípio essencial para o desenvolvimento da felicidade, das relações humanas harmoniosas e seguras.

Para Corey Keyes (2002, 2005, 2007), embora a doença e a saúde mental estejam relacionadas, é o bem-estar que é a componente central para a compreensão da saúde mental positiva. O autor apresentou um novo modelo que admite a existência de dois contínuos: um contínuo de doença mental e um contínuo de saúde mental, ambos com o polo existência e o polo ausência. Segundo ele, a saúde mental trata-se de uma síndrome de sintomas, sentimentos e funcionamentos positivos, operacionalizada através de medidas de bem-estar, na qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, lida com o *stress* do dia-a-dia, consegue trabalhar de forma produtiva e agradável, estabelece relações positivas com outros indivíduos e é capaz de dar uma contribuição a si mesmo ou à comunidade (Keyes, 2007; WHO, 2005).

Assim, para determinar se um indivíduo possui bons níveis de saúde mental, este deve preencher pelo menos um dos dois descritores do bem-estar hedónico e seis ou mais do funcionamento positivo, conforme exposto na Tabela 1 (Keyes, 2005). Os sintomas devem ser observáveis ao longo de um determinado período de tempo e cumprir um critério de intensidade (Carvalho & Dias, 2012).

Tabela 1

Critérios de Diagnóstico da Saúde Mental Positiva

| Critérios de Diagnóstico | Descrição de sintomas |
|---|---|
| <p>Bem-Estar Hedônico (critério: requer níveis elevados em pelo menos um dos sintomas)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Nos últimos 30 dias, sente-se alegre, de bom humor, feliz, calmo e tranquilo, satisfeito e realizado; ✗ Sente-se feliz ou satisfeito com a vida em geral ou em domínios específicos, como o casamento, emprego ou relações interpessoais. |
| <p>Funcionamento Positivo (critério: requer níveis elevados em seis ou mais sintomas)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✗ <u>Autoaceitação</u>: apresenta atitudes positivas para consigo e para com o passado; considera e aceita vários aspetos do <i>self</i>; ✗ <u>Aceitação Social</u>: tem uma atitude positiva para com os outros enquanto reconhece e aceita as diferenças e complexidade das pessoas; ✗ <u>Crescimento Pessoal</u>: tem <i>insight</i> acerca do seu potencial, sentido de desenvolvimento e está aberto a experiências que sejam novas e desafiantes; ✗ <u>Atualização Social</u>: considera que as pessoas, os grupos sociais e a sociedade têm potencial e podem evoluir positivamente; ✗ <u>Propósito de Vida</u>: tem objetivos e crenças que revelam ter direção na vida e sente que esta tem sentido e propósito; ✗ <u>Contribuição Social</u>: sente que a sua vida é útil para a sociedade e que o |

| | |
|--|---|
| | <p>resultado das suas atividades é valorizado ou pode ter valor para os outros;</p> <ul style="list-style-type: none">✘ <u>Domínio do Ambiente (Mestria)</u>: revela capacidade para gerir ambientes complexos e pode gerir, escolher ou moldar o ambiente, conforme as suas necessidades;✘ <u>Coerência Social</u>: tem interesse na sociedade e vida social, sente que a sociedade e a cultura são inteligíveis, de alguma forma lógica, previsível e com sentido;✘ <u>Autonomia</u>: as suas direções são estabelecidas pelas suas normas enquanto socialmente aceites e é capaz de resistir a pressões sociais negativas;✘ <u>Relações Positivas com os outros</u>: tem relações sociais calorosas, satisfatórias e de confiança e é capaz de sentir empatia e intimidade;✘ <u>Integração social</u>: sente que pertence à comunidade e que pode contar com o seu conforto e suporte. |
|--|---|

Traduzido e adaptado de Keyes (2005)

Torna-se importante fomentar estratégias que visam atingir o funcionamento ótimo para o maior número de pessoas ou aumentar aquilo que já pode estar bem. Nesta perspetiva, é necessário intervir quando o indivíduo não preenche os critérios para florescer, assim como quando o indivíduo definha ou possui saúde mental moderada (Baptista, 2013).

Adultos mentalmente saudáveis, isto é, adultos sem doença mental e em florescimento durante doze meses, reportam menos dias de absentismo ao trabalho, um

funcionamento psicológico mais saudável e um menor risco para possuir doenças físicas e cardiovasculares (Keyes, 2007).

O foco na avaliação da saúde mental positiva marca uma mudança importante no sentido de reconhecer os benefícios da promoção da saúde e prevenção da doença. Além de melhorar o tratamento de doenças existentes, são criadas condições individuais, sociais e ambientais que favorecem o desenvolvimento do potencial humano, bem como a preservação da equidade, justiça social e da dignidade das pessoas (Sequeira et al., 2014). É também um reconhecimento de que a saúde mental positiva e o bem-estar podem contribuir para uma ampla gama de objetivos sociais e de saúde, de importância crucial para a prosperidade, a médio e longo prazo (Diener et al., 1999).

A definição de saúde mental positiva assenta em três componentes principais, o bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. Em conjunto, estas três componentes compõem a definição de saúde mental positiva (Lamers et al., 2011). No entanto, importa compreender primeiramente o conceito de bem-estar.

1.3. Bases Teóricas do Bem-Estar

O conceito de bem-estar tem sido alvo de diversas denominações ao longo do tempo. Numa primeira instância, esteve associado aos estudos da economia e ao poder económico, sendo denominado de bem-estar material. No entanto, rapidamente se tornou um conceito direcionado para a saúde, qualidade de vida, relações, satisfação no trabalho e liberdade política. Devido a estas alterações, podemos identificar este como um dos momentos críticos na evolução do conceito (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Devido à abrangência da sua nova identidade e à quantidade de investigação produzida, emergiu uma crise, o que levou à subdivisão do bem-estar em dois tipos: o Bem-Estar Subjetivo (BES) e o Bem-Estar Psicológico (BEP). O primeiro diz respeito a um campo de estudo que integra as dimensões afeto e satisfação com a vida, enquanto que o bem-estar psicológico abrange conceitos como autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, propósito de vida e desenvolvimento pessoal (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Além destes dois tipos de bem-estar, torna-se importante mencionar um outro tipo de bem-estar, isto é, o Bem-Estar Social (BESo). Este partilha o propósito de caracterizar o funcionamento positivo ao nível da relação do indivíduo com o domínio público e

social, captando a percepção sobre as relações que os indivíduos estabelecem uns com os outros, com o funcionamento social e com o ambiente (Novo, 2005).

Apesar da existência de diferentes perspectivas acerca do bem-estar, as investigações demonstram que este é um construto que inclui aspetos de duas conceções: a hedonia e a eudaimonia (Deci & Ryan, 2006).

A hedonia é uma corrente filosófica que defendia a “boa vida”, pela experiência de maximização do prazer e minimização da dor, e a felicidade como a totalidade de momentos hedónicos experienciados pelo indivíduo (Deci & Ryan, 2006). O bem-estar hedónico pode ser entendido como a forma de felicidade instantaneamente identificável, isto é, trata-se do pico de felicidade que advém do prazer e das emoções positivas (Akhtar, 2012).

Apesar da predominância inicial da corrente hedónica no estudo da felicidade e do bem-estar, muitos investigadores procuraram discutir a felicidade perante uma outra perspectiva: a perspectiva eudaimónica (Freire et al., 2013). Para Aristóteles (1993), toda a atividade humana tem um fim e os indivíduos procuram viver consoante o seu verdadeiro *daimon* ou *self*. Assim, a eudaimonia envolve os sentimentos que ocorrem quando a pessoa se move em direção à autorrealização, para que possa desenvolver as suas potencialidades e conferir propósito à vida. O bem-estar eudaimónico é a forma de felicidade que se refere à nossa verdadeira natureza e está intimamente ligado com quem somos e com o momento em que somos melhores. Este é um tipo de bem-estar mais profundo e duradouro, em comparação com o bem-estar hedónico (Akhtar, 2012).

Associado a estas duas perspectivas, surgem os conceitos de BES, BEP e BESo. De seguida, serão revistas estas três principais definições.

1.3.1. Conceito de Bem-Estar Subjetivo (BES)

O bem-estar subjetivo é um construto que foca a perspectiva individual e subjetiva do bem-estar, privilegiando a vertente emocional (Novo, 2005).

Trata-se da avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, tendo como referência as experiências emocionais positivas e negativas, e tendo por base valores, necessidades, expectativas e crenças pessoais (Novo, 2005). Ou seja, esta é uma proposta que visa o que é realmente importante ou significativo para os indivíduos.

Do ponto de vista de Diener e Ryan (2009), estas avaliações, que podem ser tanto positivas como negativas, incluem julgamentos e sentimentos sobre satisfação com a vida, interesse e envolvimento, reações afetivas como a alegria e a tristeza em acontecimentos de vida, satisfação no trabalho, relacionamentos, saúde, significado e propósito, entre outros domínios importantes. Contudo, é importante notar que embora o bem-estar seja subjetivo, as manifestações do mesmo podem ser medidas objetivamente no comportamento verbal e não-verbal, nas ações, na biologia, na atenção e na memória.

Este é um tipo de bem-estar que se centra na perspectiva hedónica e como tal, foca-se essencialmente na identificação do nível de felicidade e de satisfação dos indivíduos, procurando identificar as condições sociodemográficas, políticas e culturais que lhe estão associadas (Novo, 2005).

O bem-estar subjetivo é constituído por três componentes essenciais, as quais são a satisfação com a vida, a presença do afeto positivo e a ausência do afeto negativo. Este é considerado um conceito amplo que inclui experienciar emoções agradáveis e, simultaneamente, baixos níveis de afeto negativo e elevados níveis de satisfação com a vida (Diener et al., 2002).

Assim, de um modo geral, a satisfação com a vida tem sido considerada como uma dimensão cognitiva, enquanto que o afeto é considerado como uma dimensão afetiva. A satisfação com a vida consiste no balanço que cada indivíduo faz da sua vida em geral; o afeto positivo pode ser entendido como um sentimento transitório, num determinado momento de exultação ou em determinada atividade e o afeto negativo traduz-se num sentimento momentâneo que aglomera emoções como a ansiedade, depressão, agitação ou outros sentimentos psicológicos (Diener & Ryan, 2009).

Portanto, pode-se concluir que indivíduos que possuem níveis elevados de BES, são aqueles que desenvolvem um maior número de relacionamentos amorosos, são sociáveis, religiosos, têm uma boa autoestima e bons hábitos de saúde (Seligman, 2004).

A investigação sobre o bem-estar subjetivo aponta para o facto de que as pessoas não evitam apenas o mal-estar, mas procuram a felicidade. Deste modo, o estudo científico do bem-estar é conhecido por marcar a viragem da orientação da psicologia para a saúde mental, em certa medida, como uma reação ao foco generalizado nos sintomas da doença (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

À semelhança do que acontece com o conceito de bem-estar subjetivo, têm sido desenvolvidos estudos sobre o bem-estar psicológico, que serão descritos de seguida.

1.3.2. Conceito de Bem-Estar Psicológico (BEP)

O conceito de bem-estar psicológico foi um construto proposto no final dos anos 80 do século XX, fundamentado por conceitos da psicologia do desenvolvimento, da psicologia clínica e da saúde mental (Ryff, 1989). Surgiu como resposta às críticas que sustentavam o bem-estar subjetivo e aos estudos psicológicos que enfatizaram a infelicidade e o sofrimento (Siqueira & Padovan, 2008).

De acordo com Novo (2005), o bem-estar psicológico apoia-se na perspetiva eudaimónica e insere-se na procura do desenvolvimento do ser e na ética subjacente à procura de gratificação diferida.

Tendo em conta esta tradição de pensamento, o bem-estar psicológico foca-se no desenvolvimento das capacidades e potencialidades pessoais, no crescimento pessoal e na procura de autorrealização e propósito de vida (Santana & Gondim, 2016).

A procura de linhas de convergência das diferentes fontes e propostas clássicas conduziu à identificação de um conjunto de seis dimensões consideradas nucleares do desenvolvimento e expressão da normalidade e do bem-estar, nomeadamente: autoaceitação; crescimento pessoal; propósito de vida; relações positivas com os outros; domínio do ambiente e autonomia (Novo, 2005; Deci & Ryan, 2006). Cada dimensão corresponde aos diferentes desafios que as pessoas se deparam na procura do funcionamento positivo (Keyes et al., 2002).

Estas seis dimensões correspondem a uma junção de vários pressupostos de diferentes teorias, ressaltando-se, entre outras, as que versaram sobre os fenómenos de individuação (Jung, 1933), autorrealização (Maslow, 1968), maturidade (Allport, 1961), funcionamento pleno (Rodgers, 1961), teorias do desenvolvimento humano (Erikson, 1959; Neugarten 1973) e proposições relativas à saúde mental (Jahoda, 1958) (Siqueira & Padovan, 2008). A Tabela 2 apresenta as dimensões, os conceitos-chave e os autores do modelo teórico do BEP.

Tabela 2

Bases Teóricas e Dimensões do Bem-Estar Psicológico

| Dimensões | Conceitos-Chave | Autores |
|---|---|--|
| Autoaceitação | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Auto-atualização ✗ Maturidade ✗ Atitudes positivas face ao <i>self</i> ✗ Reconhecimento do valor pessoal | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Maslow ✗ Allport ✗ Jahoda ✗ Rogers |
| Crescimento Pessoal | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Abertura à experiência ✗ Procura de atualização ✗ Expansão criativa | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Rogers ✗ Maslow ✗ Jahoda ✗ Buhler ✗ Erikson ✗ Jung ✗ Neugarten |
| Propósito de Vida | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Perspetiva unificadora da vida em que há uma compreensão clara do propósito de vida, um sentido de direção e intencionalidade | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Jahoda ✗ Allport ✗ Rogers |
| Relações Positivas com os outros | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Importância dos interesses sociais e estabelecimento de relações positivas e gratificantes ✗ Confiança na natureza humana e capacidade de estabelecer relações de amizade e amor ✗ Relações interpessoais ao longo da vida, capacidade de | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Maslow ✗ Rogers ✗ Allport ✗ Erikson |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| | orientação de gerações mais jovens, como fatores determinantes do desenvolvimento de si próprio | |
| Domínio do Ambiente (Mestria) | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Desenvolvimento de capacidades para a execução de tarefas complexas ✗ Domínio do meio como constituinte da personalidade adulta e madura | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Neugarten ✗ Allport |
| Autonomia | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Autonomia como critério de saúde mental ✗ Individualização/Autonomia face às convenções e crenças ✗ Independência dos padrões de avaliação e aprovação pessoal face aos outros | <ul style="list-style-type: none"> ✗ Jahoda ✗ Jung ✗ Rogers |

Traduzido e adaptado de Carol Ryff (1995; 1989)

Tendo em conta o que foi descrito acima, torna-se importante clarificar o que diz respeito cada uma das seis dimensões.

A (1) **autoaceitação** define-se como o aspeto central da saúde mental e refere-se a uma atitude positiva que o indivíduo tem para consigo mesmo e para com a sua vida. Trata-se de uma característica que revela um elevado nível de autoconhecimento, um ótimo funcionamento e maturidade (Siqueira & Padovam, 2008).

O (2) **crecimento pessoal** corresponde à capacidade de o indivíduo continuar a desenvolver o seu potencial, para crescer e se expandir enquanto pessoa bem como à capacidade de se abrir a novas experiências (Siqueira & Padovam, 2008).

O (3) **propósito de vida** inclui objetivos de ser produtivo e exercer capacidades de liderança. O indivíduo que funciona positivamente possui objetivos, intenções, metas, sentido de direção que, em conjunto, contribuem para sentimentos de integração e

significado acerca de diferentes partes da vida da própria pessoa (Ryff, 1989; Siqueira & Padovam, 2008).

Relativamente às (4) **relações positivas com os outros**, sentimentos como empatia, afeto e intimidade são mencionados. Para Ryff (1995), além de ter uma atitude positiva com o *self*, muitas das teorias descritas anteriormente, enfatizam a importância de relacionamentos interpessoais calorosos e de confiança.

O (5) **domínio do ambiente** está relacionado com uma participação ativa e sentido de mestria sobre o ambiente. Esta mestria refere-se à capacidade de o indivíduo escolher ou criar ambientes adequados às suas características psíquicas (Siqueira & Padovam, 2008), progredindo no mundo e alterando-o criativamente, através de atividades físicas e mentais (Ryff & Singer, 2008).

A (6) **autonomia** é a última dimensão do bem-estar psicológico. Neste caso, o indivíduo é determinado e independente e tem a capacidade de resistir às pressões sociais, controlando o seu comportamento (Siqueira & Padovam, 2008).

Portanto, pode-se concluir que o bem-estar psicológico surge como um conceito que traduz o resultado de um desenvolvimento e funcionamento positivos, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização para o futuro, assumindo um caráter amplo e representativo do funcionamento psicológico positivo ao nível privado (Novo, 2005). O sentido de felicidade, neste tipo de bem-estar, ultrapassa a ideia de que ela é um fim em si mesma ou constitui um objetivo de vida, para ser considerada como produto do desenvolvimento e da realização da pessoa humana (Ryff, 1989) recuperando, assim, o sentido aristotélico de felicidade.

Além do bem-estar subjetivo e psicológico, é possível depreender que as relações sociais são um forte indicador de bem-estar e como tal, é importante abordar o conceito de bem-estar social.

1.3.3. Conceito de Bem-Estar Social (BESo)

O bem-estar social insere-se também na perspetiva eudaimónica e no desenvolvimento dos indivíduos enquanto seres sociais, com responsabilidades a assumir, tarefas a cumprir e com direitos a usufruir. Pretende representar pela positiva a experiência subjetiva de bem-estar, na vertente da satisfação das pessoas nas relações com o meio social e no desempenho das suas tarefas sociais (Novo, 2005).

Keyes (1998) define o bem-estar social como a avaliação que o indivíduo faz das suas circunstâncias e funcionamento na sociedade. Neste sentido, propôs um modelo multidimensional, que integra cinco dimensões, as quais são a (1) integração social, (2) aceitação social, (3) contribuição social, (4) atualização social e (5) coerência social.

A (1) **integração social** diz respeito à qualidade da relação entre o indivíduo, a sociedade e a sua comunidade. Os indivíduos considerados mais saudáveis são aqueles que se sentem mais inseridos na sociedade e se identificam com as pessoas da sua comunidade (Keyes, 1998).

A (2) **aceitação social** comporta as atitudes positivas que o indivíduo tem face aos outros, tendo em conta as suas dificuldades e limitações. Assim, os indivíduos que aceitam socialmente confiam nos outros, são dedicados e sentem-se confortáveis com aqueles que os rodeiam (Keyes, 1998).

Em relação à (3) **contribuição social**, esta consiste na avaliação que o indivíduo tem acerca do seu valor social. Para ele, as atividades que pratica são valorizadas pelos outros e contribuem para um bem comum (Keyes, 1998). Contribuição é sinónimo de utilidade, proveito e eficácia (Blanco & Díaz, 2005).

A (4) **atualização social** traduz-se na avaliação do potencial e da trajetória da sociedade. Os indivíduos possuem a crença de que a comunidade tem potencial para evoluir de forma positiva. Indivíduos socialmente saudáveis preocupam-se com o futuro da sociedade e reconhecem a necessidade de eles próprios contribuírem, acreditando que todos beneficiam com o crescimento do mundo (Keyes, 1998).

Por fim, a (5) **coerência social** corresponde à perceção da qualidade, organização e funcionamento do mundo social e à aptidão para criar julgamento sobre o que acontece na sociedade. Indivíduos socialmente saudáveis preocupam-se com o mundo e sentem que podem compreender o que está ao seu redor (Keyes, 1998).

Estas dimensões representam os desafios que os indivíduos encontram como seres sociais, na relação com as estruturas comunitárias e sociais e constituem áreas de referência para caracterizar a variabilidade interindividual no domínio do bem-estar social, bem como para intervir ao nível da prevenção e da promoção em matéria de saúde social (Novo, 2005).

No ponto 1.4., será feita uma breve contextualização de saúde mental e a sua relação com a psicopatologia, nomeadamente com as perturbações psicóticas.

1.4. Saúde Mental e Psicopatologia: Perturbações Psicóticas

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), uma perturbação mental é definida como uma síndrome que se caracteriza por perturbações na cognição, emoção ou comportamento de um indivíduo e que está associada a um grau significativo de ansiedade ou incapacidade em diferentes níveis (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A noção de psicose foi a categoria que, durante quase dois séculos, especificou a psiquiatria. Define uma estrutura psíquica de fundo, isto é, um modo específico de constituição e funcionamento subjetivos, oposta à neurose, e cuja expressão de sintomas pode ser variável. No entanto, essa conceção foi abandonada pelas classificações atuais, como é o caso do DSM-5 e a Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (Tenório, 2015).

Sem ser unívoca, a psicose constitui um universo psíquico estranho, invulgar e desconhecido, não se encontrando neste estado uma base de analogia com nenhuma vivência pessoal (Janzarik, 2003).

Os autores de orientação psicodinâmica tendem a dar ênfase à perda de contacto com a realidade, como uma dimensão central da psicose. O paciente psicótico, nesta perspetiva, passaria a viver fora da realidade, sem ser regido pelo princípio da realidade, e viveria predominantemente sob a égide do princípio do prazer e do narcisismo. Tipicamente, os pacientes psicóticos possuem um *insight* prejudicado, em relação aos seus sintomas e à sua condição clínica em geral (Dantas & Banzato, 2007).

Posto isto, as perturbações psicóticas caracterizam-se por sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, como fala e risos imotivados (Janzarik, 2003). O psicótico tem sensações que não correspondem à realidade, havendo uma transformação radical das relações entre o indivíduo e o mundo. Assim, o indivíduo com psicose desenvolve processos de desintegração da personalidade, com um grave desajustamento ao nível social (Vieira et al., 2010). Em alguns casos, observa-se uma desorganização profunda da vida mental e

do comportamento, de qualidade diversa à que ocorre nos quadros demenciais, no *delirium* ou nos quadros de retardo mental grave (Schimid, 1991).

Sendo o critério para o diagnóstico de perturbação psicótica a presença de alucinações e delírios, torna-se fundamental definir tais conceitos. Assim sendo, as alucinações são “experiências de tipo perceptivo que ocorrem sem um estímulo externo. São vividas e claras, com toda a força e impacto das percepções normais, e não estão sob controlo voluntário” (APA, 2014, p.104). Estas podem atingir qualquer um dos órgãos dos sentidos, sendo classificadas de acordo com o órgão afetado (Vieira et al., 2010).

Os delírios são definidos como “crenças fixas que não são passíveis de mudar à luz de evidência oposta” (APA, 2014, p.103). Consistem na atribuição de um significado novo e inteiramente pessoal a uma determinada realidade (Matos et al., 2003). No entanto, o delírio pode assumir diferentes facetas de sistematização, as quais podem ser de teor persecutório, de referência, de grandiosidade e erotomaníacos (Calado, 2016). Quer as alucinações, quer os delírios apresentam o critério de comprometimento na sociabilidade (Pontes & Calazans, 2017).

As perturbações psicóticas possuem sintomas que podem ser distinguíveis em três domínios, nomeadamente (1) sintomas positivos, (2) sintomas negativos e (3) sintomas cognitivos. Os sintomas positivos são os sintomas mais visíveis nas fases de descompensação aguda da doença, enquanto que os sintomas negativos são um conjunto de sintomas que representam a perda ou diminuição das funções normais. Este grupo de sintomas acompanha a evolução da doença e refletem um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais. Os sintomas cognitivos são os que se encontram habitualmente na altura da manifestação da doença e parecem ser os determinantes principais do funcionamento e reabilitação psicossociais (Queirós et al., 2019). Na tabela 3, estarão esquematizados os três domínios referidos.

Tabela 3

Sintomas-Chave das Perturbações Psicóticas

| Sintomas-Chave das Perturbações Psicóticas |
|---|
| Sintomas Positivos: ✓ Delírios; |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alucinações; ✓ Alterações do pensamento, discurso ou comportamento. |
| <p>Sintomas Negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Redução da expressão emocional; ✗ Embotamento afetivo; ✗ Anedonia; ✗ Escassez de discurso; ✗ Isolamento social. |
| <p>Outros Sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomas Cognitivos – disfunção executiva, diminuição da velocidade de processamento de informação, perda de memória semântica e redução da capacidade de atenção. ▪ Sintomas Afetivos. |

Adaptado de Queirós et al. (2019); Gomes & Fernandes (2021)

Embora possam apresentar sintomatologia em comum, as perturbações psicóticas diferem consoante a sua etiologia, apresentação clínica, perfil de evolução e prognóstico. De acordo com o DSM-5, o diagnóstico deste tipo de perturbações baseia-se na (1) duração da sintomatologia, na (2) perfil de sintomatologia apresentada, na (3) relação entre os episódios psicóticos e os episódios de alteração de humor e na (4) etiologia (Gomes & Fernandes, 2021).

Na tabela 4, estarão ilustrados os diferentes quadros clínicos de psicose, acompanhados das suas principais características.

Tabela 4

Caracterização das Perturbações Psicóticas

| Tipos de Psicose | |
|------------------------------|---|
| Quadro Clínico | Características |
| Perturbação Delirante | Os indivíduos que possuem este tipo de perturbação consideram as suas crenças como irracionais, mas não o conseguem aceitar. Muitos indivíduos desenvolvem humor irritável ou disfórico que |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <p>habitualmente pode ser compreendido como uma reação às suas crenças delirantes. A raiva e o comportamento violento podem ocorrer nos tipos persecutório, ciúme e erotomaniaco, sendo que um indivíduo pode envolver-se em comportamentos litigiosos ou hostis.</p> |
| Perturbação Psicótica Breve | <p>Os indivíduos com perturbação psicótica breve apresentam agitação emocional ou confusão, podendo apresentar mudanças rápidas de um sentimento para o outro. Apesar de o distúrbio ser breve, o nível de disfunção pode ser grave, podendo ser necessária supervisão, a fim de assegurar que as necessidades nutricionais e de higiene são satisfeitas e que o indivíduo é protegido das consequências de um juízo crítico pobre, do compromisso cognitivo ou de uma atuação baseada nos delírios.</p> |
| Esquizofrenia | <p>Podem apresentar afetos inapropriados, humor disfórico, um padrão de sono alterado e falta de interesse em comer ou recusa alimentar. Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer, atingindo, por vezes, proporções delirantes. A ansiedade, fobias e défices cognitivos são comuns neste tipo de indivíduos. Normalmente, possuem falta de <i>insight</i> quanto à sua perturbação e podem ser hostis e agressivos.</p> |
| Perturbação Esquizofreniforme | <p>As características principais são idênticas às da esquizofrenia, no entanto, a</p> |

| | |
|--|--|
| | diferença reside na duração total da perturbação. |
| Perturbação Esquizoafetiva | O contacto social restrito e a dificuldade no autocuidado estão presentes nesta perturbação. Neste caso, os sintomas negativos são menos graves e persistentes do que comparadamente com a esquizofrenia. Estes indivíduos possuem um <i>insight</i> pobre e podem desenvolver episódios depressivos ou bipolares. |
| Perturbação Psicótica Induzida por Substância/Medicamento | As perturbações psicóticas podem ocorrer em associação com a intoxicação ou abstinência de substâncias. |
| Perturbação Psicótica Devida a Outra Condição Médica | Presença de delírios ou alucinações que são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica. |
| Catatonía Associada a Outra Perturbação Mental (Especificador de Catatonía) | Marcada perturbação psicomotora que envolve pelos menos três de doze sintomas: estupor, catalepsia, flexibilidade cêrea, mutismo, negativismo, postura inapropriada, maneirismo, estereotípia, agitação, caretas, ecolalia e ecopraxia. |
| Perturbação Catatónica Devida a Outra Condição Médica | Presença de três ou mais dos sintomas anteriores e é atribuída aos efeitos fisiológicos de outra condição médica. |
| Catatonía Não Especificada | Este quadro clínico aplica-se a situações em que os critérios de catatonía não são completamente preenchidos ou não há informação suficiente para se fazer um diagnóstico mais específico. |

| | |
|---|---|
| Perturbações do Espectro da Esquizofrenia com Outra Especificação e Outras Perturbações Psicóticas | Este quadro clínico aplica-se a situações em que os sintomas não cumprem todos os critérios para nenhuma das perturbações da classe do espectro da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas. |
| Perturbações do Espectro da Esquizofrenia Não Especificadas e Outras Perturbações Psicóticas | Este quadro clínico aplica-se a situações em que os sintomas não cumprem todos os critérios para nenhuma das perturbações da classe do espectro da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas. |

Adaptado de APA (2014)

Os indivíduos que sofrem de perturbações psicóticas deparam-se com dificuldades significativas em diferentes áreas da sua vida, nomeadamente aquelas relacionadas com o trabalho, a educação, as relações interpessoais, a capacidade de viver de forma independente e de prestar autocuidados (Gomes & Fernandes, 2021).

De todas as perturbações psicóticas apresentadas, a esquizofrenia é a forma de psicose com maior prevalência (Dalgarrondo, 2008), afetando 0,4% da população (WHO, 2005). A incidência parece ser maior em meios urbanos, em classes sociais mais desfavorecidas e em indivíduos do sexo masculino, com um rácio de 1,4 em relação ao sexo feminino (Queirós et al., 2019). As primeiras manifestações da esquizofrenia surgem na parte final da adolescência ou no início da vida adulta (Figueira et al., 2014).

Os delírios mais comuns nos indivíduos com esquizofrenia são o delírio persecutório e o delírio de autorrealização. No primeiro, o indivíduo tem ideias de prejuízo contra si, sente-se ameaçado, perseguido, espiado ou vítima de uma conspiração e no segundo, acredita que as experiências são dirigidas a si e que falam sobre si, frequentemente em tom depreciativo (Figueira et al., 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014). Em relação às alucinações, as mais comuns são as auditivo-verbais e tomam a forma de vozes que são frequentemente desagradáveis, críticas, ameaçadoras, obscenas ou insultuosas. Podem ser apenas uma voz ou mais, a conversar entre si, a comentar o comportamento do indivíduo e o que se passa ao seu redor, ou com carácter de comando, dando ordens (Lothane, 1982; Figueira et al., 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

De seguida, será abordado o conceito de intervenções psicológicas positivas assim como a eficácia destas intervenções num quadro clínico específico, especificamente a psicose.

2. Intervenções Psicológicas Positivas e a sua Importância na Promoção da Saúde Mental

2.1. Conceito de Intervenções Psicológicas Positivas

Recentemente, emergiu uma abordagem diferente para o tratamento de problemas psicológicos assim como para a intervenção com indivíduos sem qualquer problema ao nível da saúde mental. Esta designa-se de Psicoterapia Positiva ou de intervenções psicológicas positivas (Ferreira et al., 2020).

A Psicoterapia Positiva alicerça-se conceitualmente no estudo científico de emoções positivas, traços individuais e pontos fortes. Ou seja, esta é uma abordagem que se baseia nas habilidades internas e pontos fortes dos indivíduos para lidar com problemas que estes enfrentam na sua vida, em vez de se focar apenas nos sintomas e dificuldades (Ferreira et al., 2020). É uma aplicação direta no campo clínico da psicologia positiva, que se torna útil na prevenção e tratamento da psicopatologia, podendo assumir um papel central e crucial numa boa psicoterapia (Seligman et al., 2006).

A Psicoterapia Positiva é uma intervenção promissora que pode ser descrita como um método de tratamento ou atividades intencionais que visam cultivar emoções, comportamentos ou cognições positivas. Estas atividades têm como objetivo aumentar a felicidade, o envolvimento na vida e o bem-estar, e concomitantemente, aliviar o impacto dos sintomas na vida do indivíduo. Assim, as intervenções psicológicas positivas emergem como uma estratégia complementar na promoção da saúde mental e como um elemento valioso para a prática clínica eficaz. É uma forma de exercer uma mudança terapêutica e não uma forma diferente de psicoterapia (Sin & Lyubomirsky, 2009; Bolier et al., 2013).

O facto de possuir o nome intervenções psicológicas positivas não significa que os aspetos negativos são minimizados, muito pelo contrário, consiste numa abordagem sistemática que visa ultrapassar os obstáculos e desafios, utilizando as forças e qualidades dos indivíduos (Rashid, 2015). As intervenções psicológicas positivas consistem numa

prática regular, simples e intencional, de forma a aumentar o bem-estar e a felicidade de quem os pratica (Sin & Lyubomirsky, 2009).

Importa notar que a Psicoterapia Positiva foi inicialmente validada para indivíduos que apresentavam sintomas moderados a graves de depressão. No entanto, esta pode ser uma abordagem adaptada às necessidades específicas de cada indivíduo e os seus exercícios podem basear-se noutros métodos de tratamento (Rashid, 2015).

A Psicoterapia Positiva assume três suposições sobre a sua origem, nomeadamente a causa, a evolução e o tratamento de padrões específicos de comportamentos. Primeiramente, a psicopatologia ocorre quando as capacidades inerentes dos indivíduos para o crescimento, realização e bem-estar são impedidas por fatores psicológicos e socioculturais. O bem-estar e a psicopatologia não residem inteiramente nos indivíduos, mas derivam de uma interação complexa entre os mesmos e o seu meio. Quando essa interação se torna disfuncional, o crescimento dos indivíduos diminui, o que faz com que experienciem sentimentos de sofrimento psiquiátrico (Rashid, 2015). A reflexão sobre os aspetos negativos da vida é importante, no entanto, o crescimento acontece por meio da avaliação, reconhecimento e construção de forças. Os pontos fortes podem desempenhar um papel fundamental no crescimento, mesmo em situações e acontecimentos de vida adversos (Seery et al., 2010).

Em segundo lugar, a Psicoterapia Positiva considera as emoções positivas e as forças tão reais e autênticas quanto os sintomas e distúrbios. O facto de haver uma amplificação dos pontos fortes pode tornar a vida dos indivíduos satisfatória e gratificante, o que, por conseguinte, pode protegê-los contra a recorrência futura dos sintomas (Rashid, 2015).

A terceira e última suposição centra-se nos relacionamentos terapêuticos que podem ser formados por meio da discussão de características e experiências pessoais positivas. Em tempos, foi reforçada a crença de que a psicoterapia envolvia exclusivamente a ventilação de emoções reprimidas, a recuperação da autoestima e o falar sobre os problemas. Contudo, a relação terapêutica pode ser muito mais poderosa e pode envolver muito mais além disso (Rashid, 2015).

O trabalho do terapeuta, neste tipo de intervenções, não é aliviar apenas o sentimento negativo, mas sim ajudar a construir uma vida satisfatória, uma vida com compromisso/envolvida, bem como uma vida com significado (Seligman et al., 2006).

A primeira pode ser descrita como a vida que aumenta as emoções positivas e diminui as negativas. Consiste em ter uma emoção positiva sobre o presente, passado e futuro e aprender as habilidades para amplificar a intensidade e a duração dessas emoções. A vida com compromisso/envolvida, isto é, a segunda componente, está relacionada com o sentimento de pertença que potencia um maior número de possibilidades para o desenvolvimento da força humana. Normalmente, é uma vida que procura o envolvimento e a absorção no trabalho, relações íntimas e lazer (Seligman et al., 2006). Seligman (2002) propôs que uma maneira de melhorar o envolvimento e o florescimento é identificar os maiores talentos e pontos fortes dos indivíduos e, em seguida, ajudá-los a encontrar oportunidades para usar esses pontos fortes. Por último, a terceira componente – a vida com significado – diz respeito às características pessoais positivas, como a força ou as virtudes, estando assim associadas aos valores de cada um dos indivíduos (Seligman et al., 2006).

As intervenções psicológicas positivas podem ser divididas em três fases. A primeira fase concentra-se na exploração dos pontos fortes dos indivíduos, a partir de diferentes perspectivas. A segunda fase visa cultivar emoções positivas e lidar de forma adaptativa às memórias negativas e a terceira fase inclui exercícios, de forma a que se promova relacionamentos positivos, significado e propósito (Rashid, 2015).

Um dos fatores mais importantes da psicoterapia reside na relação terapêutica. O processo inicial da psicoterapia passa pelo terapeuta escutar, empaticamente, as preocupações dos utentes, assim como o terapeuta deve procurar possibilidades para ajudá-los a identificar e a reconhecer os seus pontos fortes (Rashid, 2015). O facto de se explorar e ampliar os pontos fortes não significa que as dificuldades e os problemas sejam eliminados ou minimizados.

A recordação de memórias positivas desempenha um papel fundamental na regulação do humor, uma vez que as lembranças permitem que os indivíduos experienciem emoções positivas. Segundo Fitzpatrick & Stalikas (2008), as emoções positivas, especialmente na fase inicial do processo terapêutico, predizem a mudança terapêutica, e isso permite que os indivíduos considerem novas perspectivas.

Em relação à última fase, os exercícios utilizados na Psicoterapia Positiva focam-se principalmente no cultivo de emoções positivas. Enquanto que por um lado, as emoções negativas limitam os recursos cognitivos, de atenção e fisiológicos para lidar

com uma ameaça imediata, por outro lado, as emoções positivas não desfazem apenas os efeitos das emoções negativas, mas também expandem o acesso a esses recursos. Portanto, os terapeutas não ajudam apenas os indivíduos a observar, reconhecer e rotular emoções positivas, como também discutem novas possibilidades de criar maneiras alternativas de resolução de problemas (Rashid, 2015).

De seguida, serão revistos diversos estudos sobre a eficácia de intervenções psicológicas positivas na psicose.

2.2. Eficácia de Intervenções Psicológicas Positivas na Psicose

A promoção do bem-estar tem vindo a ser indicada como uma meta importante dos serviços de saúde mental orientados para a recuperação de doenças mentais graves. Deste modo, existe a necessidade de a comunidade científica continuar a estudar intervenções psicológicas estruturadas e baseadas em evidências, que visem aumentar o bem-estar em pessoas com doenças mentais graves, como a psicose (Riches et al., 2015).

A Psicoterapia Positiva para a Psicose (PPP) é a abordagem mais recente para a reabilitação da esquizofrenia. Esta emerge da psicologia humanística e tem como principal objeto de interesse a subjetividade do indivíduo, construindo e aceitando a sua identidade, desenvolvendo oportunidades e talentos e compreendendo as experiências de vida e emoções (Zimowska et al., 2021).

É uma terapia psicológica que se foca nos pontos fortes do indivíduo e nas suas experiências positivas, com vista a melhorar o bem-estar. Ao contrário de alguns métodos tradicionais de psicoterapia, a PPP concentra-se nos aspetos positivos e não nas adversidades. Contudo, este é um tipo de terapia que também explora memórias negativas, mas de uma forma que os indivíduos as vejam de um lado mais positivo (Meyer et al., 2012).

As intervenções psicológicas positivas que se baseiam nos pontos fortes e na construção de emoções positivas podem ter um maior impacto na recuperação de um indivíduo e, especificamente, nos fatores associados à recuperação. Assim, poderá haver um período mais alargado e sustentável entre as recaídas (Meyer et al., 2012).

Os exercícios da PPP enfatizam o foco consciente em momentos prazerosos e experiências de vida como vivenciar coisas boas, como reagir ativa e construtivamente

nas relações sociais, identificar forças pessoais e utilizá-las em atividades a sós ou com outras pessoas (Slade et al., 2017).

Segundo Luthans et al. (2007), o pensamento positivo estimula a ocorrência de alegria, satisfação, esperança e vontade de ser ativo. Se resultados positivos geram pensamentos positivos, os efeitos nocivos das emoções negativas são neutralizados. Deste modo, ser positivo contribui para uma melhor saúde mental.

Meyer et al. (2012) realizaram um estudo acerca de uma psicoterapia positiva em grupo para indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia. Neste estudo, os autores estavam interessados em explorar se a intervenção – *Positive Living* - poderia ser implementada neste tipo de diagnóstico, bem como pretendiam fornecer um exame preliminar da intervenção. Os 16 participantes do estudo foram subdivididos em dois grupos e foram realizadas avaliações pré e pós intervenção, como também uma avaliação de *follow-up* após três meses. O programa consistiu numa adaptação de uma intervenção desenvolvida por Seligman et al. (2006) que incluiu exercícios comportamentais como: utilizar forças pessoais, três coisas positivas, biografia, visita de gratidão, resposta ativa e construtiva e saborear. Estes exercícios tinham como objetivo aumentar as emoções positivas e construir forças de caráter e significado. No final da intervenção, os participantes reportaram um aumento ao nível da esperança, bem-estar, saborear e recuperação, que se mantiveram na avaliação de *follow-up*. Estas melhorias podem estar associadas ao facto de os participantes sentirem um maior controlo nas suas vidas, com a realização do seu potencial e a habilidade para crescer e se sentirem capazes de serem afetuosos e de confiança na relação com os outros.

Zimowska et al. (2021) realizaram um estudo para avaliar o impacto da Psicoterapia Positiva para a Psicose (PPP) no bem-estar de indivíduos que sofrem de esquizofrenia crónica. A intervenção teve uma amostra de 75 participantes. Estes foram divididos em três grupos: um grupo experimental e um grupo de controlo, ambos compostos por indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia. Um terceiro grupo era composto por indivíduos sem qualquer tipo de psicopatologia, isto é, indivíduos saudáveis. Apenas os indivíduos do grupo experimental foram sujeitos a esta intervenção. Neste estudo, estavam inerentes três hipóteses de investigação: (1) a PPP influencia a força do sentido de agência; (2) a PPP aumenta a quantidade de emoções positivas e (3) a PPP aumenta os pontos fortes. Os autores encontraram resultados positivos na autoeficácia, no equilíbrio afetivo e nas forças de caráter. Em relação à autoeficácia, o

grupo de indivíduos que beneficiou da PPP, antes do início das sessões, apresentou um sentido de agência significativamente menor do que comparativamente com o segundo grupo de pacientes do grupo de controlo e com o grupo de indivíduos saudáveis. A participação nestas sessões contribuiu para um aumento da efetividade na possibilidade de escolhas de ações e nas ações realizadas. Isto comprova que a PPP aumenta a confiança nas ações, aumenta a motivação para realizá-las, o que por sua vez pode fazer com que os indivíduos com esquizofrenia recuperem da doença com uma maior eficiência. Quanto ao equilíbrio afetivo, ambos os grupos de pacientes obtiveram um equilíbrio positivo das emoções, o que indica que esta é uma intervenção que pode reduzir os sintomas depressivos. Pode-se depreender que a PPP contribui para um aumento na vivência de emoções positivas dos indivíduos, como também modifica os sintomas negativos da esquizofrenia. Finalmente, nas forças de caráter, os grupos de pacientes não diferiram em termos de intensidade das suas forças antes do início das sessões. O grupo que beneficiou da intervenção apresentou resultados mais baixos do que indivíduos saudáveis, em escalas como originalidade, cidadania, gratidão e prudência. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Rozya et al. (2019). No estudo de Peterson et al. (2006), os indivíduos com esquizofrenia obtiveram pontuações mais elevadas do que os indivíduos saudáveis, em termos de originalidade e gratidão. A participação na PPP não apresentou diferença entre os grupos, relativamente às forças de caráter. As forças de caráter encontradas com uma maior frequência foram a curiosidade, amor pela aprendizagem, gentileza, inteligência emocional e autocontrolo, enquanto que a pontuação mais baixa encontrada foi a escala originalidade no pensamento. Após o término das sessões terapêuticas, os grupos de pacientes não apresentavam diferenças estatisticamente significativas em termos de forças de caráter. Assim, pode-se concluir que a PPP pode ter resultados positivos como aumentar o nível de bem-estar subjetivo e reduzir a gravidade dos sintomas negativos como a anedonia, avolição e isolamento social.

Riches et al. (2015) realizaram um estudo baseado numa revisão sistemática e num estudo qualitativo acerca do manual WELLFOCUS, o qual irá servir de base para o estudo empírico da presente dissertação. Os autores constituíram a primeira modificação completa de uma intervenção psicológica positiva em grupo para indivíduos com psicose. Neste sentido, pretendiam estabelecer a teoria, desenvolver um modelo e manual de intervenção e, por fim, testar a intervenção num ensaio exploratório.

A psicoterapia positiva padrão foi adaptada para pessoas com psicose no Reino Unido, seguindo a estrutura do *Medical Research Council* para desenvolver e testar intervenções complexas, resultando no modelo WELLFOCUS PPT. Este modelo foi desenvolvido com base na terapia cognitivo-comportamental, com uma particular ênfase na capacidade de construir relacionamentos interpessoais duradouros, significativos e satisfatórios e a especificidade de vivenciar o bem-estar na psicose (Zimowska et al., 2021).

A intervenção a desenvolver, ou seja, o WELLFOCUS PPT, terá quatro áreas-alvo principais: aumentar as experiências positivas, ampliar os pontos fortes, promover relacionamentos positivos e criar uma autonarrativa mais significativa. O objetivo é que os indivíduos consigam atingir um bem-estar aprimorado (Riches et al., 2015).

No próximo capítulo, será abordado um estudo empírico que teve como objetivo avaliar a eficácia de uma psicoterapia positiva em grupo para pessoas com psicose.

Capítulo II
Estudo Empírico

1. Metodologia

1.1. Objetivo Geral da Investigação

Como foi referenciado no enquadramento teórico, a saúde mental positiva e o bem-estar podem ser estimulados através da prática de exercícios de psicologia positiva. Nesse sentido, foram surgindo um crescente número de estudos que incidem na avaliação da eficácia de intervenções psicológicas positivas em diferentes contextos (grupo/individual). O facto de existir pouca pesquisa realizada em Portugal, faz com que este tipo de investigação se torne relevante para a população portuguesa. Pretende-se assim contribuir para o aprofundamento do conhecimento existente sobre a eficácia das intervenções psicológicas positivas no contexto nacional.

O objetivo central da investigação consiste na avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica positiva em grupo numa amostra clínica, mais especificamente em indivíduos com o diagnóstico principal de psicose, em contexto de internamento psiquiátrico português. Assim, pretende-se avaliar o impacto do “WELLFOCUS PPT”, descrito posteriormente, nesta amostra.

1.1.1. Objetivos Específicos da Investigação

Mais concretamente, pretende-se:

- i) Avaliar se ocorreram diferenças do ponto de vista psicopatológico no grupo, após a intervenção;
- ii) Avaliar se ocorreram diferenças nas variáveis vida significativa, vida agradável e vida comprometida no grupo, após a intervenção;
- iii) Avaliar se ocorreram diferenças em cada um dos itens do IPP, após a intervenção;
- iv) Analisar a avaliação qualitativa e quantitativa realizada pelos participantes acerca do programa de intervenção;
- v) Verificar de que forma o programa se constituiu como importante para os participantes.

Assim, espera-se que, se o programa de intervenção for eficaz, exista um aumento nos indicadores de saúde mental positiva e uma diminuição dos sintomas psicopatológicos, no momento pós-intervenção/teste. Para além disso, espera-se que os

participantes tenham uma avaliação positiva relativamente ao programa de intervenção, compreendendo a importância dos diversos conteúdos abordados nas sessões e fazendo referência às várias aprendizagens e atividades efetuadas ao longo do mesmo.

1.2. Método

1.2.1. Participantes/Amostra

A recolha de dados respeitou os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, nomeadamente (a) adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, (b) indivíduos que possuem o diagnóstico principal de psicose e (c) indivíduos que utilizam serviços de saúde mental.

Tal como representado na Tabela 5, a amostra total foi constituída por 5 indivíduos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 31 e os 64 anos, sendo a média de idades de 53,20 anos ($DP = 13,70$). No que diz respeito ao estado civil, quatro dos participantes são solteiros (80%) e um é divorciado (20%). Em relação à escolaridade, os participantes são detentores, na maioria, do Ensino Secundário (60%) e todos cumprem critérios de perturbação psicótica, com múltiplos internamentos por ideação suicida, alterações de comportamento e descompensação psicótica (100%). Quanto ao tempo de internamento, 20% dos indivíduos encontram-se internados entre os 15 e os 20 meses, 60% entre os 25 e 30 meses, e os restantes 20% entre os 35 e os 40 meses. Para além disso, 100% dos indivíduos tomam medicação. Por fim, quanto ao grau de autonomia nas atividades de vida diária e toma da medicação, três dos indivíduos são totalmente autónomos (60%), um é autónomo, mas com necessidade de vigilância na toma da medicação (20%) e outro não é autónomo (20%).

Tabela 5

Características Sociodemográficas da Amostra (N = 5)

| | | <i>n</i> | % |
|---------------------|------------|----------|-----|
| Sexo | Masculino | 5 | 100 |
| | Feminino | 0 | 0 |
| Estado Civil | Solteiro | 4 | 80 |
| | Casado | 0 | 0 |
| | Divorciado | 1 | 20 |

| | | | |
|--|---|---|-----|
| | Viúvo | 0 | 0 |
| Escolaridade | Nenhuma | 0 | 0 |
| | Escola Primária/1.ºCiclo | 1 | 20 |
| | Ciclo Preparatório/2.ºCiclo | 0 | 0 |
| | 3.ºCiclo (7.º ao 9.ºano) | 1 | 20 |
| | Ensino Secundário (10º ao 12ºano) | 3 | 60 |
| | Ensino Superior | 0 | 0 |
| Diagnóstico Psiquiátrico | Perturbação Psicótica | 5 | 100 |
| Antecedentes Psiquiátricos | Múltiplos internamentos por ideação suicida, alterações de comportamento e descompensação psicótica | 5 | 100 |
| Tempo de internamento (em meses) | Menos de 15 meses | 0 | 0 |
| | 15-20 meses | 1 | 20 |
| | 20-25 meses | 3 | 60 |
| | 25-30 meses | 0 | 0 |
| | 30-35 meses | 0 | 0 |
| | 35-40 meses | 1 | 20 |
| Toma Medicação | Sim | 5 | 100 |
| | Não | 0 | 0 |
| Grau de Autonomia nas Atividades de Vida Diária e Toma da Medicação | Não autónomo, com vigilância do autocuidado, gestão da terapêutica e vigilância do comportamento | 1 | 20 |
| | Autónomo com necessidade de vigilância na toma da medicação | 1 | 20 |
| | Totalmente autónomo | 3 | 60 |

1.2.2. Instrumentos

A avaliação da eficácia da intervenção foi realizada em dois momentos – pré e pós intervenção – com instrumentos de medida ajustados.

Para a recolha de dados, foram utilizados questionários anónimos de autorresposta que incluíram um questionário sociodemográfico (Anexo A), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos/ Breve de Sintomas (BSI) – Versão Portuguesa (Anexo B), o Inventário de Psicoterapia Positiva (IPP) – Versão Portuguesa (Anexo C), o questionário de avaliação da sessão (Anexo D) e o questionário final de avaliação das sessões (Anexo E). Foi ainda solicitado aos participantes a assinatura do consentimento informado (Anexo F).

De seguida, serão brevemente descritos cada um dos instrumentos que se utilizaram, explicitando a sua pertinência para a recolha dos dados do estudo em questão.

1.2.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é composto por sete questões e tem como objetivo recolher informação que permite caracterizar a amostra, no que concerne ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, diagnóstico psiquiátrico, tempo de internamento e se toma medicação.

1.2.2.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos/Breve de Sintomas (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é a adaptação portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI) de Derogatis (1982). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional (Simões et al., 2007).

As nove dimensões são a Somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), as Obsessões-Compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), a Sensibilidade Interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), a Depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), a Ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), a Hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), a Ansiedade Fóbica (itens 28, 31, 43 e 47), a Ideação Paranóide (itens 4, 10, 24, 48 e 51) e o Psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44 e 53). Em relação aos itens 11, 25, 39 e 52, estes são apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais, os quais são o Índice Geral de Sintomas [IGS], o Índice de Sintomas Positivos [ISP] e o Total de Sintomas Positivos [TSP].

Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo, enquanto que a leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomas psicopatológicos apresentado (Simões et al., 2007).

Na tabela 6 e 7, encontram-se as nove dimensões de sintomatologia e os três Índices Globais descritos de uma forma mais detalhada.

Tabela 6

Dimensões avaliadas no BSI

| Dimensões | Especificação |
|-----------------------------------|---|
| Somatização | Queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema, com clara mediação autonómica. |
| Obsessões-Compulsões | Cognições, impulsos e comportamentos que são percebidos como persistentes e os quais o indivíduo não consegue resistir; dificuldade de cognição mais geral. |
| Sensibilidade Interpessoal | Sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade; auto-depreciação, hesitação, desconforto e timidez. |
| Depressão | Sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida. |
| Ansiedade | Nervosismo, tensão; ansiedade generalizada e ataques de pânico; apreensão e correlatos somáticos de ansiedade. |
| Hostilidade | Pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera. |
| Ansiedade Fóbica | Resposta de medo persistentes que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao evitamento. |
| Ideação Paranóide | Modo perturbado de funcionamento cognitivo (ex.: pensamento projetivo, |

| | |
|---------------------|--|
| | hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios). |
| Psicoticismo | Isolamento e estilo de vida esquizóide: sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo do pensamento. |

Adaptado de Canavarro (2007)

Tabela 7

Índices Globais no BSI

| Índices Globais | Especificação |
|--|--|
| IGS Índice Geral de Sintomas | Pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. |
| TSP Total de Sintomas Positivos | Representa o número de queixas somáticas apresentadas. |
| ISP Índice de Sintomas Positivos | Oferece a média da intensidade de todos os sintomas assinalados. |

Adaptado de Canavarro (2007)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é um questionário de autorresposta constituído por 53 itens, sendo que a escala de resposta varia de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes) (Simões et al., 2007).

Quanto aos procedimentos de aplicação e correção, o BSI pode ser aplicado individual ou coletivamente e, em circunstâncias normais, o tempo de preenchimento deste instrumento está compreendido entre os 8 e os 10 minutos. Para obter as pontuações para as nove dimensões psicopatológicas deverá somar-se os valores (0-4) obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão. A soma obtida deverá, seguidamente, ser dividida pelo número de itens pertencentes à dimensão respetiva. No IGS, deverá somar-se as pontuações de todos os itens e seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas; o TSP pode obter-se contando o número de itens assinalados com uma resposta positiva, isto é, maior do que zero; e o ISP calcula-se, dividindo o somatório de todos os itens pelo TSP (Simões et al., 2007).

Este instrumento apresentou boas qualidades psicométricas em vários estudos, demonstrando uma boa consistência interna e validade (Simões et al., 2007).

1.2.2.3. Inventário de Psicoterapia Positiva (IPP)

O Inventário de Psicoterapia Positiva foi validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2020) e avalia o bem-estar em termos de emoções positivas, envolvimento, relacionamentos, significado e realização (Rashid & Seligman, 2018). É um inventário que tem despertado o interesse na comunidade científica e já se encontra validado em países como a Turquia (Guney, 2011), Alemanha (Khanjani et al., 2014) e Irão (Wammerl et al., 2015). Baseia-se na teoria do bem-estar e nas três dimensões que a compõem, nomeadamente: a vida significativa, a vida agradável e a vida comprometida.

A vida significativa é composta por 16 itens (3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 24 e 25), a vida agradável é composta por 7 itens (1, 2, 6, 12, 16, 17 e 21) e a vida comprometida é composta por 2 itens (4 e 14) (Ferreira et al., 2020).

O Inventário de Psicoterapia Positiva (IPP) trata-se de um inventário de autorresposta constituído por 25 itens, onde a resposta é apresentada numa escala tipo *Likert*, em que o número 5 corresponde a “muito parecido comigo” e o 1 corresponde a “eu não sou nada assim”. A cotação deste inventário é realizada através da soma das respostas, onde as pontuações mais elevadas são indicadoras de bem-estar e felicidade plena (Ferreira et al., 2020). A pontuação pode variar entre 0 e 63, sendo que a pontuação média de adultos não deprimidos é 39 e para adultos deprimidos é 27 (Guney, 2011).

A versão portuguesa do IPP apresentou um alfa de Cronbach de 0,97, evidenciando assim um nível elevado de consistência interna (Ferreira et al., 2020). Para além disso, apresentou boas qualidades psicométricas, testadas ao nível da confiabilidade e validade da escala, superiores às obtidas na Turquia, Alemanha e Irão (Guney, 2011; Khanjani et al., 2014; Wammerl et al., 2015).

1.2.2.4. Questionário de Avaliação da Sessão

O questionário de avaliação da sessão é constituído por questões abertas e permitem verificar os aspetos mais e menos apreciados pelos participantes ao longo de cada sessão. Além destas questões, existe ainda uma outra referente a como se sentiram na sessão, de forma a assinalarem uma das quatro opções seguintes: a) nada confortável, b) pouco confortável, c) moderadamente confortável e d) muito confortável. Por último,

há um espaço no questionário dedicado às observações, de forma a que os indivíduos possam escrever ou dar alguma sugestão acerca da sessão. Este questionário foi administrado no final de todas as sessões.

1.2.2.5. Questionário Final de Avaliação das Sessões

O questionário final de avaliação das sessões foi entregue na última sessão. É constituído também por questões abertas, para que os participantes possam referir quais os aspetos mais e menos bem conseguidos das sessões, se acharam que as mesmas foram úteis e o motivo, e possíveis comentários ou sugestões.

1.2.3. Planificação do Estudo e Procedimento

1.2.3.1. Plano de Estudo

Esta investigação é de cariz quantitativo, uma vez que se foca nas características mensuráveis dos indivíduos e na análise de dados numéricos, de natureza quase experimental, para testar o efeito de uma intervenção.

1.2.3.2. Variáveis Estudadas

O estudo tem como variáveis dependentes as nove subescalas e o Índice Global de Sintomas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), bem como as três subescalas e cada item do Inventário de Psicoterapia Positiva (IPP). A variável independente diz respeito à participação no programa “WELLFOCUS PPT”.

Por fim, as variáveis sociodemográficas consideradas no estudo foram o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, o diagnóstico psiquiátrico, os antecedentes psiquiátricos, o tempo de internamento (em meses), se toma medicação e o grau de autonomia nas atividades de vida diária e toma da medicação.

1.2.3.3. Procedimento de Recolha dos Dados

O presente estudo teve de ser sujeito ao parecer da Comissão de Ética, da Profissional de Ligação, do Diretor de Serviço de Psicologia, e do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar em que a intervenção foi realizada. Após a submissão e aprovação das entidades intervenientes, iniciou-se a parte prática desta investigação.

Primeiramente, solicitou-se a autorização da utilização do instrumento Inventário de Psicologia Positiva (IPP) – Versão Portuguesa à Professora Doutora Carla Fonte, obtendo o seu aval para a utilização da escala. No que concerne ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos/Breve de Sintomas (BSI), este encontra-se publicado, não tendo sido necessária a autorização por parte da sua autora.

Para a recolha de dados relativos ao programa de intervenção psicológica positiva em grupo intitulado “WELLFOCUS PPT”, a aluna definiu, em conjunto com a orientadora da dissertação e a profissional de ligação do Centro Hospitalar, uma data para poder apresentar o programa aos indivíduos.

Depois de a data ter sido definida, os indivíduos foram contactados presencialmente pela aluna/estagiária que iria conduzir a intervenção e foram convidados a participar numa intervenção psicológica em grupo que visava a promoção do bem-estar e felicidade, assim como os indicadores de saúde mental positiva. Foi-lhes dito que teriam uma semana para refletir e ponderar acerca do pedido de participação, podendo ouvir opiniões de familiares e/ou amigos, tendo assim total liberdade para decidir se iriam participar ou não na intervenção. Torna-se importante referir que estes indivíduos já tinham um contacto anterior com a aluna, uma vez que a intervenção foi realizada no seu local de estágio.

Após a explicação oral do programa, isto é, após os indivíduos terem sido informados acerca dos objetivos, estrutura e duração da intervenção, destacou-se a confidencialidade e anonimato dos dados, assim como a possibilidade de os mesmos poderem desistir do programa a qualquer momento. Dado o interesse manifestado, os mesmos aceitaram de imediato participar no programa. Assim, estabeleceu-se a data do início da intervenção para a semana seguinte. Todo o processo e participação dos intervenientes foi voluntária, com obtenção do consentimento informado por parte dos participantes.

O momento pré-intervenção (pré-teste) foi realizado na primeira sessão do programa. Antes de dar início ao mesmo, os participantes foram novamente lembrados acerca dos objetivos do programa e de como iria funcionar a recolha de dados através dos instrumentos de avaliação. Neste momento, deu-se espaço aos participantes para colocarem as suas dúvidas e solicitou-se a todos os elementos do grupo para assinarem o

consentimento informado. Após isso, procedeu-se à administração dos instrumentos do pré-teste.

O momento pós-intervenção (pós-teste) foi realizado no final da última sessão do programa (sessão dez).

1.3. Descrição do Programa “WELLFOCUS PPT”

O “WELLFOCUS PPT” é uma psicoterapia positiva adaptada para indivíduos com o diagnóstico de psicose. Esta é uma psicoterapia que se baseia em três suposições: (1) as dificuldades na saúde mental podem ocorrer quando lutamos para sermos felizes e realizados, (2) as emoções e forças positivas podem ser valorizadas e (3) a terapia deve ser construída com base em forças pessoais e experiências positivas (Brownell et al., 2014).

Os exercícios-padrão identificam e ampliam os ativos psicológicos de um indivíduo, como as forças de caráter, significado e relacionamentos positivos. Esse processo envolve um trabalho terapêutico sistemático e sustentado com esses recursos, a fim de abrir a mentalidade do paciente para além da propensão inata com a negatividade (Brownell et al., 2014).

A investigação mostra que a psicoterapia positiva padrão aumentou o bem-estar em indivíduos saudáveis e em indivíduos com problemas de saúde mental, como a depressão. O “WELLFOCUS PPT” é uma modificação da psicoterapia positiva padrão para a psicose (Brownell et al., 2014).

O programa “WELLFOCUS PPT” foi constituído por dez sessões semanais, com uma duração de aproximadamente noventa minutos. As sessões foram realizadas em grupo e foram levadas a cabo por uma terapeuta, neste caso, a autora da dissertação. No entanto, a meio das sessões havia um intervalo de dez minutos, assim como um tempo inicial e final para os participantes poderem apreciar uma pequena música (exercício de saborear). Em cada sessão, é introduzido um exercício contínuo para os participantes poderem executar até à sessão seguinte. Estes exercícios devem ser pequenos, possíveis de realizar, significativos, específicos, agradáveis e compreensíveis.

Todas as sessões têm a seguinte estrutura genérica: (1) Exercício de saborear consciente; (2) Revisão dos tópicos abordados na sessão anterior; (3) Exercício de

aquecimento; (4) Introdução ao tema da sessão; (5) Exercício; (6) Intervalo; (7) Continuação do exercício; (8) Exercício contínuo e (9) Exercício de saborear.

Além disso, torna-se importante referir que todos os materiais (diário e ficha da sessão) que se propõem, apesar de estruturados, deixam espaço para a terapeuta flexibilizar as sessões e adaptar os seus conteúdos mediante o grupo e cada pessoa que pertence ao mesmo.

As sessões do programa, os exercícios correspondentes e a(s) área(s)-alvo encontram-se sumariamente descritas na tabela 8, que é apresentada de seguida.

Tabela 8

Estrutura do Programa “WELLFOCUS PPT”

| Sessão | Exercício | Área(s)-alvo |
|---|---|--|
| 1. Experiências Positivas | Resposta Positiva Uma coisa sobre ti No meu melhor | Experiências Positivas; Forças; Relacionamentos Positivos. |
| 2. Prazer/Saborear | Alimentação Consciente Planear uma atividade para saborear | Experiências Positivas |
| 3. Coisas Boas | Levante-se quem... Identificar coisas boas | Experiências Positivas |
| 4. Forças Pessoais | O último rolo Forças Pessoais Identificar uma força de carácter | Forças |
| 5. Atividade de Forças Pessoais | Jogar com as suas forças pessoais Identificar e planear uma atividade de força pessoal | Forças |
| 6. Uma porta fecha-se, outra abre-se | Desafio da bola Experiência negativa com resultado positivo | Experiências Positivas |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| 7. Perdão (1) | Perdão das Celebridades O que é o Perdão? Sentir-se desapontado ou dececionado com os outros Mar do Perdão | Auto-narrativa significativa; Relacionamentos Positivos |
| 8. Perdão (2) | Cabo de Guerra Carta do Perdão | Auto-narrativa significativa; Relacionamentos Positivos |
| 9. Gratidão | Bola na Ilha Deserta Sentir-se grato Linha do tempo Gratidão Carta de Gratidão | Relacionamentos Positivos |
| 10. Celebração | Experiências de Aprendizagem Certificado | Experiências Positivas; Relacionamentos Positivos; Forças |

Traduzido e adaptado de Brownell et al. (2014)

1.4. Procedimentos Estatísticos

Após recolhidos, os dados foram introduzidos e analisados no programa IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences – versão 25*), de forma a obter, com as respostas dos participantes, uma base de dados consolidada.

Para a determinação dos testes estatísticos a utilizar, procedeu-se à análise exploratória dos dados. Nesta, recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov, à assimetria e curtose, de forma a analisar a normalidade da distribuição das variáveis.

Esta análise revelou a existência de variáveis que não assumiam uma distribuição aproximadamente normal. Assim, dado não estarem cumpridos todos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos, isto é, como a amostra não segue uma distribuição aproximadamente normal em todas as variáveis dependentes analisadas, como a mesma não foi escolhida aleatoriamente e tem uma reduzida dimensão, optou-se por uma estatística não paramétrica (Martins, 2011).

Tendo em conta o objetivo formulado para a investigação – avaliação da eficácia de uma psicoterapia positiva em grupo para pessoas com psicose – recorreu-se aos testes de diferenças. Neste tipo de testes, o objetivo é explorar se há diferenças entre grupos independentes ou, alternativamente, diferenças entre momentos temporais ou condições experimentais diferentes (Martins, 2011). Neste caso, pretende-se avaliar se existiram diferenças em dois momentos temporais, isto é, no momento pré e pós-intervenção.

Posto isto, torna-se também importante identificar o tipo de *design* do estudo. Assim, pode-se inferir que estamos perante um *design* intra-sujeitos, uma vez que se tratam de diferenças no mesmo grupo de indivíduos, mas em momentos temporais distintos (Martins, 2011).

Além disso, os testes de diferenças permitem avaliar o efeito de uma variável independente (VI) sobre uma variável dependente (VD). Como tal, a VI é o momento temporal que se define por duas condições – dados do momento pré-teste e do momento pós-teste, enquanto que as VD são a vida com significado, a vida agradável e a vida comprometida, assim como as nove subescalas e o Índice Geral de Sintomas do BSI. Por tudo isto, optou-se pela utilização do Teste de Wilcoxon (Z) (Martins, 2011). Assim, será possível avaliar se existiram diferenças nos indicadores de saúde mental positiva e na psicopatologia dos participantes, no momento pré e pós-intervenção.

Recorreu-se também à estatística descritiva para a caracterização da amostra e para as variáveis “Avaliação das Sessões” e “Grau de Conforto nas Sessões”, através de frequências. Além disso, foram executadas as médias das variáveis dependentes assim como foi realizada uma análise de comparação entre indivíduos do grupo, para verificar se os mesmos são idênticos nas suas características.

Nas análises estatísticas, assumiu-se um $p > 0.05$ como valor crítico de significância dos resultados.

2. Apresentação dos Resultados

Neste ponto, serão apresentados os resultados das análises realizadas atendendo aos objetivos específicos do presente estudo. Primeiramente, serão apresentados os resultados relativos à avaliação da eficácia do “WELLFOCUS PPT” e, posteriormente, serão apresentados os resultados referentes à avaliação realizada pelos participantes das sessões e do programa de intervenção em geral.

Esta apresentação tem um caráter unicamente descritivo, reservando a interpretação dos resultados para o ponto 3.

2.1. Resultados Referentes à Eficácia do “WELLFOCUS PPT”

Apresentam-se os resultados quantitativos referentes ao impacto do “WELLFOCUS PPT” em indivíduos com o diagnóstico de psicose, ao nível da psicopatologia, através do BSI, e ao nível da saúde mental positiva, através do IPP. Estas variáveis foram avaliadas em dois momentos temporais: pré e pós-intervenção.

Assim, pretendeu-se avaliar se existiram diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste no grupo, ao nível das variáveis acima referidas.

2.1.1. Resultados Referentes à Psicopatologia

Atendendo à psicopatologia, avaliada pelo BSI, os participantes apresentam elevados níveis de sintomatologia psicopatológica.

Analisando os valores obtidos em cada uma das dimensões avaliadas, constatamos que a subescala Depressão é aquela que apresenta valores médios mais elevados (média = 7,60), seguida das Obsessões-Compulsões (média = 5,80). Por outro lado, as dimensões com pontuações inferiores são a Hostilidade (média = 1,80), a Somatização (média = 3,60) e a Ansiedade Fóbica (média = 3,60). Estes resultados seguem o padrão dos resultados obtidos no estudo de adaptação do BSI à população portuguesa em geral, onde a média da dimensão Obsessões-Compulsões é a mais elevada (média = 1,290), seguindo-se a dimensão Ideação Paranóide (média = 1,063). Também, tal como nesta intervenção, as dimensões Somatização (média = 0,573) e Ansiedade Fóbica (média = 0,418) apresentam os valores médios inferiores.

Verificando os dados obtidos pós-intervenção (pós-teste), observa-se que houve um decréscimo na maioria das dimensões como a Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo, com exceção da dimensão Hostilidade. Isto demonstra que neste período, após a participação no programa, os participantes pareceram sentir-se com menos queixas somáticas, menos comportamentos impulsivos, menos sentimentos de inadequação e inferioridade, menos sintomas de afeto e humor disfórico, menos ansiedade situacional, menos experiências subjetivas de ansiedade, respostas menos intensas de medo e menos isolamento.

No que diz respeito aos resultados da estatística inferencial, estes indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos (pré e pós-intervenção) ao nível da Somatização ($Z = -,577$; $p = 0,564$), Obsessões-Compulsões ($Z = -,000$; $p = 1,000$), Sensibilidade Interpessoal ($Z = -1,089$; $p = 0,276$), Depressão ($Z = -,365$; $p = 0,715$), Ansiedade ($Z = -,736$; $p = 0,461$), Hostilidade ($Z = -,535$; $p = 0,593$), Ansiedade Fóbica ($Z = -,535$; $p = 0,593$), Ideação Paranóide ($Z = -,535$; $p = 0,593$) e do Psicoticismo ($Z = -,365$; $p = 0,715$). Comparativamente com a população em geral, o Índice Geral de Sintomas é inferior no grupo em estudo ($Z = -,365$; $p = 0,715$) (Tabela 9).

Tabela 9

Resultados do grupo no BSI, no momento pré e pós-intervenção/teste (Teste de Wilcoxon)

| | Pré- Intervenção/Teste ($n = 5$) | Pós- Intervenção/Teste ($n = 5$) | Z |
|-----------------------------------|--|--|----------|
| | Média (DP) | Média (DP) | |
| Somatização | 3,60 (4,336) | 3,20 (5,215) | -,577 |
| Obsessões-Compulsões | 5,80 (5,310) | 5,40 (3,975) | -,000 |
| Sensibilidade Interpessoal | 5,00 (5,385) | 3,60 (4,159) | -1,089 |
| Depressão | 7,60 (8,735) | 7,00 (7,00) | -,365 |
| Ansiedade | 5,60 (6,427) | 4,60 (5,459) | -,736 |
| Hostilidade | 1,80 (2,490) | 2,60 (3,647) | -,535 |
| Ansiedade Fóbica | 3,60 (4,615) | 3,00 (4,243) | -,535 |
| Ideação Paranóide | 5,20 (6,573) | 4,60 (5,273) | -,535 |
| Psicoticismo | 4,80 (5,357) | 4,00 (3,873) | -,365 |
| Índice Geral de Sintomas | ,86 (,933) | ,75 (801) | -,365 |

Em suma, do ponto de vista psicopatológico, os resultados dos participantes indicam uma diminuição, embora não significativa, das nove dimensões do BSI e do Índice Geral de Sintomas, após a participação no programa “WELLFOCUS PPT”.

2.1.2. Resultados Referentes à Saúde Mental Positiva

Em relação à vida significativa, a média da amostra no pré-teste é de 57,40 enquanto que no pós-teste é de 61,60. No que diz respeito à vida agradável, os participantes no pré-teste obtiveram uma média de 23,80 e no pós-teste, uma média de 24,20. À semelhança das variáveis apresentadas anteriormente, na vida comprometida, observou-se um aumento da média dos participantes entre o pré e o pós-teste, sendo que no primeiro momento, os participantes apresentam uma média de 5,20 e no segundo momento, uma média de 6. Estes resultados demonstram que os participantes aumentaram os seus indicadores de saúde mental positiva, após a intervenção.

Tendo por base os resultados obtidos com a análise do Teste de Wilcoxon, é possível verificar que relativamente à vida significativa, vida agradável e vida comprometida, verificou-se que apesar de o valor médio ter aumentado, as diferenças não foram estatisticamente significativas entre o momento pré e pós-intervenção ($Z = -,406$; $p = 0,684$); ($Z = -,136$; $p = 0,892$) e ($Z = -1,134$; $p = 0,257$) (Tabela 10).

Tabela 10

Resultados do grupo nas subescalas do IPP, no momento pré e pós-intervenção (Teste de Wilcoxon)

| | Pré- Intervenção/Teste (n = 5) | Pós- Intervenção/Teste (n = 5) | |
|---------------------------|---|---|--------|
| | Média (DP) | Média (DP) | Z |
| Vida Significativa | 57,40 (5,595) | 61,60 (13,126) | -,406 |
| Vida Agradável | 23,80 (4,919) | 24,20 (6,496) | -,136 |
| Vida Comprometida | 5,20 (1,304) | 6,00 (1,414) | -1,134 |

Em suma, pode-se inferir que os participantes do programa “WELLFOCUS PPT”, após a intervenção, sentem que têm um propósito de vida e que estão mais integrados socialmente, conseguem estabelecer relações positivas com os outros (vida significativa), sentem-se mais alegres, mais calmos e satisfeitos com a vida (vida agradável), percebem-se como sendo capazes de contribuir para os grupos onde estão inseridos,

de fazer parte de uma sociedade/comunidade e de confiar nos outros (vida comprometida).

De seguida, procurou-se analisar mais detalhadamente as respostas dos participantes no IPP, analisando-as item-a-item.

2.1.3. Resultados Referentes ao Inventário de Psicoterapia Positiva (item-a-item)

Analisando os valores obtidos em cada um dos itens avaliados, constatamos que a maioria dos itens, à exceção dos itens 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17 e 22, mantiveram ou aumentaram os níveis de saúde mental positiva, no momento pós-intervenção.

Deste modo, tal como constatado no ponto 2.1.2., em que o valor médio aumentou, não há uma interação dotada de significância estatística entre o grupo, no momento pré e pós-intervenção. Quer isto dizer que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível dos itens referentes à saúde mental positiva entre o grupo, nos dois momentos temporais (Tabela 11).

Tabela 11

Resultados do grupo em cada item do IPP, no momento pré e pós-intervenção (Teste de Wilcoxon)

| | Pré- Intervenção/Teste (n = 5) | Pós- Intervenção/Teste (n = 5) | <i>Z</i> | <i>P</i> |
|---------------|--|--|----------|----------|
| | Média (DP) | Média (DP) | | |
| Item 1 | 3,40 (1,817) | 4,00 (1,225) | -1,342 | ,180 |
| Item 2 | 3,40 (1,342) | 4,60 (,548) | -1,633 | ,102 |
| Item 3 | 3,40 (,894) | 3,40 (1,517) | -,137 | ,891 |
| Item 4 | 2,60 (,894) | 3,20 (1,095) | -1,089 | ,276 |
| Item 5 | 4,00 (,707) | 4,40 (,548) | -1,414 | ,157 |
| Item 6 | 2,80 (1,304) | 2,80 (,837) | ,000 | 1,000 |
| Item 7 | 2,80 (1,304) | 3,80 (1,304) | -1,134 | ,257 |
| Item 8 | 2,20 (1,095) | 3,40 (1,517) | -1,604 | ,109 |

| | | | | |
|----------------|--------------|--------------|--------|-------|
| Item 9 | 4,00 (,707) | 4,00 (1,000) | ,000 | 1,000 |
| Item 10 | 3,60 (1,517) | 3,20 (1,095) | -,552 | ,581 |
| Item 11 | 4,20 (,837) | 3,80 (1,304) | -1,000 | ,317 |
| Item 12 | 3,80 (,837) | 3,60 (1,517) | -,577 | ,564 |
| Item 13 | 3,20 (1,304) | 2,60 (1,517) | -,707 | ,480 |
| Item 14 | 2,60 (1,817) | 2,80 (1,095) | -,577 | ,564 |
| Item 15 | 4,00 (,707) | 3,80 (1,095) | -,577 | ,564 |
| Item 16 | 3,20 (1,304) | 2,60 (1,517) | -1,732 | ,083 |
| Item 17 | 4,00 (,707) | 3,40 (,894) | -1,732 | ,083 |
| Item 18 | 2,60 (1,140) | 3,80 (1,095) | -1,289 | ,197 |
| Item 19 | 3,00 (1,414) | 4,20 (,837) | 1,289 | ,197 |
| Item 20 | 4,00 (,707) | 4,00 (1,225) | ,000 | 1,000 |
| Item 21 | 3,20 (2,049) | 3,20 (1,304) | ,000 | 1,000 |
| Item 22 | 4,60 (,548) | 4,20 (1,095) | -,816 | ,414 |
| Item 23 | 3,80 (1,643) | 4,60 (,894) | -,816 | ,414 |
| Item 24 | 4,00 (,707) | 4,40 (,548) | -1,414 | ,157 |
| Item 25 | 4,00 (,747) | 4,00 (1,000) | ,000 | 1,000 |

Pode-se concluir que os participantes do programa “WELLFOCUS PPT”, após a intervenção, sentiram-se com um maior sentido de pertença e de autonomia, aumentaram a felicidade e o bem-estar, e conseguiram estabelecer relações positivas com outros indivíduos.

2.2. Resultados Referentes à Avaliação das Sessões e ao “WELLFOCUS PPT” em geral

Neste subponto, apresentam-se os resultados relativos à análise das frequências dos dados referentes a cada sessão, tendo por base a resposta dos participantes às questões de todas as sessões do programa. Além disso, também se apresentam os resultados relativos à avaliação do programa em geral.

Em relação à Sessão 1 “Experiências Positivas”, verifica-se que os participantes destacaram o convívio/partilha (40%) como sendo o que mais gostaram na sessão. Verifica-se também uma percentagem de participantes que referem ter gostado de tudo o que foi efetuado na sessão (20%), sendo ainda destacado o relaxamento (20%) e a música

(20%) como as atividades realizadas preferidas. Relativamente ao grau de conforto na sessão, pode-se constatar que quatro dos participantes referiram que se sentiram muito confortáveis (80%) e um pouco confortável (20%).

Na Sessão 2 “Prazer/Saborear”, os aspetos que os participantes mencionaram que apreciaram mais foram o saborear (40%), o relaxamento (20%), o saborear e relaxamento (20%) e o convívio/partilha (20%). Quanto a como se sentiram na sessão, quatro dos participantes referiram que se sentiram muito confortáveis (80%) e um moderadamente confortável (20%).

No que concerne à Sessão 3 “Coisas Boas”, o convívio/partilha foi o aspeto que se destacou mais (40%). Para além disso, 20% dos participantes referiram o foco em experiências positivas como a atividade preferida, outros 20% indicaram o relaxamento e os restantes 20% afirmaram que tinham gostado de tudo. Nesta sessão, três dos participantes referiram que se sentiram muito confortáveis (60%) e os restantes moderadamente confortáveis (40%).

O foco nos pontos fortes (40%) foi a resposta com maior frequência na Sessão 4 “Forças Pessoais”. Não obstante, 40% dos participantes referiram o convívio/partilha como a atividade realizada preferida e os restantes 20% referiram o relaxamento. Em relação ao grau de conforto na sessão, três dos indivíduos mostraram sentir-se muito confortáveis (60%) e os restantes participantes moderadamente confortáveis (40%).

Em relação à Sessão 5 “Atividade de Forças Pessoais”, verifica-se que os participantes destacaram o convívio/partilha (40%) como sendo o que mais gostaram na sessão. Verifica-se também uma percentagem de participantes que referem ter gostado de tudo o que foi efetuado na sessão (20%), sendo ainda destacado o escrever/ler o poema (20%) e o foco nos pontos fortes (20%). Três dos participantes referiram que se sentiram muito confortáveis (60%), um moderadamente confortável (20%) e outro nada confortável (20%) na sessão.

Quanto à Sessão 6 “Uma porta fecha-se, outra abre-se”, 60% dos participantes referiram que o convívio/partilha foi o que mais apreciaram na sessão e 20% referiram que gostaram de tudo. O foco nos aspetos positivos (20%) foi um outro aspeto que foi mencionado pelos participantes. No que diz respeito ao grau de conforto na sessão, quatro dos participantes referiram que se sentiram muito confortáveis (80%) e um moderadamente confortável (20%).

A Sessão 7 “Perdão (1)” destaca-se pelo convívio/partilha (40%) e relaxamento (20%). Além destes aspetos, os participantes mencionaram que gostaram de tudo (20%) e que gostaram de falar sobre o perdão (20%). Relativamente a como se sentiram na sessão, verifica-se que quatro dos participantes referiu “muito confortável” (80%) e outro “moderadamente confortável” (20%).

O convívio/partilha (20%) foi novamente um dos aspetos mencionados como o que os participantes gostaram na Sessão 8 “Perdão (2)”. Para além disso, 20% dos participantes referiram o relaxamento (20%), o falar sobre o perdão (20%) e terem gostado de tudo (40%) como as atividades realizadas preferidas. Em relação ao grau de conforto na sessão, quatro dos indivíduos mostraram sentir-se muito confortáveis (80%) e um moderadamente confortável (20%).

Na Sessão 9 “Gratidão”, os aspetos que os participantes mencionaram que apreciaram mais foram o convívio/partilha (20%) e o falar sobre a gratidão (20%). Os restantes 60% referiram que tinham gostado de tudo. Quanto a como se sentiram na sessão, quatro dos participantes referiram que se sentiram muito confortáveis (80%) e um moderadamente confortável (20%).

Por último, na Sessão 10 “Celebração”, várias foram as respostas às questões “Consideram que as sessões foram úteis? Porquê?”. Todos os participantes responderam que sim (100%), no entanto, a justificação de cada um deles variou. 20% dos participantes mencionaram que as sessões foram muito enriquecedoras; outros 20% referiram que desenvolveram competências e recordaram memórias do passado; outros 20% indicaram que contribuíram para uma expansão do seu conhecimento em relação a várias vertentes (20%) e os restantes 20% referiram que se começaram a ver de outra forma.

Tendo em conta o que foi referido, é possível depreender que os participantes apreciaram de forma positiva e se sentiram confortáveis com o programa de intervenção “WELLFOCUS PPT”.

3. Discussão de Resultados

Esta secção é dedicada à discussão e análise crítica dos resultados obtidos, confrontando-os com o quadro teórico de referência, de maneira a permitir uma melhor integração dos resultados e a obter o significado dos mesmos. A discussão seguirá a ordem pela qual os resultados foram previamente apresentados.

Como previamente referido, o presente estudo teve como objetivo primordial avaliar a eficácia de uma psicoterapia positiva em grupo numa amostra clínica, mais especificamente em indivíduos com o diagnóstico de psicose. Para isso, pretendeu-se, por um lado, avaliar se ocorreram diferenças do ponto de vista psicopatológico, nas variáveis vida significativa, vida agradável e vida comprometida, e em cada um dos itens do IPP no grupo, após a intervenção. Por outro lado, pretendeu-se analisar a apreciação global qualitativa e quantitativa realizada pelos participantes acerca do programa de intervenção.

O programa “WELLFOCUS PPT” tinha como objetivo dotar os participantes de estratégias que pudessem praticar no seu dia-a-dia, de forma a concentrarem-se nos aspetos positivos e não nas adversidades. Assim, o programa versou sobre diferentes construtos – experiências positivas, relacionamentos positivos, forças pessoais, perdão, gratidão – que os estudos científicos demonstram ser eficazes na promoção do bem-estar e na saúde mental positiva (Luthans et al., 2007; Meyer et al., 2012; Riches et al., 2015; Slade et al., 2017; Zimowska et al., 2021).

No momento pré-intervenção/teste, o grupo não se diferencia significativamente na psicopatologia, nas subescalas e em cada item do IPP. Contudo, importa salientar que em todos os resultados analisados, verificou-se um aumento da média entre o momento pré e pós-intervenção, ao nível dos aspetos anteriormente referidos. Estes resultados constituem-se como importantes, na medida em que estas variáveis têm sido reconhecidas como sendo promotoras do bem-estar, da saúde mental positiva e da felicidade dos indivíduos com perturbação psicótica (Meyer et al., 2012; Riches et al., 2015; Zimowska et al., 2021).

No que diz respeito à psicopatologia, foi possível verificar que os indivíduos revelaram elevados níveis de sintomatologia num primeiro momento. Segundo Queirós et al. (2019), a sintomatologia acompanha o desenvolvimento da doença e reflete um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais. No entanto, foi possível verificar que após a intervenção, os valores, embora não tenham sido estatisticamente significativos, diminuíram na maioria das dimensões. Deste modo, pode-se inferir que a participação no programa contribuiu para um decréscimo nas queixas somáticas, comportamentos impulsivos, sentimentos de inadequação e inferioridade, na depressão, na ansiedade e no isolamento social dos indivíduos.

Neste sentido, torna-se relevante a prática de exercícios para aumentar o bem-estar e para, conseqüentemente, reduzir os sintomas psicopatológicos. O programa “WELLFOCUS PPT” contempla a prática, por exemplo, de exercícios de gratidão, que são promotores na redução de *stress*, depressão e ansiedade e exercícios de saborear e coisas boas, que têm impacto nos sintomas depressivos. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Zimowska et al. (2020), que demonstra a eficácia de intervenções psicológicas positivas na promoção e proteção de saúde mental de indivíduos com psicose.

Em relação à vida significativa, vida agradável e vida comprometida e a cada item do IPP, o grupo passou a apresentar níveis de saúde mental positiva mais elevados no momento pós-intervenção/teste. No entanto, verificou-se que apesar de o valor médio ter aumentado, as diferenças não foram estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação. Sendo assim, pode-se concluir que os participantes se sentiram mais integrados e aceites socialmente, com um sentido de maior pertença no grupo e na sociedade, assim como se sentiram mais felizes e satisfeitos com a vida.

Este aumento pode ser explicado pelo tipo de intervenção realizada, isto é, por se tratar de uma intervenção psicológica em grupo. Vários estudos demonstram que este tipo de intervenções permite que os indivíduos se encorajem mutuamente e partilhem experiências semelhantes. Para além disso, pode construir e promover o suporte social. Concretamente, as intervenções psicológicas em grupo permitem aos indivíduos ter um espaço onde podem partilhar experiências e aprender por intermédio das experiências dos outros (Beck & Coffey, 2005; Marrero et al., 2016).

O programa teve um impacto positivo nos participantes, uma vez que este é centrado nos pontos fortes, no aumento das experiências positivas, na promoção de relacionamentos positivos e na criação de uma autonarrativa mais significativa, com o objetivo de os indivíduos atingirem um bem-estar aprimorado (Riches et al., 2015). Para além disso, os indivíduos são confrontados com situações que evitam ou que lhes causam desconforto. Neste caso, são encorajados a abordar assuntos negativos, mas com o intuito de a partir deles, poder retirar aspetos ou experiências positivas, assim como estratégias para lidar com eles.

Assim, o “WELLFOCUS PPT” promove o bem-estar através da estimulação de diferentes formas de pensar e agir, com o apoio dos temas e exercícios abordados em cada

sessão. O empenho e a predisposição dos participantes nas atividades propostas, podem ser preditoras de um aumento significativo de felicidade e bem-estar (Lyubomirsky et al., 2011). Todos os exercícios e temáticas realizadas no programa têm como fim estimular o crescimento pessoal e aumentar os recursos internos, de forma a ultrapassar de uma forma mais positiva, as adversidades. Os resultados obtidos, embora não tenham sido significativos, têm aspetos em comum com a literatura.

Relativamente aos resultados referentes às sessões e ao programa de intervenção, verificou-se que o convívio/partilha foi um dos aspetos mais referidos pelos participantes como sendo o mais apreciado. Uma percentagem significativa de participantes refere ter gostado de tudo o que foi realizado nas sessões, sendo ainda destacado o relaxamento, o saborear, o foco nas experiências positivas, nos pontos fortes, no perdão e na gratidão, como algumas das atividades preferidas. A interação com os outros revela-se fundamental, sendo que as atividades realizadas ao longo do programa de intervenção permitiram aos participantes interagir com os demais membros do grupo, sendo esta interação e partilha valorizada pelos mesmos. A partilha permite ao indivíduo compreender e identificar-se com as dificuldades e experiências dos outros membros, aumentando o sentimento de pertença a um grupo (Brownell et al., 2014).

Importa notar que os participantes revelam não ter existido um aspeto que os tenha desagradado no decurso das sessões, demonstrando assim uma avaliação positiva das sessões do programa de intervenção. Deste modo, este aspeto não foi referenciado e os resultados não foram avaliados, o que explica a não menção deste parâmetro anteriormente.

No que concerne ao grau de conforto das sessões, verificou-se que a maioria dos participantes referiu sentir-se muito confortável ao longo de cada sessão. No entanto, em algumas das sessões, referiram que se sentiram moderadamente confortáveis, pouco confortáveis (sessão 5) ou até mesmo, pouco confortáveis (sessão 1).

Relativamente à importância e utilidade das sessões, as aprendizagens realizadas surgem como o aspeto mais relatado pelos participantes, nomeadamente acerca dos conteúdos abordados no programa. A aquisição de conhecimento pessoal e a recordação de experiências do passado, constituem-se como aspetos mencionados pelos participantes. A reflexão acerca das experiências e dificuldades dos outros membros de grupo, recebendo e expressando *feedback*, permite a descoberta de pontos em comum,

contribuindo para a autoestima do indivíduo quando este reconhece nos outros dificuldades semelhantes às suas (Brownell et al., 2014). Assim, o conhecimento das dificuldades e experiências dos outros permite ao indivíduo identificar e compreender as suas próprias dificuldades e experiências, podendo desta forma contribuir para o seu conhecimento pessoal.

Em suma, podemos constatar que os participantes beneficiaram do programa de intervenção, na medida em que consideram ter realizado aprendizagens importantes para o mesmo. Os participantes revelam ter alcançado mudanças pessoais, tendo aprendido a valorizar-se mais, bem como aos acontecimentos do dia-a-dia, indo de encontro aos objetivos do programa de intervenção. Além disso, os participantes parecem ter adquirido conhecimento acerca das suas potencialidades e formas de as otimizar, o que era esperado após a implementação do programa.

Tendo em conta o que foi referido, é possível concluir que os participantes apreciaram de forma positiva e se sentiram confortáveis com o programa de intervenção “WELLFOCUS PPT”.

Conclusão

Esta conclusão pretende ser uma síntese dos principais resultados obtidos e uma reflexão crítica dos mesmos, enquadrando as limitações encontradas, contributos e implicações para investigações futuras e para a prática.

O presente estudo teve como fim avaliar a eficácia de uma psicoterapia positiva em grupo para pessoas com psicose. Foi possível testar a eficácia do programa recorrendo à análise das características sociodemográficas dos participantes e das variáveis dependentes.

Na primeira parte deste estudo, isto é, no enquadramento teórico, foi possível constatar que existe uma forte evidência científica quanto à eficácia de programas de promoção da saúde mental e do bem-estar. Estes fundamentam-se na prática de atividades e exercícios positivos, verificando-se benefícios em diferentes domínios como a diminuição da psicopatologia e o aumento dos níveis de bem-estar e dos indicadores de saúde mental positiva.

De forma geral, podemos afirmar que os resultados deste estudo, embora não tenham sido estatisticamente significativos, confirmam o que tem vindo a ser descrito na literatura.

No que diz respeito aos resultados pré e pós-intervenção da psicopatologia, observa-se que houve um decréscimo na maioria das dimensões, o que indica uma semelhança com a revisão da literatura apresentada. Deste modo, os participantes, após a participação no programa, sentiram-se com menos queixas somáticas, menos comportamentos impulsivos, menos sentimentos de inadequação e inferioridade, menos sintomas de afeto e humor disfórico, menos ansiedade situacional, menos experiências subjetivas de ansiedade, respostas menos intensas de medo e menos isolamento.

Relativamente aos resultados pré e pós-intervenção ao nível da saúde mental positiva, foi possível verificar que o “WELLFOCUS PPT” teve um impacto no aumento da mesma. O programa promoveu aos participantes um sentido de propósito de vida, de pertença, de integração social, um estabelecimento de relacionamentos positivos com os outros, assim como mais alegria, satisfação e tranquilidade.

A obtenção destes resultados leva a considerar que o programa de intervenção teve um impacto nos participantes ao nível da promoção da saúde mental, no entanto, não é possível confirmar a sua eficácia.

O estudo apresenta algumas limitações associadas. Uma vez que a amostra não foi selecionada de forma aleatória, mas sim por conveniência, pode explicar a possibilidade de extrapolação de conclusões. A dimensão da amostra constitui outra limitação, visto que esta só permite avaliar a eficácia do programa em relação a 5 participantes. Assim, não é possível fazer a generalização dos resultados. O género da amostra pode representar outra barreira, uma vez que é constituída por apenas elementos do sexo masculino.

Um outro aspeto importante a ser referido é que o facto de este programa ter ocorrido num contexto de intervenção em grupo, fez com que o nível de bem-estar social deste tipo de população aumentasse.

No futuro, seria pertinente colmatar as limitações apresentadas através do processo de amostragem aleatória e aumentando o número de participantes, de forma a amostra ser considerada representativa. Seria igualmente importante recorrer-se a medidas de avaliação mais específicas, que permitissem avaliar diretamente alguns dos construtos que o programa “WELLFOCUS PPT” aborda. Deste modo, podia ser feita uma interpretação mais precisa acerca do impacto dos exercícios ao nível da psicopatologia e da saúde mental positiva. Sendo assim, a forma de avaliação para este tipo de intervenções devia ser mais processual.

Além disto, seria importante realizar uma sessão de *follow-up*, de forma a analisar se as médias, nas variáveis analisadas, se mantiveram no tempo e se foram aplicadas no dia-a-dia dos participantes.

Como já foi referido anteriormente, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas, contudo, o aumento dos valores médios pode indicar que os participantes interiorizaram o que foi abordado ao longo das sessões. Pode justificar-se esta ausência de diferenças pelo facto de a amostra ser de reduzida dimensão e pelo facto de os participantes terem respondido, por vezes, de forma aleatória e não refletida, aos instrumentos de recolha de dados.

Em investigações futuras, poderia ser interessante a realização deste tipo de intervenções noutros hospitais portugueses.

Esta investigação permitiu aumentar o conhecimento científico acerca destas intervenções com a população portuguesa, apontando a saúde mental como um conceito que engloba elevados níveis de bem-estar e não só a ausência de psicopatologia. É relevante realçar a pertinência deste estudo bem como continuar a produzir investigações semelhantes, uma vez que em Portugal não existem estudos sobre intervenções psicológicas positivas na psicose.

Por fim, torna-se fundamental o desenvolvimento de programas ou até mesmo um aperfeiçoamento do “WELLFOCUS PPT”, para a promoção da saúde mental e do bem-estar.

Referências Bibliográficas

- Aganst, R. (2009). Psicologia e Resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260. [10.7213/rpa.v27i58.20225](https://doi.org/10.7213/rpa.v27i58.20225)
- Akhtar, M. (2012). *Vencer a depressão com a Psicologia Positiva*. Amadora: Nascente.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)*. Lisboa: Climepsi.
- Aristóteles (1993). *Ética nicomáquea=Ética eudemia*. Madrid: Editorial Gredos.
- Baptista, A. (2013). *Aprender a Ser Feliz: Exercícios de Psicoterapia Positiva*. Lousã: Factor.
- Beck, J. G., & Coffey, S.F. (2005). Group Cognitive Behavioral Treatment for PTSD: Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3), 267-277. [10.1016/S1077-7229\(05\)80049-5](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80049-5)
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su Concepto y Medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. [3149.pdf \(psicothema.com\)](https://www.psicothema.com/pdf/3149)
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 1-20. [10.1186/1471-2458-13-119](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119)
- Brownell, T., Schrank, B. & Slade, M. (2014). *WELLFOCUS PPT: Positive Psychotherapy for Psychosis Intervention Manual*. London: Section for Recovery.
- Calado, P. R. (2016). Sobre o delírio na psicose: A relação com o Grande Outro na paranoia e esquizofrenia. *Stylus Revista de Psicanálise Rio de Janeiro*, 32, 99-107. [Sobre o delírio na psicose: a relação com o Grande Outro na paranoia e na esquizofrenia \(bvsalud.org\)](https://www.bvsalud.org/publicaciones/estudios-de-casos/sobre-o-delirio-na-psicose-a-relacao-com-o-grande-outro-na-paranoia-e-na-esquizofrenia)
- Camaliente, L. G. & Bocalandro, M. P. R. (2017). Felicidade e bem-estar na visão da psicologia positiva. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, 37(93), 206-227. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2017000200004&lng=pt&tlng=pt

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M. & Almeida, L. S. (Eds), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp.305-330). Coimbra: Quarteto.

Carvalho, M. P. M. & Dias, M. L. B. R. V (2012). Saúde Mental e Desenvolvimento Pessoal Positivo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 135-144. [SAÚDE MENTAL E DESENVOLVIMENTO PESSOAL POSITIVO \(redalyc.org\)](http://redalyc.org)

Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas*, 2(2), 311-319. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0002.10>

Dalgarrondo, P. (2008). *Psicologia e semiologia dos transtornos mentais (2ªed)*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Dantas, C. R. & Banzato, C. E. M. (2007). Predictors of insight in psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 91(1-3), 263-265. [10.1016/j.schres.2006.12.006](https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.12.006)

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2006). Hedonia, Eudaimonia, and Well-Being: An Introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>

Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory (3rd ed.)*. Minneapolis: National Computers Systems.

Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. (2002). Subjective Well-Being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 63-73). Oxford: University Press.

Diener, E. & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406. <https://doi.org/10.1177/008124630903900402>

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>

Erickson, E. H. (1959). Identify and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1-171.

Ferreira, M., Pereira, A., Prior, A. & Fonte, C. (2020). Estudo preliminar de adaptação e validação do Inventário de Psicoterapia Positiva numa Amostra da População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 6(2), 12-23. <https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.2.185>

Figueira, M. L., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: LIDEL.

Fitzpatrick, M. R. & Stalikas, A. (2008). Integrating positive emotions into theory, research, and practice: A new challenge for psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(2), 248-258. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.18.2.248>

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D. & Iglésias, C. (2013). Felicidade Hedónica e Eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 31 (4), 329-342. [10.14417/ap.595](https://doi.org/10.14417/ap.595)

Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214. [\(PDF\) História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/266111111)

Gomes, M. & Fernandes, N. (2021). Terapias de Terceira Geração nas Perturbações Psicóticas. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 7(4), 58-65. <https://doi.org/10.51338/rppsm.319>

Guney, S. (2011). The positive psychotherapy inventory (PPTI): Reliability and validity study in Turkish population. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 29, 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.209>

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.

Janzarik, W. (2003). Der Psychose-Begriff und die Qualität des Psychotischen. *Der Nervenarzt*, 74(1), 3-11. [10.1007/s00115-002-1348-6](https://doi.org/10.1007/s00115-002-1348-6)

Jung, C.G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace & World.

Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. [10.2307/3090197](https://doi.org/10.2307/3090197)

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539. [10.1037/0022-006X.73.3.539](https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539)

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95. [10.1037/0003-066X.62.2.95](https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95)

Keyes, C. L. M. & Haidt, J. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well lived*. Washington DC: American Psychological Association.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. [10.1037/0022-3514.82.6.1007](https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007)

Khanjani, M., Shahidi, Sh., FathAbadi, J., Mazaheri, M. A., & Shokri, O. (2014). The factor structure and psychometric properties of the Positive Psychotherapy Inventory (PPTI) in an Iranian sample. *Iranian Journal of Applied Psychology*, 7(5), 26-47. <https://www.magiran.com/paper/1580927/?lang=en>

Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P. & Keyes, C. (2011). Evaluation the psychometric properties of the Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110. [10.1002/jclp.20741](https://doi.org/10.1002/jclp.20741)

Lothane, Z. (1982). The psychopathology of hallucinations-a methodological analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 55(4), 335-348. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1982.tb01518.x>

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B. & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541-572. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>

- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R. & Boehm, J. K. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *American Psychological Association*, 11(2), 391-402. <https://doi.org/10.1037/a0022575>
- Marrero, R. J., Carballeira, M., Martín, S., Mejías, M., & Hernández, J. A. (2016). Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive behavioral therapy in university students. *Anales de psicología*, 32(3), 728-740. [10.6018/ANALES.32.3.261661](https://doi.org/10.6018/ANALES.32.3.261661)
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being (2nd Ed.)*. New York: Van Nostrand.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. [10.1037//0003-066x.56.3.227](https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227)
- Matos, M. B., Bragança, M. & Sousa, R. (2003). *Esquizofrenia de A a Z (1^aed)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A., Iwanski, C., & Penn, D. L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 239-248. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.677467>
- Monte, K., Fonte, C., & Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: Da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE2), 83-87. [Artigo Monte, Fonte e Alves 2015.pdf \(ufp.pt\)](#)
- Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 311-335). Washington: American Psychological Association.
- Novo, R. F. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(20), 183-203. [Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação \(redalyc.org\)](#)
- Nunes, P. (2007). Psicologia Positiva. [Psicologia.com.pt. TL0115.pdf \(psicologia.pt\)](#)

Oliveira, K. S., Nakano, T. C. & Wechsler, S. M. (2016). Criatividade e Saúde Mental: Uma Revisão da Produção Científica na Última Década. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1493-1506. [10.9788/TP2016.4-16](https://doi.org/10.9788/TP2016.4-16)

Paludo, S. S. & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17(36), 9-20. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100002>

Pontes, S. & Calazans, R. (2017). Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10, DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico. *Psicologia USP*, 28(1), 108-117. [10.1590/0103-656420140101](https://doi.org/10.1590/0103-656420140101)

Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L. & Correia, D. T. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 32(1), 70-77. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>

Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920411>

Rashid, T. & Seligman, M. E. P. (2018). *Positive psychotherapy: Workbook*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190920241.001.0001>

Ribeiro, J. L. P. (2015). Educação para saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 3-9. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160102>

Riches, S., Schrank, B., Rashid, T., & Slade, M. (2016). WELLFOCUS PPT: Modifying positive psychotherapy for psychosis. *Psychotherapy (Chicago Ill)*, 53(1), 68-77. <https://doi.org/10.1037/pst0000013>

Rodgers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rozya, P., Sawicka, M. M., Zochowska, A. & Bronowski, P. (2019). Strengths in patients with schizophrenia and healthy people – Similarities and differences. *Psychiatria Polska*, 53(1), 93-104. [10.12740/PP/81109](https://doi.org/10.12740/PP/81109)

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C. D. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. [10.1037//0022-3514.69.4.719](https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719)

Ryff, C. D. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. [10.1007/s10902-006-9019-0](https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0)

Santana, V. S. & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 21(1), 58-68. [10.5935/1678-4669.20160007](https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007)

Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: LIDEL.

Schimid, G. B. (1991). Chaos theory and schizophrenia: elementary aspects. *Psychopathology*, 24, 185-198. [10.1159/000284713](https://doi.org/10.1159/000284713)

Seery, M. D., Holman, E. A. & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025-1041. <https://doi.org/10.1037/a0021344>

Seligman, M. E. P. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-7). New York, NY: Oxford University Press.

Seligman, M. E. P. (2003). Foreword: The past and future of positive psychology. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well lived* (pp. 11-20). Washington DC: American Psychological Association.

Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a Nova Psicologia Positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist Association*, 55(1), 5-14. [0016.tif \(semanticscholar.org\)](https://www.semanticscholar.org)

Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774. [10.1037/0003-066X.61.8.774](https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774)

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental

positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 45-53. [n11a07.pdf \(ucp.pt\)](#)

Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M. & Almeida, L. S. (2007). *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (vol.III). Coimbra: Quarteto.

Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. [10.1002/jclp.20593](#)

Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201- 209. [10.1590/S0102-37722008000200010](#)

Slade, M., Brownell, T., Rashid, T., & Schrank, B. (2017). *Positive psychotherapy for psychosis: A clinician's guide and manual*. Routledge.

Tenório, F. (2015). Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(4),941-963. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000018>

Vieira, A., Moreira, J. I., Loureiro, K. & Morgadinho, R. (2010). Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas. *Psicologia.com.pt*. [Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas \(psicologia.pt\)](#)

Wammerl, M., Jaunig, J., Maierunteregger, T., & Streit, P. (2015). *The development of German version of the Positive Psychotherapy Inventory Überschrift (PPTI) and the PERMA-Profiler* [Paper presentation]. World Congress of International Positive Psychology Association, Orlando, FL, United States.

World Health Organization. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging practice. Geneva: World Health Organization. [Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice \(who.int\)](#)

Zimowska, B. K., Bednarek, A., Giguere, M., Parnowska, D., Zochowska, A. & Sawicka, M. M. (2021). The impact of positive psychotherapy of psychoses on the subjective well-

Avaliação da Eficácia de uma Psicoterapia Positiva em Grupo para Pessoas com Psicose: Um Estudo Piloto

being of people suffering from chronic schizophrenia - Preliminary report. *Counselling and Psychotherapy Research*, 00, 1-7. <https://doi.org/10.1002/capr.12467>