



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE  
INTERVENÇÃO NA COGNIÇÃO SOCIAL EM  
PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA: ESTUDO DE  
CASO MÚLTIPLO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

*Patrícia João Preto Gomes*

Trabalho efetuado sob a orientação de

*Professora Doutora Filipa Palha*

Porto, janeiro, 2016

## **Agradecimentos**

À professora Doutora Filipa Palha, agradeço o seu rigor científico, pragmático, metodológico e por ser um exemplo de referência. Agradeço, também, pela contínua persistência no desenvolvimento e aperfeiçoamento da minha formação, que sem margem de dúvida, influenciou mudanças efetivas e colossais.

À Doutora Carmina, um agradecimento, especial, pelas críticas construtivas, pelo imenso tempo despendido, pela força, entusiasmo e continua motivação. Os pequenos gestos tornam-se grandes e podem ter um enorme impacto. Obrigado, por demonstrar, que acreditava!

À Doutora Natália, agradeço-lhe todo o ensinamento, apoio científico, inestimável colaboração, bem como, partilha, disponibilidade e interesse demonstrado na minha formação. Guardo, também, com apreço toda a confiança que depositou em mim, desde o primeiro dia!

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional, pelas palavras sábias, incentivos, mimos que me foram dados nos momentos mais complicados e, sobretudo, por acreditarem em mim. É um orgulho tê-los como pais. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, ao longo, de todas, as etapas da minha vida. Agradeço-lhes todo o orgulho, que têm em mim! *“O essencial é invisível aos olhos”* (Antoine de Sant Exupéry)

Um agradecimento muito especial, à Cristina, *“Não lhes direi as razões que tenho para os amar, pois elas não existem. A razão do amor é o amor!”* (Antoine de Sant Exupéry).

Aos meus melhores amigos, pelo amor, pela paciência, pelos mimos e confiança, por me limparem as lágrimas de insegurança, mas também por me dizerem as verdades, quando foi necessário ouvi-las. Estou grata pelo facto de estarem disponíveis, mesmo neste tempo que se tornou tão escasso. Por terem acreditado que um dia eu seria capaz.

## Resumo

Apesar do avanço científico, na compreensão e no tratamento das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, esta doença mental grave continua a ser considerada como a mais incapacitante, com impacto no funcionamento psicossocial e qualidade de vida daqueles que dela padecem (World Health Organization, 2008).

De entre os aspetos que têm vindo a ser identificados como estando comprometidos nestes doentes, encontram-se os défices de informação social, emocional comportamental, ou seja, alterações que constituem manifestações e modificações no mecanismo do processamento emocional, sendo isto designado como cognição social (Marques-Teixeira, 2007)

O mundo do indivíduo com défices na cognição social ganha novos significados, pois é distanciado da realidade comum partilhada pela sociedade em geral, é como se não conseguisse sair dele para se colocar no papel dos demais, implicando incapacidade na compreensão mental dos outros (Green & Horan, 2010).

O presente estudo de caso múltiplo teve como principal objetivo avaliar o impacto da versão portuguesa de um programa de intervenção na cognição social (*Social Cognition and Interaction Training* (Penn, et al., 2009), na melhoria do funcionamento neste domínio em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. No estudo realizado por Penn e colaboradores (2009) ficou evidente uma melhoria das habilidades sociais, o que se tornou deveras encorajador e entusiasmante, já que o propósito do estudo seria o impacto considerável na cognição social. Tal facto veio a confirmar-se neste estudo, em alguns domínios da cognição social dos pacientes 1 e 2, podendo demonstrar o impacto do programa SCIT e a mudança social cognitiva. Desta forma, torna-se necessário dar continuidade ao estudo sobre esta importante dimensão do funcionamento humano no sentido de contribuir para a recuperação de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

**Palavras-chave:** cognição social, domínios da cognição social, esquizofrenia, Social Cognition and Interaction Training (SCIT).

## **Abstract**

Despite the scientific advances in the understanding and treatment of people with schizophrenia, this serious mental illness is still considered as the most disabling, with impact on psychosocial functioning and quality of life of those who suffer from it. (World Health Organization, 2008).

Among the aspects that have been identified as being engaged in these patients are the deficits in social information, behavioral, emotional, or changes which are events and changes in emotional processing mechanism, this being referred to as social cognition. (Marques-Teixeira, 2007).

The world of the individual with deficits in social cognition gain new meanings as it is distanced from the common reality shared by society in general, it is as if he could not get out of it to put on other's role, implying disability in mental understanding of others (Green & Horan, 2010).

This multiple case study aimed to assess the impact of the portuguese version of an intervention program in social cognition (*Social Cognition and Interaction Training (Penn et al., 2009)*), improving the functioning in this area in people with diagnosis of schizophrenia. In the study conducted by Penn, et al. (2009) there was an obvious improvement of social skills, which became truly encouraging and exciting, since the purpose of the study would be considerable impact on social cognition. Thus, this would confirm the shaft in certain areas of patients 1 and 2, can elucidate the relationship between the SCIT cognitive and social change.

Thus, it is necessary to continue the study of this important aspect of human functioning in order to contribute to the recovery of people diagnosed with schizophrenia.

**Keywords:** social cognition, schizophrenia, social cognition domains, Social cognition and interaction training SCIT.

## Cognição Social na Esquizofrenia

### **Introdução**

A esquizofrenia consiste numa doença do foro psiquiátrico que, por norma, emerge no final da adolescência ou no meio da quarta década de vida, sendo o seu percurso caracterizado por um conjunto de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais. Os indivíduos diagnosticados com esta patologia podem apresentar sintomas positivos (delírios, alucinações, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico, discurso desorganizado) e sintomas negativos (diminuição da expressão emocional ou avolição), sendo que os défices cognitivos (memória declarativa, memória de trabalho, funções de linguagem, bem como uma lentificação da velocidade de processamento) são características associadas que suportam o diagnóstico (DSM-5; APA 2013).

Tendo em conta as disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais que podem comprometer o indivíduo com esquizofrenia, existe um crescente interesse por parte da comunidade científica na averiguação das mesmas, no sentido da obtenção de um conhecimento aprofundado, com consequências ao nível de um mais fácil e mais eficaz desenvolvimento de intervenções para o impacto significativo no processo de reabilitação do indivíduo (Green & Nuechterlein, 1999; Green et al., 2000, cit. in Palha, 2008). Para além dos défices cognitivos, pode existir o comprometimento do funcionamento social, como por exemplo, apresentado através de isolamento social e/ou em forma de inadequação afetiva e comportamental, no decurso ou antes da eclosão da doença. Deste modo, tornou-se importante centrar os estudos científicos na cognição social, que é independente do funcionamento cognitivo e do funcionamento social, mas que pode assumir uma função moderadora entre ambos (Vaz-Serra et al., 2010).

A cognição social pode ser caracterizada pela forma como os indivíduos formulam pensamentos sobre si e sobre os outros no meio social. Tratam-se, portanto, de operações mentais que se centram nas intenções sociais e que envolvem a perceção, compreensão e geração de respostas acerca das intenções e disposições dos demais (Vaz-Serra et al., 2010). Quando se aborda a cognição social, é necessário ter presente que este conceito reúne vários domínios, habilidades e/ou operações mentais relacionadas com a intenção social, sendo estas a perceção emocional, a teoria da mente e o viés atribucional (Marques-Teixeira, 2007).

Considerando o anteriormente exposto, o presente estudo pretende avaliar o impacto do programa de treino de interação e cognição social (SCIT), que visa aperfeiçoar a

identificação e reconhecimento de emoções, a compreensão de situações e as competências de comunicação (Penn, Sanna & Roberts, 2009).

## **I Parte: Enquadramento Teórico**

### **A Cognição Social e os seus domínios**

Destacando, desta forma, a maior relevância para o propósito principal do estudo, que se centra na melhoria da cognição social, isto é, na identificação e reconhecimento de emoções, na compreensão de situações e nas habilidades na comunicação, pretende-se utilizar um programa de intervenção que tenha impacto nestas dimensões (Penn, Sanna & Roberts, 2008).

O estudo científico da temática da cognição social foi iniciado nos anos 90, quando estudos empíricos revelavam que esta assumia uma variável mediadora entre a neurocognição e o funcionamento social (Sosa & González, 2010).

Segundo Pinkham, Penn, Perkins e Lieberman (2003), por cognição social entende-se um conjunto de operações mentais que estão na base das interações sociais, conduzindo à capacitação dos indivíduos de competências para entenderem as intenções e disposições dos outros. Portanto, corroborando o que foi anteriormente afirmado, a cognição social está associada à capacidade de realizar inferências dos pensamentos e intenções dos demais nos contextos sociais (Green, 2008, cit. in Penn, Sanna & Roberts, 2008).

Assim, pode entender-se que a cognição social consiste na “*habilidade de construir representações das relações sociais entre o próprio e os outros e usar, de forma flexível, essas representações com o intuito de guiar o comportamento social*” (Adolphs, 2001 p.233).

Portanto, e com vista ao supracitado, a cognição social pode, ainda, ser definida como um conjunto de processos sociais que propiciam a construção das inferências e intenções relacionadas com os outros e o modo como os fatores situacionais e sociais são analisados aquando da elaboração de tais inferências, estando, aqui, implícitos os domínios, habilidades e operações, isto é, percepção emocional, estilo atribucional e teoria da mente. (Marques-Teixeira, 2006).

A percepção emocional consiste, segundo Penn e colaboradores (2008), na capacidade de inferir estados emocionais e/ou fazer inferências acerca das expressões dos outros. Pode, também, ser caracterizada pela capacidade de julgar papéis, regras e contextos sociais (Vaz-Serra et al., 2010). A percepção emocional consiste assim na capacidade de reconhecer e

utilizar as emoções de forma adaptativa, podendo distribuir-se em quatro fatores principais – (1) identificação das emoções; (2) facilitar as emoções; (3) compreender as emoções; (4) gerir as emoções. Estes fatores podem ser expostos através de inflexões faciais e/ou vocais. No que diz respeito ao estilo atribucional, este consiste na capacidade que o ser humano encontra para justificar as causas dos acontecimentos na sua vida (Marques-Teixeira, 2006), sendo descrito em três dimensões, onde a atribuição da causa do acontecimento pode ser remetida a si próprio (atribuições internas), aos outros (atribuição da causa a outra pessoa) ou à situação contextual (causas atribuídas a fatores situacionais) (Penn et al., 2007). O estilo atribucional consiste, portanto, no modo como cada indivíduo dá/atribui significado às suas experiências, sendo estas positivas ou negativas, isto é, na atribuição que cada um faz das suas coisas (Vaz-Serra et al., 2010). A teoria da mente consiste, segundo Penn (2008), na capacidade de representar estados mentais e produzir inferências acerca das intenções e pensamentos dos outros. Deste modo, trata-se da compreensão dos estados mentais dos outros, caracterizando-os como distintos dos seus, com a capacidade de elaborar inferências (Sprong, Schuthorst, Vos, Hox & Van-Engeland, 2007). Assim, entende-se como teoria da mente a capacidade para inferir as intenções e crenças dos demais. As habilidades inerentes à teoria da mente podem ser importantes para o funcionamento social, já que facilita o entendimento do comportamento dos demais (Vaz-Serra et al., 2010).

Salienta-se que, quer no início da eclosão da doença, quer no decorrer desta, é possível que os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia apresentem algumas limitações na cognição social, primordialmente centradas no tratamento da informação emocional, afetiva e na representação dos estados mentais dos outros (Green, 2008, cit in. Penn, Sanna & Roberts, 2008).

Assim, os défices apresentados pelos indivíduos com esta patologia podem centrar-se na perceção e no processamento das emoções. As pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, podem tornar-se incapazes de fazer inferências adaptativas e factuais, isto é, apresentar dificuldade em perceber o que o outro está a sentir, a pensar, e no facto de que este pode ter intenções diferentes das suas. Deste modo, e assumindo que existe um comprometimento, verifica-se uma perda da capacidade de perceção/compreensão para explicar os estados mentais dos demais, passando a existir uma interpretação enviesada/distorcida (Penn et al., 2008).

Partindo do pressuposto de que existem défices, pode deixar de ser perceptível, no indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia, a capacidade de estabelecer uma posição empática, ou seja, de se colocar no lugar do outro, e destas limitações, tanto na cognição

social como nos seus domínios, pode advir a nítida incapacidade social (Penn et al., 2007). Assim, a existência dos défices supramencionados, pode comprometer a aquisição e reaprendizagem de habilidades necessárias a um funcionamento geral (Green & Horan, 2010).

### **Funcionamento Cognitivo, Cognição Social e Funcionamento Social**

A propósito da esquizofrenia, Kraepelin (1909) referia que, “*no início da doença há, invariavelmente, uma perda da atividade mental e com ela uma certa pobreza no pensamento*” (p. 34).

São diversos os sinais e sintomas que marcam a transição do período pré-mórbido para as características do diagnóstico de esquizofrenia, no qual o comportamento e o funcionamento podem começar a deteriorar-se (Harvey & Davidson, 2002).

Assim, a investigação científica tenta encontrar aspetos cognitivos que podem estar subjacentes ao funcionamento social e, conseqüentemente, pode existir uma identificação comprometedora com a cognição social (Palha, 2008).

Nesta linha de pensamento, a cognição social é um conceito importante para a compreensão das incapacidades inerentes à esquizofrenia, uma vez que os défices cognitivos e sociais podem ser determinantes do funcionamento social (Palha, 2008).

Couture, Penn e Roberts (2006), realçam a relação significativa entre a cognição social (Teoria da mente, viés atribucional e a perceção emocional) e o funcionamento social (comportamento e interpretação do meio, papéis idiossincráticos assumidos na vida quotidiana e resolução e interpretação de problemas sociais).

Salovery e Sluyter (1997) destacam quatro parâmetros importantes - (1) A relação da perceção social e dos domínios do funcionamento social, particularmente da resolução de problemas sociais, funcionalidade na comunidade e comportamento social; (2) A perceção emocional que pode ter uma estreita relação com o funcionamento na comunidade, habilidades e comportamento sociais com o meio envolvente; (3) A teoria da mente e o viés atribucional, sugerem uma associação entre a teoria da mente e as habilidades sociais, fundamentalmente no funcionamento com o meio; (4) O estilo atribucional pode enquadrar-se no funcionamento social, primordialmente quando o comportamento do individuo assume um estilo atributivo.

Harvy, Karen, Reichenberg e Browie (2006) referem que os sintomas positivos consistem na exacerbação ou distorção das funções normativas, uma vez que abrangem os

sintomas psicóticos, a distorção de pensamento, e as crenças errôneas resultantes da interpretação incorreta das experiências (estes sintomas tendem a diminuir de intensidade). Os sintomas negativos são menos flutuantes, contudo mais pervasivos do que os sintomas positivos e representam a ausência dos processos emocionais e comportamentais básicos. Deste modo, é importante compreender que os défices cognitivos podem tender a aproximar-se dos sintomas negativos, isto é, os sintomas negativos podem incluir sintomas cognitivos e/ou funcionais. Por outras palavras, existe uma relação entre as capacidades cognitivas e a funcionalidade, e é de prever que a cognição social está correlacionada, podendo, até, ser considerada como mediadora (Harvy, Karen, Reichenberg & Browie, 2006). Brekke e colaboradores (2005) afirmam que a cognição social e a cognição têm uma relação significativa que influencia a compreensão no funcionamento social. Assim, e partindo do pressuposto de que existem índices de correlação significativa, torna-se relevante elucidar os principais domínios específicos e globais que poderão estar comprometidos na cognição e no funcionamento social das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

Segundo Vaz-Serra, Palha, Figueira, Bessa-Peixoto e Brissos (2010), as principais características afetadas na cognição de uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia são a atenção, a perceção, a linguagem, a aprendizagem verbal, a aprendizagem visual, o processamento de informação, a memória e a memória de trabalho.

Segundo Green e Horan (2010), a cognição social tem uma relação significativa com a neurocognição e o funcionamento social do indivíduo com o diagnóstico de esquizofrenia. Assim, os mesmos autores consideram que existe uma relação direta entre a neurocognição e o funcionamento social.

O funcionamento social consiste, de acordo com Figueira e Brissos (2011), no comprometimento das aptidões no processo de definição de papéis idiossincráticos (pai, marido, filho, trabalhador, estudante) e na capacidade de ser autónomo (atingir objetivos a que se propõe, adquirir padrões, normas e condutas incutidas e estabelecidas socialmente), assim como na capacidade de estabelecer relações interpessoais, bem como na qualidade e profundidade com que estas são assumidas (capacidade empática, coesa, estável, duradoura).

O reconhecimento do impacto funcional significativo que os défices cognitivos podem exercer na vivência de um indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia conduziu a que a comunidade científica centre o seu enfoque em programas de reabilitação. O objetivo primordial destes programas consiste em desenvolver a funcionalidade e a estimulação das capacidades deficitárias, bem como, a promoção da qualidade de vida. Tal facto permite ao

indivíduo adquirir novamente competências, isto é, permite ao indivíduo fazer a aquisição de funções deficitárias (Palha, Marques-Teixeira, 2006.)

### **Programa de Treino de Interação e Cognição Social (SCIT)**

No que diz respeito à presente investigação, espera-se que esta conduza à obtenção de evidências do estudo da avaliação do impacto do Programa de Treino de Interação e Cognição Social (SCIT) nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, desenvolvido com o intuito “*de melhorar quer a cognição social quer o funcionamento social em indivíduos com distúrbios do espectro da esquizofrenia*” (Penn, Roberts, Combs & Sterne, 2007, p. 449).

Os autores acima descritos apresentam, como principal preocupação, as distorções sociais da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, preocupando-se em postular uma prática coesa que proporcione uma melhor reabilitação e/ou recuperação. Desta forma, o objetivo descrito do programa selecionado é o de desenvolver uma intervenção terapêutica específica para esta população-alvo, dirigida aos três domínios da cognição social (anteriormente descritos), desenvolvido por Penn et al. (2009).

A ação do SCIT baseia-se numa intervenção em grupo, com etapas bem delineadas, sendo estas: (1) o treino de emoções; (2) a compreensão das situações; e (3) a verificação (isto é, a confirmação da existência de integração dos conhecimentos) (Penn et al., 2009). A primeira parte do programa estende-se da primeira à sétima sessão e tem como principais fundamentos, a introdução do SCIT e cognição social; papel das emoções e situações sociais; competências de identificação e reconhecimento das emoções; A segunda parte ocorre entre a oitava e a décima quinta, tendo como principais objetivos a identificação de conclusões precipitadas; atribuições causais; tolerância à ambiguidade; distinção de factos e suposições; recolha de informação. Por fim, a terceira e última parte do programa, ocorre entre a décima sexta e a vigésima sessão, tendo como fundamento principal, fortalecer as competências generalizando-as para os problemas do quotidiano (Penn et al. 2009).

Esta intervenção realizada em grupo, composta por cinco a oito pessoas, deve ser conduzida, preferencialmente, por dois profissionais de saúde mental com experiência (Penn et al., 2007). No que diz respeito à frequência e estrutura da implementação, o programa é composto por 20 sessões (podendo ser realizadas mais quatro de carácter opcional), a realizar-se uma vez por semana, num período que varia entre os 45 e os 60 minutos (Penn et al., 2007). Finalizando, nas duas primeiras etapas, pretende-se que os participantes construam

competências para estruturarem um plano ou para procurarem soluções coerentes a cada ação com que se deparam na realidade social, isto é, dotar as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia de capacidades que permitam identificar com clareza o reconhecimento das emoções, a tendência à rigidez cognitiva, às conclusões precipitadas e a intolerância à ambiguidade. Com a última etapa pretende-se que os pacientes ponham em prática, no seu quotidiano, as competências adquiridas ao longo da implementação do SCIT. Estudos levados a cabo por Penn et al. (2009) demonstram evidências significativas na implementação do programa em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia podendo resultar em melhorias da cognição social bem como nas habilidades sociais.

## **II Parte: Metodologia**

### **Objetivo Específico**

O presente estudo tem como objetivo específico avaliar o impacto da versão portuguesa do *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT) em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

### **Questões de investigação**

O objetivo específico permite formular as seguintes questões de investigação:

Em que medida a participação no *SCIT* tem um impacto na sintomatologia dos participantes?

Em que medida a participação no *SCIT* tem um impacto na capacidade de inferir intenções reais camufladas no discurso indireto (teoria da mente) dos participantes?

Em que medida a participação no *SCIT* tem um impacto na avaliação de desempenho e competências sociais dos participantes?

Em que medida a participação no *SCIT* tem um impacto no estilo atribucional dos participantes?

Em que medida a participação no *SCIT* tem um impacto no funcionamento social dos participantes?

### **Participantes**

Para o presente estudo foram selecionados 2 dos 7 participantes de um grupo que participa no primeiro estudo português de avaliação do impacto da versão portuguesa do SCIT em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, um do sexo masculino e outro do sexo feminino. De acordo com os critérios do DSM-5 (APA, 2013) os dois participantes

apresentam diagnóstico de esquizofrenia.

Os critérios de inclusão no estudo seguiram as indicações dos autores do programa: pessoas com mais de 18 anos; com dificuldades interpessoais; com disfunção cognitivo-social; desconforto/ansiedade em situações sociais.

Segue-se uma breve caracterização sociodemográfica e clínica de cada participante, bem como, informações relativas à sua escolaridade:

**O participante 1** é do sexo masculino, tem 32 anos, e o seu grau de escolaridade é o 12ºano. Teve o primeiro surto psicótico aos 27 anos de idade dando origem ao seu primeiro e único internamento.

**O participante 2** é do sexo feminino, tem 29 anos, e o seu grau de escolaridade é o 12ºano do curso profissional técnico de geriatria, teve o primeiro surto psicótico aos 20 anos, tem registo de internamentos múltiplos tendo sido o último no ano de 2012.

## **Procedimentos**

### **Desenho do Estudo**

De forma a responder ao objetivo deste estudo, foi utilizada uma metodologia de casos múltiplos adaptando um desenho do tipo pré-pós, com vista a avaliar o impacto do *SCIT* nas dimensões avaliadas, nomeadamente: a sintomatologia, a teoria da mente, o desempenho e competências sociais, o estilo atribucional e o funcionamento social.

Esta metodologia de estudo tem em conta retratos individuais que auxiliam na compreensão das questões de investigação, numa primeira fase individualmente e posteriormente de forma coletiva, distanciando-se, assim de um estudo experimental (Yin, 2013). Segundo o mesmo autor, este desenho de estudo enfatiza as unidades de análise, a relação entre os dados e as respetivas questões e os critérios para a interpretação dos resultados.

Neste caso, as unidades de análise dizem respeito à intervenção na qual cada participante se submeteu, avaliada em termos de duração (24 horas), e a compreensão dos resultados alicerçou-se nas variáveis de avaliação em estudo, ou seja, a sintomatologia, a teoria da mente, o desempenho e competências sociais, o estilo atribucional e o funcionamento social. Foi, ainda, incluída uma avaliação referente às percepções dos utentes face à participação no *SCIT*. De referir que ao longo da implementação do *SCIT* foi efetuado um diário de bordo com vista à monitorização das sessões, onde constava a data, o número da

mesma, um registo de presenças e a observação do perfil comportamental de cada participante.

### **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados neste estudo seguem o protocolo de avaliação definidos pelos autores do programa para estudos desta natureza (Roberts, Penn & Combs, 2009), e incluem: I) *Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale - SCI-PANSS* (Opier, Kay, Lindenmayer, Fizbein, 1992); II) *Hinting Task* (Concoran, Mercer & Frith, 1995; adaptação espanhola de Gil, Fernández-Modamio, Bengochea & Arrieta, 2012); III) *Avaliação do Desempenho de Competências Sociais* (Patterson, Moscona, McKibbin, Davidson & Jeste, 2001); IV) *Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire - AIHQ* (Combs, Pen, Wicher & Waldheter, 2007); V) *Escala de Funcionamento Social* (Brichwood et al., 1990, adaptação espanhola de Torres & Olivares, 2005). É, igualmente, utilizada uma ficha de recolha de informação clínica e sócio demográfica; Faremos, de seguida, uma breve apresentação de cada um deles.

#### ***Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale- SCI-PANSS (Opier, Kay, Lindenmayer & Fizbein, 1992)***

Este instrumento avalia a sintomatologia positiva (delírios, alucinações e suspeição), através de sete itens; a sintomatologia negativa (embotamento afetivo, desistência emocional, reportório pobre e desistência social passiva), através de sete itens; e psicopatologia geral (evitamento social ativo, falta de julgamento e insight, conteúdo de pensamento inusual, ansiedade e depressão) através de dezasseis itens. Cada item está associado a uma definição e a um conjunto de sete critérios, os quais representam o aumento dos níveis de psicopatologia, que podem ser cotados desde um (ausente) a sete (extremamente grave). Apesar de já estar traduzido para português, os dados referentes à validação deste instrumento ainda não se encontram publicados pelo que foram utilizados os dados referentes à população americana.

#### ***Hinting Task (Concoran, Mercer & Frith, 1995; adaptação espanhola de Gil, Fernández-Modamio, Bengochea & Arrieta, 2012)***

Este instrumento tem como objetivo avaliar a capacidade de inferir intenções reais camufladas no discurso indireto. Para tal, é exposto ao participante dez situações que envolvem interação entre duas personagens. Cada situação é terminada por uma frase, sendo

pedido ao participante que explique o que a personagem verdadeiramente queria enunciar. Caso o participante não consiga elaborar uma inferência ou se a conclusão a que chega for inadequada, será fornecido uma dica mais evidente. A cotação deste instrumento realiza-se da seguinte forma: respostas apropriadas são cotadas com dois pontos; respostas apropriadas com auxílio de uma dica são cotadas com um ponto; se o participante for incapaz de produzir uma resposta correta face às dicas fornecidas, a cotação será de zero pontos. A pontuação total varia entre 0-20, simbolizando a pontuação mais alta um melhor desempenho. Este instrumento não se encontra validado para a população portuguesa, pelo que, dada a proximidade cultural e geográfica, foram utilizados os dados referentes à população espanhola (Gil, Fernández-Modamio, Bengochea & Arrieta, 2012).

### **Avaliação do Desempenho de Competências Sociais (Patterson, Moscona, McKibbin, Davidson & Jeste, 2001)**

A avaliação desempenho e competências sociais é feita através da realização de três “*role-plays*” de problemas de situações sociais. Estes, são realizados com o psicólogo e gravados em áudio (para posterior cotação). Esta avaliação é realizada em três partes: **Cena de treino**, com o intuito de o participante se adaptar à situação de *role-play*, existindo uma interação de um minuto. Nesta situação de treino o participante está a combinar um encontro com um amigo (psicólogo). **Cena I** que consiste numa interação de três minutos. Nesta situação o participante representa o papel de inquilino que conhece um novo vizinho, sendo este vizinho o psicólogo. O principal objetivo desta cena é que o participante estabeleça uma relação com o vizinho novo. **Cena II**, também consiste numa interação de três minutos, no qual o participante encena o papel do inquilino que liga ao senhorio (psicólogo) devido a uma infiltração de água e pede ao senhorio para proceder à devida reparação. O objetivo principal desta cena, consiste no senhorio fazer/ agendar a reparação.

A Cena I avalia o Interesse/Desinteresse, Fluência, Clareza, Atenção, Paralinguística e Postura não-verbal, Aparência, Conversação geral e Adequação social; e a Cena II avalia o Interesse/Desinteresse, Fluência, Clareza, Atenção, Paralinguística e Postura não-verbal, Capacidade e Negociação, Submissão/Persistência, Argumento Geral e Adequação Social

A cotação deste instrumento, varia numa escala de pontuação entre um e cinco (um é baixo e cinco elevado), logo implica, que quanto maior for a pontuação, melhor será o funcionamento social (Patterson et al., 1990). Este instrumento não se encontra validado para a população portuguesa, assim foram utilizados os dados referentes à população americana.

***Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire - AIHQ (Combs, Pen, Wicher & Waldheter, 2007)***

Consiste num instrumento de atribuição, focando a tendência de atribuir intenções hostis aos comportamentos dos outros e de responder de forma hostil em diferentes situações. Foi utilizado a versão reduzida onde apenas se utilizam histórias ambíguas. É solicitado ao indivíduo para imaginar que a situação está a acontecer consigo – (1) indicar a razão pela qual a outra pessoa agiu daquele modo consigo – avaliação através de uma escala de “*lickert*”; (2) se a pessoa fez de propósito (escala que varia entre 1 e 6); (3) quão zangada ficaria com a situação (escala que varia entre 1 e 5); (4) quão iria culpar a outra pessoa (escala que varia entre 1 e 5); (5) descrever o que faria nessa situação (escala que varia entre 1 e 5). As pontuações variam em função de cada tipologia de situação: Viés de hostilidade; Culpa e Viés agressividade. Este instrumento também não se encontra validado para a população portuguesa, assim foi utilizado os dados referentes à população americana. Neste sentido, e para ser possível a comparação, a pontuação bruta foi transformada como consta no artigo original.

***Escala de Funcionamento Social (Brichwood et al.,1990; adaptação espanhola de Torres & Olivares, 2005)***

Consiste num instrumento, que tem como objetivo a avaliação da evolução do funcionamento social no indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia e é composto por 79 itens, dividido em sete subescalas: O Isolamento/ Integração é referente ao tempo a sós, ao início de conversas e ao evitamento social, cada questão pode variar entre 0-3, obtendo uma pontuação total de 0-15; A Comunicação interpessoal diz respeito ao número de amigos, relacionamentos amorosos e a qualidade de comunicação, estas são as áreas abordadas nesta subescala de 4 itens. Pontua-se entre 1 e 2, se o soma for maior que 3, pontua-se 3 +; Os restantes pontuam-se de 0-3, a escala oscila entre 0-9; A Independência-p consiste na execução de atividades necessárias para ter uma vida independente e tem um subtotal de 0-39; O Lazer abrange os *hobbies*, interesses e passatempos, tendo um subtotal de 0-45. Nesta subescala há possibilidade de aumentar atividades lúdicas realizadas pelo participante, porém a estas não são atribuídas cotações; O Pró-Social é referente ao desenvolvimento de atividades, como por exemplo desporto, tendo um subtotal de 0-66; A Independência-competência enfatiza a capacidade das habilidades necessárias para um funcionamento independente, tendo um subtotal de 0-39; Por fim, o Emprego/Funcionamento Ocupacional/Educacional – engloba o compromisso diário num emprego produtivo ou num

programa estruturado. Caso o indivíduo não tenha nenhuma ocupação a tempo inteiro (trabalhador e/ou estudante), começa a realizar-se, a questão 8 e 9, onde podem pontuar no máximo 6 pontos. Deste modo, os indivíduos com alguma atividade estruturada diária podem obter cotação superior, face aos indivíduos sem atividades.

Em todas as subescalas supramencionadas, no que refere à sua cotação, quanto maior for a pontuação obtida, melhor será funcionamento social global. Este instrumento não se encontra validado para a população portuguesa, como tal, mais uma vez, foram utilizados os dados referentes à população espanhola (Torres & Olivares, 2005). Para ser possível realizar esta comparação, as pontuações brutas foram transformadas em pontuações tipificadas.

### **Ficha sociodemográfica**

Para caracterização clínica e sócio-demográfica de cada participante foi realizado um questionário que engloba as seguintes informações: (a) Identificação; (b) Idade; (c) Data de nascimento; (d) Escolaridade; (e) Ocupação; (f) Diagnóstico; (g) Quando surgiu o problema de saúde mental; (h) Internamento/s; (i) Último internamento; (j) Medicação atual; (k) Alteração de medicação nos últimos 3 meses; (l) Acompanhamento atual; (m) Observações.

### **Procedimentos de Recolha de Dados**

Conforme já referido, este trabalho integra 2 dos 7 participantes de um grupo que participa no primeiro estudo português de avaliação do impacto da versão portuguesa do SCIT em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Para a participação no presente estudo foi obtido o consentimento informado por parte da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, assegurando assim que a participação fosse voluntária, confidencial e obedece-se a todos os procedimentos éticos e deontológicos que a prática clínica exige. A administração do programa de treino de interação e cognição social, para efeitos do presente estudo foi realizada por duas psicólogas, com formação no programa, numa associação que presta apoio à saúde mental, sediada no norte do País.

Para a realização da avaliação pré e pós intervenção foram realizadas sessões individuais conduzidas por uma das psicólogas. O protocolo de avaliação da cognição social foi utilizado em ambos os momentos de avaliação, com exceção da ficha demográfica que apenas foi administrada no momento pré. Em cada sessão foi registada a observação comportamental de cada participante, com recurso ao diário de bordo, de modo a permitir um melhor entendimento da evolução do participante ao longo da implementação do programa.

Foi também, registada a assiduidade, dado que esta é considerada como um indicador de empenho, dedicação, motivação e entusiasmo (Medalia & Saperstein, 2011).

### **Procedimento de Análise de Dados**

Os dados do presente trabalho são só de natureza descritiva, tendo-se comparado resultados brutos entre pré e pós intervenção. Recorreu-se ao Microsoft Office Excel™ para a elaboração dos gráficos que acompanham a apresentação dos mesmos.

A razão desta opção prende-se com o facto de todos os instrumentos utilizados não estarem aferidos para a população Portuguesa, pelo que a referencia a valores normativos das versões originais é apenas exploratória.

De modo a facilitar a compreensão dos resultados entre a primeira e a segunda avaliação, procedeu-se de acordo com a proposta de Vaz Serra (1986, p.8) “*Dividindo a diferença entre a pontuação obtida por um dado individuo, pelo desvio padrão desta amostra global, ficamos a conhecer o seu afastamento em relação à média do grupo*”, sendo que a fórmula utilizada foi a seguinte: **(pontuação obtida – média) / DP**.

Este cálculo foi utilizado para avaliação da sintomatologia (SCI-PANSS), da teoria da mente (*Hinting Task*), o desempenho e competências sociais (*Avaliação do Desempenho de Competências Sociais*), o estilo atribucional (*Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire - AIHQ*) e o funcionamento social (*Escala de Funcionamento Social*), sendo que, quando a pontuação do sujeito após aplicação da fórmula, compreender 1 DP acima do DP estipulado para os respetivos testes verifica-se défice (DP em relação à média <1), caso o DP se situe um valor inferior a um desvio padrão abaixo do estabelecido não se considera dificuldade no domínio avaliado (DP em relação à média >1)

### **Programa de Intervenção**

O programa de Treino de Interação e Cognição Social (SCIT) - cumpriu as três fases que o constituem: treino de emoção, compreensão de situações e integração. Baseia-se numa intervenção semanal de grupo, ao longo de cinco meses, com o objetivo de desenvolver a funcionalidade e a estimulação dos défices, bem como em promover a qualidade de vida. Tal facto permite ao indivíduo adquirir novamente competências, isto é, permite ao indivíduo fazer a aquisição de funções deficitárias (Palha, Marques-Teixeira, 2006).

## **III Parte: Resultados**

## Descrição dos Resultados

Dado que se refere a um estudo de caso múltiplo, os resultados vão ser apresentados individualmente para cada um dos participantes. Conforme já referido, os valores apresentados referem-se aos dados brutos (pré e pós intervenção) em cada uma das dimensões avaliadas: (a) Assiduidade; (b) Sintomatologia; (c) Teoria da mente; (d) Desempenho e competências sociais; (e) Estilo atribucional; (f) Funcionamento social.

Aquando a apresentação dos dados brutos, foi elaborado uma reflexão acerca da observação efetuada ao longo do programa através do diário de bordo.

### 1. PARTICIPANTE 1

#### 1.1. Assiduidade

O participante 1, das 20 + 1 sessões realizadas em grupo participou em 18 (85%) e em 2 avaliações individuais (pré e pós intervenção). Recorrendo ao diário de bordo é possível verificar que das 3 sessões grupais a que o participante não compareceu, apenas justificou o não comparecimento a 2 sessões.

#### 1.2. Avaliação Pré e Pós SCIT

Nas tabelas que seguem serão apresentados os valores brutos obtidos nos diferentes instrumentos utilizados para avaliar os domínios em estudo: Sintomatologia; Teoria da mente; Desempenho e competências sociais; Estilo atribucional; Funcionamento social.

Tabela 1. Sintomatologia psicopatológica pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Domínio Cognitivo	Instrumento	Escalas	PB <sup>(a)</sup> Pré-SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média	PB <sup>(a)</sup> Pós- SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média
Sintomatologia Clínica	SCI-PANSS	Escala Positiva	7	1.84dp<M	7	1.84dp<M
		Escala Negativa	10	1.78dp<M	7	2.27dp<M
		Escala Psicopatológica	25	1.34dp<M	21	1.76dp<M

<sup>(a)</sup>Pontuação bruta <sup>(b)</sup> Desvio padrão em relação à média

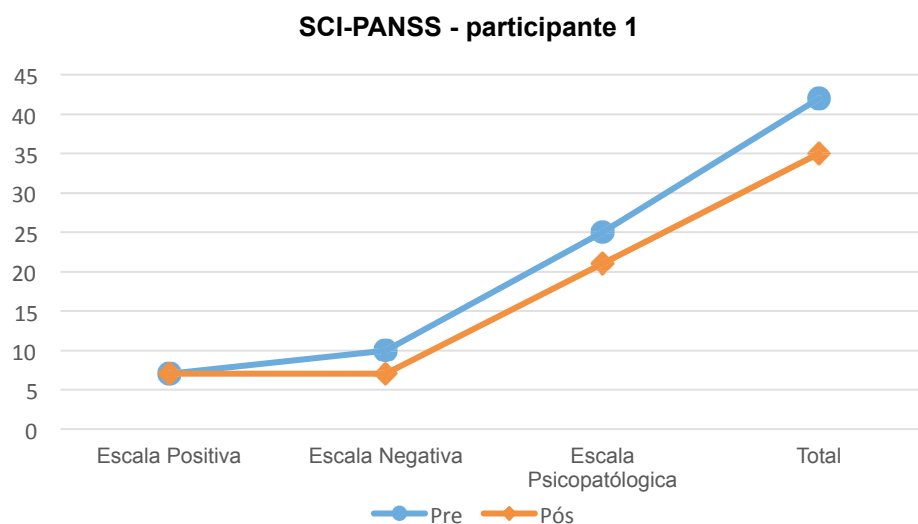


Figura 1 – Sintomatologia psicopatológica pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Conforme se pode constatar na tabela 1, na escala positiva, os resultados mantem-se nos dois momentos de avaliação. No que se refere aos resultados da Escala Negativa e da Escala Psicopatológica verificou-se uma melhoria no segundo momento de avaliação.

Assim, o decréscimo dos valores levam a considerar a possibilidade de uma ligeira melhoria da sintomatologia clínica, após a implementação do SCIT. É de realçar que, tanto no momento pré como pós implementação, os resultados obtidos são significativamente inferiores (DP em relação à média  $<1$ ) quando comparados com os dados relativos a população com diagnóstico de esquizofrenia o que sugere que o participante tinha níveis reduzidos de psicopatologia.

Tabela 2. Teoria da mente pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Domínio	Instrumento	PB <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>	PB <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>
Cognitivo		Pré-SCIT	Relação à média	Pós-SCIT	Relação à média
Teoria da Mente	Hinting task	17	0.74dp<M	19	0.69dp>M

<sup>(a)</sup>Pontuação bruta <sup>(b)</sup> Desvio padrão em relação à média

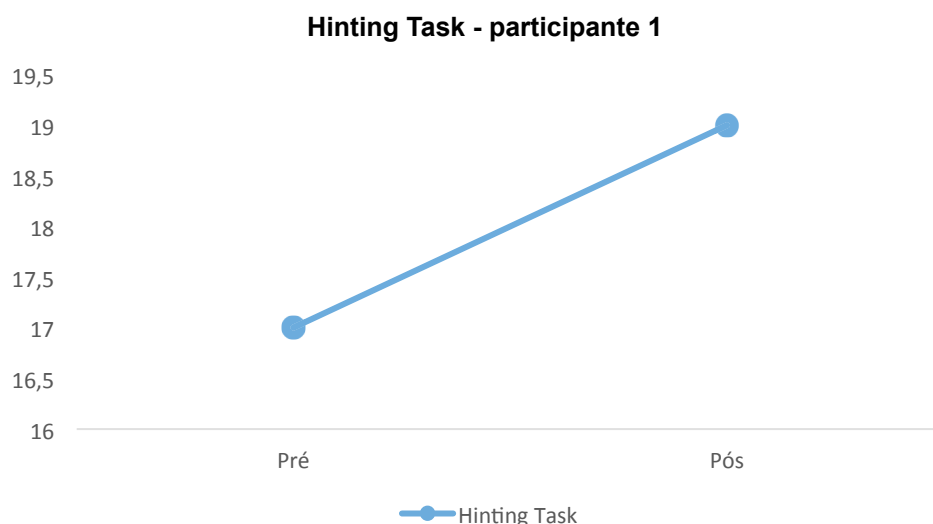


Figura 2 – Teoria da mente pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Na tabela 2 é possível constatar, que pós implementação do SCIT, houve uma aumento dos valores obtidos, deste modo, estes valores podem apontar uma maior capacidade de inferir as intenções reais camufladas no discurso indireto dos demais, ou seja uma melhoria na Teoria da mente. Quando comparado com o resto da população, os valores pré e pós estão dentro dos valores normativos, pelo que, não se considera existirem dificuldades ao nível deste domínio da cognição social.

Tabela 3. Desempenho de Competências Sociais pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Domínio Cognitivo	Instrumento	Domínios	PB <sup>(a)</sup> Pré-SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média	PB <sup>(a)</sup> Pós- SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média
Desempenho,		Cena 1	5	1.67dp>M	4.88	1.27dp>M
Competências	SSPA	Cena 2	5	1.2dp>M	5	1.2dp>M
Sociais		Total	5	1.67dp>M	4.94	1.47dp>M

<sup>(a)</sup>Pontuação bruta <sup>(b)</sup> Desvio padrão em relação à média

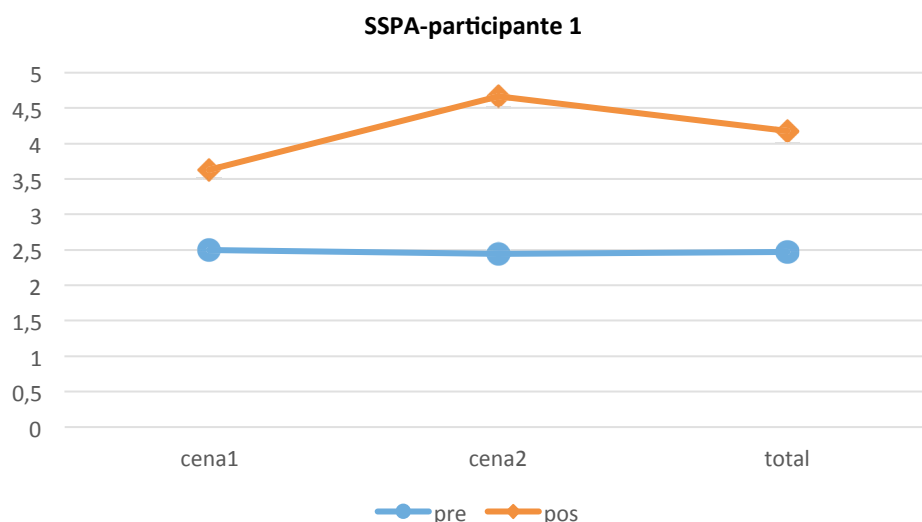


Figura 3 – Desempenho de Competências Sociais pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Tal como se pode verificar na tabela 3, que se refere à avaliação desempenho e competências sociais não se observaram alterações marcadas em nenhuma das cenas. O desempenho pré SCIT, assim como se verificou pós implementação do programa, revelava aparentemente não existirem dificuldades neste domínio uma vez que o desvio padrão quando comparado com a média da população é superior (DP em relação à média > 1).

Tabela 4. Estilo Atribucional pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Domínio	Instrumento	Domínios	PT <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>	PT <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>
Cognitivo			Pré-SCIT	Relação à média	Pós-SCIT	Relação à média
Estilo	AIHQ	Viés hostilidade	3	0.74dp>M	2	0.73dp<M
Atribucional		Pontuação culpa	3,9	1.34dp>M	3,7	1.04dp>M
		Viés agressividade	1,6	1.11dp<M	1,6	1.11dp<M

<sup>(a)</sup>Pontuação transformada como indicado no estudo original <sup>(b)</sup> Desvio padrão em relação à média

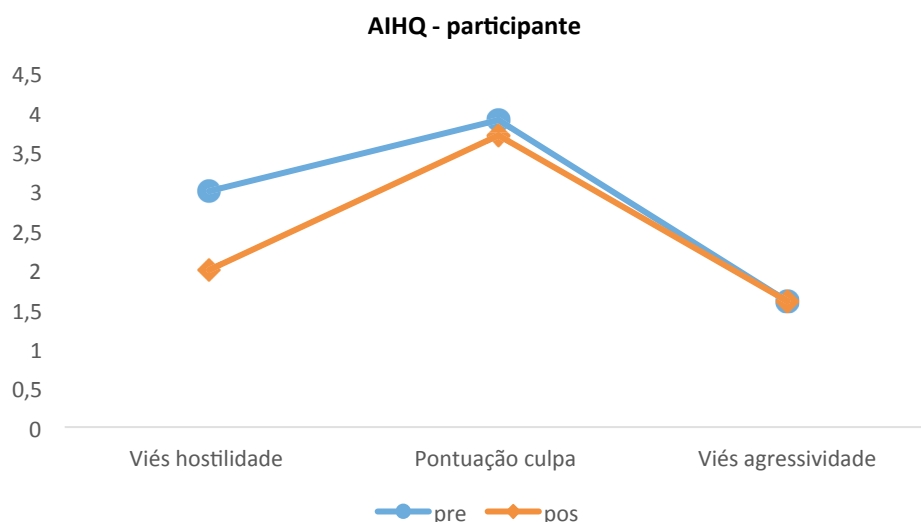


Figura 4 – Estilo Atribucional pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Na tabela 4, constata-se que o viés de hostilidade e a pontuação de culpa diminuíram do momento pré para o pós implementação do programa. Relativamente ao viés de hostilidade, tanto o valor pré como o valor pós SCIT, quando comparado com a população, encontram-se dentro dos valores expectáveis. Já a pontuação relativa à culpa, apesar de inferior no momento pós implementação, encontra-se ainda acima dos valores de referência para a população estudada (DP em relação à média >1). Ainda assim, a diminuição na pontuação no segundo momento, pode sugerir, uma ligeira melhoria, isto é, uma focalização de forma mais ajustada às intenções, os comportamentos e as respostas.

A pontuação obtida na escala de viés de agressividade foi igual em ambos os momentos e, quando comparada com a população, encontra-se em níveis mais reduzidos (DP em relação à média <1) (Cf. Tabela 4).

Tabela 5. Funcionamento Social Geral pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Domínio	Instrumento	Domínios	PT <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>	PT <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>
			Pré-SCIT	Relação à média	Pós-SCIT	Relação à média
Funcionamento Social Geral	EFS	Isolamento/ Integração	90.7	2.83dp<M	115.2	0.38dp>M
		Comunicação interpessoal	123.1	0.76dp>M	116.9	0,01dp<M
		Independência-p	102.2	0,6 dp<M	122.9	0.99dp>M

Lazer	115.1	1.14dp<M	106.8	1.73dp<M
Pró-Social	95.6	2.73dp<M	97.3	2.63dp<M
Independência-competência	116.5	1,19dp>M	111.8	0.6 dp>M
Emprego/Funcionamento Ocupacional/Educacional	97.1	28.9dp<M	101.9	24,1dp<M

<sup>(a)</sup>Pontuação tipificada <sup>(b)</sup> Desvio padrão em relação à média

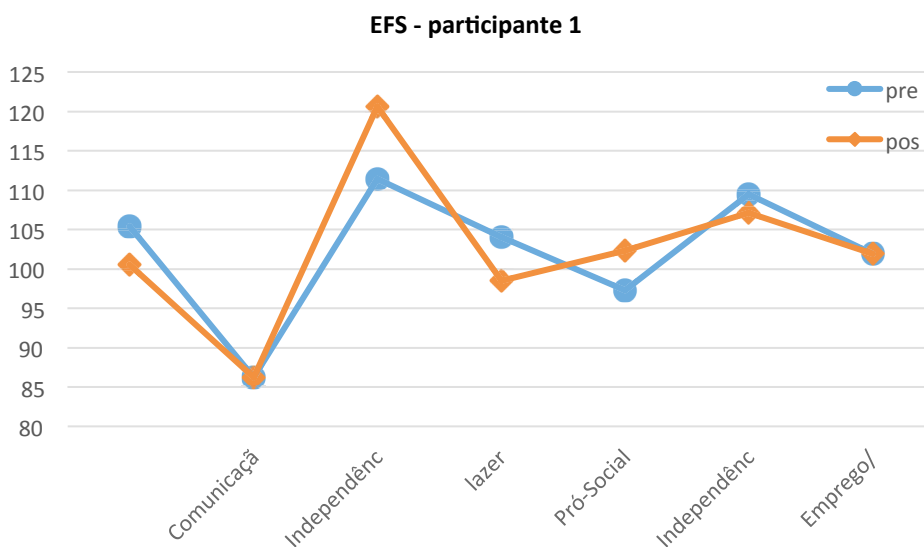


Figura 5 – Funcionamento Social Geral pré-pós implementação do SCIT - Participante 1

Relativamente à escala “Isolamento/Integração” existe uma alteração significativa no momento pós-intervenção. No primeiro momento de avaliação, quando comparado com pessoas sem patologia e ativas, o resultado obtido era significativamente inferior à média (DP<1). No momento pós-avaliação o resultado obtido para esta escala já se encontra dentro dos valores normativos para a população o que pode significar uma melhoria da percepção sobre a integração do participante na sociedade e, conseqüentemente, um menor isolamento.

No que diz respeito às escalas de lazer, pró-social e emprego/ocupação, apesar de existir uma alteração ligeira nos valores nos dois momentos de avaliação, os valores continuam abaixo do expectável quando comparado com a população de referência (DP<1). (Cf. Tabela 5).

As restantes escalas encontram-se dentro dos valores normativos para a população de referência, não existindo, aparentemente, nem antes nem depois da intervenção, dificuldades nos domínios avaliados.

### 1.3. Observação comportamental

Das observações registadas, no diário de bordo, relativamente ao participante 1, destaca-se uma postura reservada ao longo da implementação do *SCIT*, no entanto, quando solicitado teve intervenções oportunas e ponderadas, acabando por ter um contributo significativo para as sessões, nomeadamente no que diz respeito à exposição de dificuldades sociais. Equaciona-se, que o programa possa ter tido um impacto importante, pois ao longo do mesmo, o participante foi demonstrando consciencialização das suas dificuldades sociais e das estratégias que poderia adotar para que estas fossem ultrapassadas. Para além disso, as perspetivas que demonstrava ter quanto à possibilidade de vir a integrar o mercado de trabalho, bem como às estratégias a poder utilizar na sua vida quotidiana social pode ter contribuído para uma melhor perceção do funcionamento, tal como registada na avaliação pós intervenção.

## 2. PARTICIPANTE 2

### 2.1. Assiduidade

O participante 2, das 20 +1 sessões realizadas, em grupo, participou em 19 e em 2 avaliações individuais (pré e pós intervenção). Recorrendo ao diário de bordo é possível constatar que as 2 sessões grupais a que o participante não compareceu, não justificou a sua ausência.

### 2.2. Avaliação Pré e Pós SCIT

Nas tabelas que seguem serão apresentados os valores brutos obtidos nos diferentes instrumentos utilizados para avaliar os domínios em estudo: Sintomatologia; Teoria da mente; Desempenho e competências sociais; Estilo atribucional; Funcionamento social.

Tabela 6. Sintomatologia Psicopatológica pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

Domínio Cognitivo	Instrumento	Domínios	PB <sup>(a)</sup> Pré-SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média	PB <sup>(a)</sup> Pós- SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média
Sintomatologia Clínica	SCI-PANSS	Escala Positiva	14	0.61dp<M	10	1.34dp<M
		Escala Negativa	14	1.13dp<M	10	1.78dp<M
		Escala Psicopatológica	48	1.08dp>M	24	1.44dp<M

<sup>(a)</sup>Pontuação bruta <sup>(b)</sup> Desvio padrão em relação à média

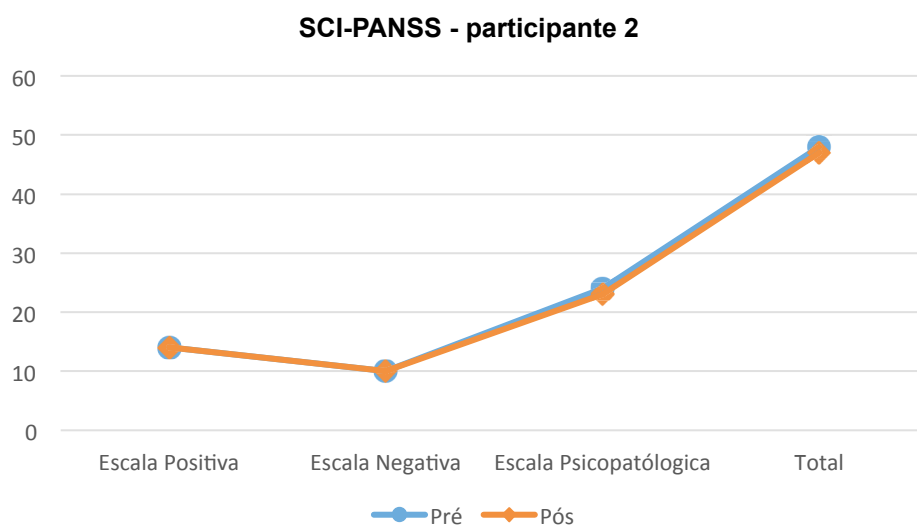


Figura 6 – Sintomatologia psicopatológica pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

Conforme se pode constatar na tabela 6, verificou-se uma redução da sintomatologia em todas as subescalas, no segundo momento de avaliação. No caso da subescala psicopatológica este facto é especialmente relevante uma vez que, quando comparado com população com diagnóstico de esquizofrenia, os valores passam de superiores à média ( $DP > 1$ ), para valores inferiores à média ( $DP < 1$ ), o que revela uma redução significativa dos sintomas psicopatológicos avaliados por esta escala.

Assim, o decréscimo dos valores nas três subescalas levam a considerar a possibilidade de uma melhoria da sintomatologia clínica, após a implementação do SCIT.

Tabela 7. Teoria da mente pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

Domínio Cognitivo	Instrumento	PB <sup>(a)</sup> Pré-SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média	PB <sup>(a)</sup> Pós- SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média
Teoria da Mente	Hinting task	15	2.17dp<M	13	3.61dp<M

<sup>(a)</sup>Pontuação bruta <sup>(b)</sup> Desvio padrão em relação à média

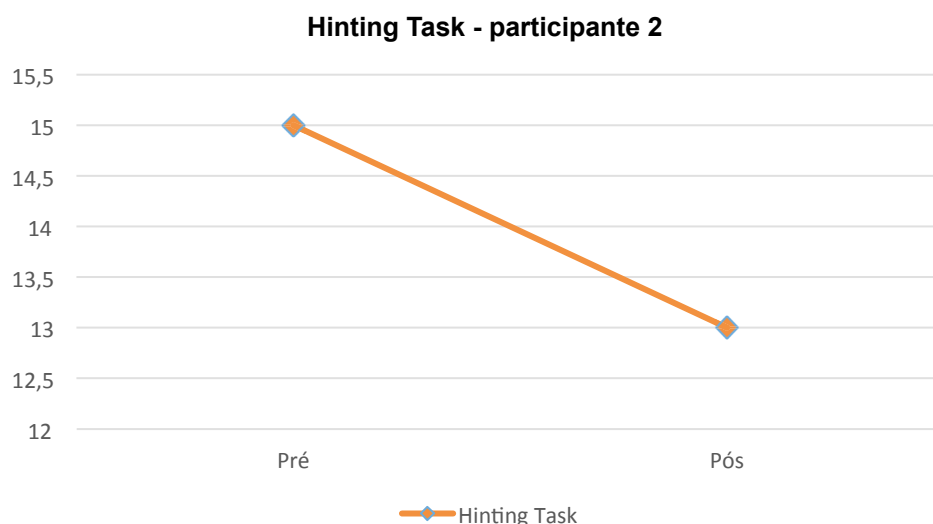


Figura 7 – Teoria da mente pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

Na tabela 7, é possível constatar, que na avaliação pós implementação, houve um decréscimo dos valores obtidos, após a participação no programa SCIT. Estes valores podem apontar uma agravamento da capacidade de inferir as intenções reais camufladas no discurso indireto dos demais, assim sendo, a diminuição de pontuação do momento pré para o momento pós sugere um maior comprometimento a teoria da mente. Tanto no momento pré como no pós intervenção, quando comparados com a população, estes valores encontravam-se significativamente abaixo (DP em relação à média <1), o que sugere existirem dificuldades neste domínio da cognição social.

Tabela 8. Desempenho de Competências Sociais pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

Domínio Cognitivo	Instrumento	Domínios	PB <sup>(a)</sup> Pré-SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média	PB <sup>(a)</sup> Pós- SCIT	DP <sup>(b)</sup> Relação à média
Desempenho, Competências Sociais	SSPA	Cena 1	2.5	6.67dp<M	3.63	2.9dp<M
		Cena 2	2.44	3.92dp<M	4.67	0.54dp>M
		Total	2.47	6.76dp<M	4.18	1.07dp<M

<sup>(a)</sup>Pontuação bruta <sup>(b)</sup> Desvio padrão em relação à média

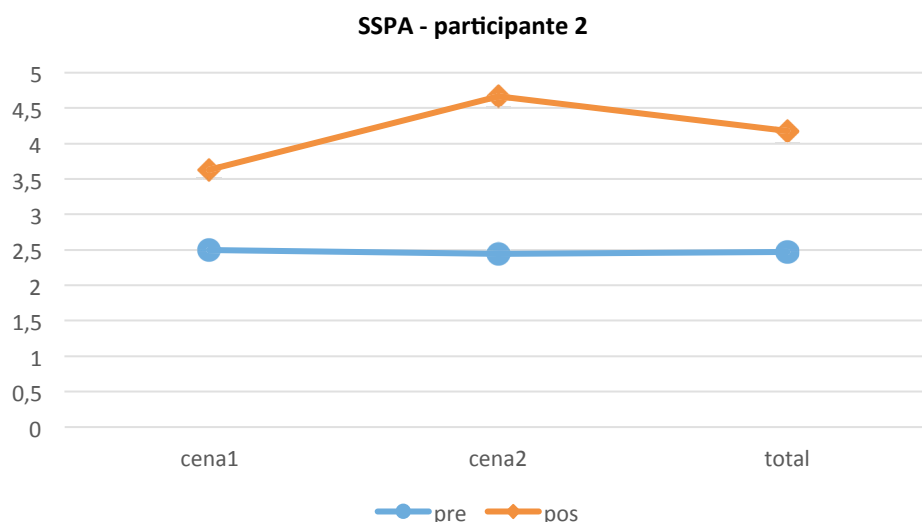


Figura 8 – Desempenho de Competências Sociais pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

Tal como se pode verificar na tabela 8, que se refere à avaliação do desempenho nas competências sociais, observou-se uma melhoria no desempenho do participante tanto na Cena I como na Cena II. Como se pode verificar, o desempenho na prova estava abaixo do expectável quando comparado com a população (DP em relação à média <1). No segundo momento de avaliação, o desempenho na Cena II passa a estar dentro dos valores normativos. Apesar de os valores referentes à Cena I e ao valor total continuarem abaixo do expectável, existiu uma alteração considerável nos valores o que nos leva a ponderar a existência de uma maior capacidade de exposição e resolução dos problemas de caráter social após a participação no programa.

Tabela 9. Estilo Atribucional pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

Domínio	Instrumento	Domínios	PT <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>	PT <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>
			Pré-SCIT	Relação à média	Pós-SCIT	Relação à média
Cognitivo	Estilo Atribucional	Viés hostilidade	2	0.74dp<M	2	0.74dp<M
		Pontuação culpa	3	0	2.7	0.44dp<M
		Viés agressividade	1.6	1.11dp<M	1.4	0.02dp<M

<sup>(a)</sup> Pontuação transformada como indicado no estudo original <sup>(b)</sup> Desvio padrão em relação à média

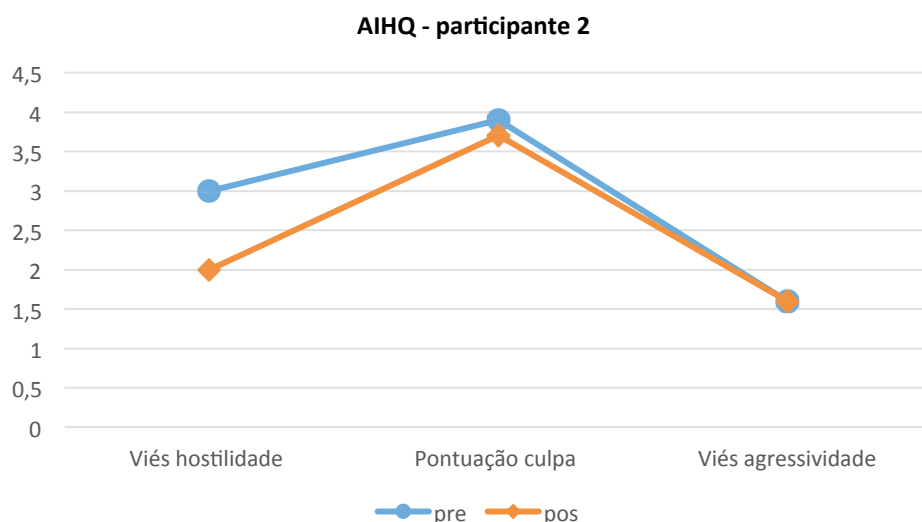


Figura 9 – Avaliação do desempenho pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

Na tabela 9, constata-se que a pontuação de culpa e o viés de agressividade diminuiu do momento pré para o pós intervenção. Tanto no primeiro como no segundo momento de avaliação os valores encontravam-se dentro do considerado normativo para a população.

No que diz respeito ao viés da agressividade, existe uma redução considerável da pontuação uma vez que, quando comparado com a restante população, os valores pós-intervenção encontram-se dentro dos valores normativos. Esta diminuição na pontuação, pode sugerir, uma ligeira melhoria, isto é, uma focalização de forma mais ajustada às intenções, aos comportamentos e as respostas.

Tabela 10. Funcionamento Social Geral pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

Domínio	Instrumento	Domínios	PT <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>	PT <sup>(a)</sup>	DP <sup>(b)</sup>
			Pré-SCIT	Relação à média	Pós-SCIT	Relação à média
Funcionamento Social Geral	EFS	Isolamento/ Integração	105.4	1.36dp<M	100.5	1.85dp<M
		Comunicação interpessoal	86.2	3.85dp<M	86.2	3.85dp<M
		Independência-p	111.4	0.10dp>M	120.6	0.81dp>M
		Lazer	104	1.93dp<M	98.5	2.32dp<M
		Pró-Social	97.3	2.63dp<M	102.3	2.34dp<M
		Independência-competência	109.5	0.31dp>M	107.1	0.01dp>M

Emprego/Funcionamento	5	24,1dp<M	5	24,1dp<M
Ocupacional/Educacional				

(<sup>a</sup>)Pontuação tipificada (<sup>b</sup>) Desvio padrão em relação à média

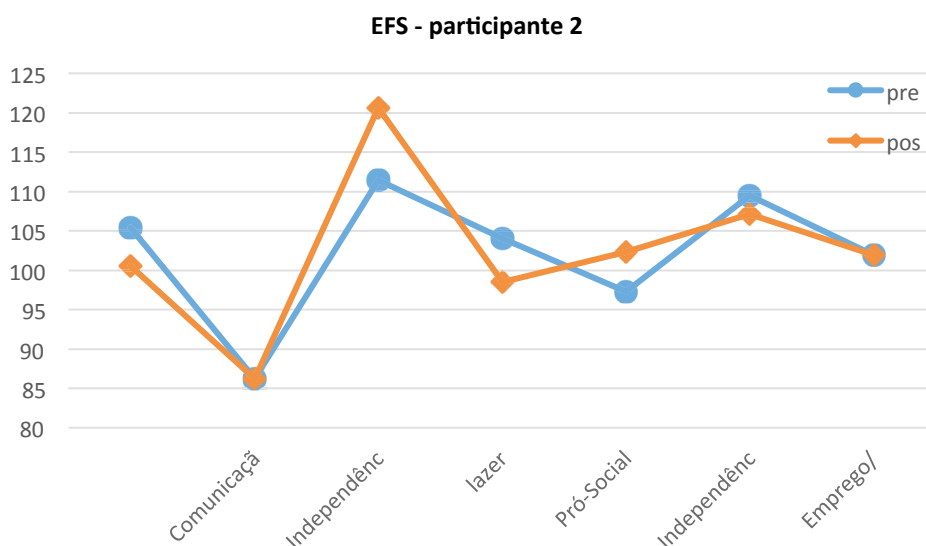


Figura 10 – Funcionamento social pré-pós implementação do SCIT - Participante 2

No que diz respeito ao funcionamento social (Cf. Tabela 10), não existem alterações a realçar entre os dois momentos de avaliação. Como se pode verificar, quando comparamos o desempenho com população ativa e sem patologia, a maioria dos valores encontra-se abaixo da média ( $DP < 1$ ), sugerindo a existência de dificuldades ao nível dos vários domínios do funcionamento social avaliado por este instrumento.

### 2.3 Observação comportamental

Das observações registadas, no diário de bordo, relativamente ao participante 2, destaca-se que, no início da implementação do SCIT havia um discurso pouco fluente, uma participação enviesada, crenças e défices comprometedores, pois as suas expectativas face a si, aos demais e ao mundo, eram imensamente negativas e desajustadas.

Porém, ao longo das sessões tornou-se evidente a evolução, começou por uma demonstração do *insight*, isto é, uma consciencialização acerca das suas dificuldades sociais, bem como uma demonstração de interesse em estratégias práticas e consequentemente uma expressão de mudança na atitude social.

Portanto, no início da implementação do programa este demonstrava-se bastante

assegurado, com características muito vincadas e resistentes, contudo com o desenrolar da implementação este começou a demonstrar-se mais participante, mais colaborante e sobretudo mais entusiasmado. Percebe-se no final programa, uma participação ajustada, um discurso mais fluente e ajustado à temática, bem como, uma notória demonstração do ajustamento terapêutico e um decréscimo dos fatores negativos. O melhor exemplo do referido é que na tarefa das últimas sessões, notou-se uma maior preocupação em recolher evidências (reunir toda a informação disponível) para obter uma conclusão mais estruturada ao invés de tirar conclusões precipitadas.

#### **IV Parte: Discussão**

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar o impacto que a versão portuguesa do SCIT tinha num grupo de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, nomeadamente ao nível da sintomatologia, e das diferentes dimensões da cognição social, como a teoria da mente, desempenho de competências sociais, estilo atribucional e funcionamento social.

O estudo surge, porque o indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia, pode ser repentinamente afastado da realidade, e se assim for, os diferenciados contextos podem ganhar novos significados, exatamente, no comprometimento/ eviesamento das habilidades/competências sociais. Assim sendo, o indivíduo deixa de ter as competências necessárias para compreender os sentimentos, pensamentos e intenções dos demais, havendo uma dificuldade no estabelecimento das operações mentais (Penn, et al., 2009).

Quanto à análise e interpretação dos resultados, constatou-se que na sintomatologia psicopatológica, houve um decréscimo bastante acentuado na escala negativa e na escala psicopatológica em ambos os participantes, contudo na escala positiva, o participante 1 manteve a mesma pontuação em ambos os momentos de avaliação enquanto o participante 2 diminuiu após a implementação do programa.

De acordo com Moritz e colaboradores (2011) a existência de associações entre a escala negativa e a teoria da mente, fazem antever alterações nos indicadores da cognição social. No que diz respeito à escala positiva, sabe-se que há uma estreita aproximação com o processamento de informação, com as intenções e com a atividade delirante, contudo esta associação somente é verificada no participante 2.

Estudos demonstram que os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, podem apresentar grande dificuldade no processamento de estímulos, bem como, no uso retenção e

análise de informação, havendo assim padrões desadaptativos, na tomada de decisão (Penn, et al. 2001). Assim, os resultados obtidos no instrumento Hinting Task que utiliza como medida a teoria da mente, pode confirmar o anteriormente descrito, apenas pelo participante 2, já que o mesmo, não demonstra evolução do momento pré para o momento pós. Porém, verificou-se a existência de alterações no participante 1, o que vem a demonstrar uma perceptível evolução do momento pré e pós, apresentando, assim, uma maior possibilidade para processamento de estímulos de forma ajustada. Deste modo, este resultado funcional abrange as quatro áreas: comportamento social, funcionamento em comunidade, habilidades sociais e solução de problemas sociais (Penn et al., 2009). A evolução na teoria da mente, pode associar-se ao impacto que o programa de treino de cognição social proporciona, isto é, o SCIT pode ter influências significativas no contexto social do indivíduo tal como verificado por Roncone e colaboradores (2004).

Quanto à Avaliação de desempenho das competências sociais os resultados obtidos aumentaram consideravelmente na Cena I. Já na Cena II o participante 1 manteve a pontuação após a participação no programa, em contrapartida o participante 2 aumentou em ambos os momentos de avaliação.

Assim sendo, depreende-se que, na Cena II o participante 1 não obteve a capacidade de exposição pretendida, após a implementação do SCIT. Isto é, não conseguiu estabelecer uma relação amigável e informativa com o vizinho. Assim, os indivíduos, com diagnóstico de esquizofrenia, podem interpretar com algum enviesamento, elaborando, assim, atribuições. Sendo estas, demonstradas através, de uma dificuldade intrínseca de lidar com situações e/ou com contextos específicos (Freeman, et al., 2006). Outro estudo demonstra que os indivíduos com esta patologia, podem apresentar grande dificuldade no processamento de estímulos, bem como, no uso retenção e análise de informação, havendo assim padrões desadaptativos, para uma tomada de decisão (Penn, et al. 2001).

Porém, o participante 2 após a implementação do SCIT demonstrou competências para cumprimentar de forma amigável e informativa o vizinho, estabelecendo assim, uma relação. Patterson e colaboradores (2001) enfatiza que a intervenção psicossocial acentua, grandemente, o impacto e o treino das habilidades sociais. Numa impressão global, os resultados demonstram que os participantes, com a implementação do SCIT, aprenderam /adquiriram habilidades sociais básicas para pôr em prática nas interações sociais na comunidade, tendo assim um melhor desempenho, bem como, meios concretos de encarar as situações interpessoais diárias, tal como verificado noutros estudos (eg. Patterson, Moscona, McKibbin, Davidson & Jeste, 1990). Assim, revelando na maioria uma melhoria dos

resultados, entende-se um proporcional aumento do funcionamento social, o que leva a refletir que poderá existir nestes pacientes uma maior reinserção na comunidade, assim sendo, a intervenção psicossocial acentua, grandemente, o impacto e o treino das habilidades sociais. (Patterson, et al., 1990).

No AIHQ, foi perceptível uma variação nos resultados entre o participante 1 e o participante 2, em ambos os momentos de avaliação. Sendo assim, o participante 1 quanto ao viés de agressividade (VA) e pontuação de culpa (PC) diminuiu os valores, do momento pré para o momento pós. Quanto ao viés de hostilidade (VH) manteve a cotação em ambos os momentos. No que diz respeito, ao participante 2, no viés de hostilidade (VH) e pontuação de culpa (PC) aumentou os valores do momento pré para o momento pós, mantendo em ambos os momentos de avaliação o viés de agressividade (VA).

Assim sendo, é perceptível que ambos os participantes, diminuíram a culpa com que interpretam as situações ambíguas. Assim, diminuíram o grau da intenção que equacionavam poder estar por detrás do ato e não no ato em si mesmo (Combs, Adams, et al., 2007).

Nos índices de (PC), onde culpam os outros pelo resultado da situação, houve um impacto notório, mas no (VA) onde o participante pode ter uma resposta comportamental face a um estímulo, houve um impacto muito pouco significativo ( primordialmente no participante 2) com a implementação do programa.

De um modo global, estes resultados podem enunciar que os participantes aparentemente continuam, maioritariamente, a não recolher elementos factuais no contexto e portanto, não destacam a informação com mais relevância, o que conseqüentemente os leva a formular conclusões erróneas ou precipitadas (Combs, Adams, et al., 2007).

Estando a cognição social interligada com o funcionamento social, pode ter havido mudanças, embora não na totalidade, tal como esperado. Ambos os participantes obtiveram pontuações, bastante, distintas após a implementação do SCIT. Na escala de funcionamento social, o participante 1 aumentou na maioria das subescalas, à exceção do lazer e da Independência-competência. O participante 2, diminuiu nas subescalas de isolamento/integração, lazer, Independência-competência, aumentando em duas subescalas, sendo estas, a independência-p e o pró-social, para além de ter mantido nas subescalas de comunicação interpessoal e de Emprego/Funcionamento Ocupacional/Educacional

De um modo geral, é perceptível que o participante 1 pode atualmente revelar um melhor funcionamento social do que o participante 2. Ponderando-se que esta melhoria no funcionamento social possa advir da sua participação no SCIT, uma vez que Penn e

colaboradores (2009) aquando a implementação do programa em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia verificaram melhorias significativas do funcionamento social.

Por fim, os resultados aferidos neste estudo demonstram a existência de alterações em algumas competências e domínios, assim sendo, possibilitaram a resposta e a viabilidade às questões de investigação: (Q1) - *Em que medida a participação no SCIT tem um impacto na sintomatologia dos participantes?*-Foi demonstrado que efetivamente houve decréscimo na sintomatologia clínica, o que leva a considerar que o indivíduo possui um melhor desempenho tanto nas questões relacionadas com as emoções como com as questões relacionadas com o comportamento; (Q2) - *Em que medida a participação no SCIT tem um impacto na capacidade de inferir intenções reais camufladas no discurso indireto (teoria da mente) dos participantes?*- Demonstrando um impacto positivo, pois houve melhoria da teoria da mente, com isto, podemos afirmar que os participantes não têm a mesma incapacidade para inferir os estados mentais dos demais; (Q3) - *Em que medida a participação no SCIT tem um impacto na avaliação de desempenho e competências sociais dos participantes?*-Efetivamente, ambos os participantes demonstraram que se encontravam dotados de habilidades sociais, para melhores intervenções e desempenho nas situações sociais da vida quotidiana, assim sendo, considera-se, que estes, tem melhores competências sociais; (Q4) - *Em que medida a participação no SCIT tem um impacto no estilo atribucional dos participantes?*-Não foi possível obter uma resposta conclusiva, porém é possível referenciar a evolução de ambos os participantes, já que diminuíram a pontuação da culpa, o que leva a equacionar, que os mesmos, encaram as situações ambíguas de modo distinto; (Q5) - *Em que medida a participação no SCIT tem um impacto no funcionamento social dos participantes?*-A resposta a esta questão tornou-se inconclusiva, no entanto, é considerável e sugestivo, ambos terem melhorado, em algumas subescalas, o que pode indicar um melhor funcionamento social nas mesmas. A viabilidade do SCIT, pode também ser evidenciada através de outros estudos deveras fidedignos, Penn e colaboradores (2006) revelam, num estudo piloto, que os resultados da implementação do SCIT indicam reduções no nível dos sintomas e dos viés hostis e agressivos, bem como uma melhoria estatisticamente significativa na Teoria da Mente e no Desempenho Social. Estes resultados sugerem que a SCIT é viável e pode ter benefícios clínicos, particularmente nas áreas de Teoria da Mente e do estilo atribucional. Também, Hasson-Ohayon e colaboradores (2014), realçam evidências significativas na implementação do SCIT, pois mencionam que há uma melhoria na cognição social, bem como no funcionamento na comunidade das pessoas com doença mental grave.

Por fim, Kleinle (2010), refere que o programa (SCIT) foi desenvolvido para enfrentar défices sociocognitivos específicos de pessoas com espectro de esquizofrenia e após a aplicação do mesmo a uma população em regime ambulatorio, refere que embora os défices permaneçam após a implementação, os sintomas dos indivíduos são diminutos e menos severos. No que diz respeito ao funcionamento global, considera que é mais estável do que aquando a fase de internamento. Em fim último, demonstra que os défices na cognição social podem persistir mas que a fase aguda da doença diminuiu consideravelmente.

## **V Parte: Conclusões e investigações futuras**

Através deste artigo apresentou-se a importância da cognição social na esquizofrenia, para tal, foi necessário expôr as definições da cognição social e dos seus domínios, bem como, da cognição, cognição social e funcionamento social, o que se veio a evidenciar que estes três conceitos apresentavam uma interligação significativa. Percebeu-se assim, ao longo do estudo, que a cognição social é fulcral no campo das relações/interações sociais e quando comprometida pode evidenciar disfunções e distorções claras na vivência do individuo (Penn, et al., 2009).

Assim, a implementação do programa de treino e interação na cognição social foi cumprido e objetivado, não só por os resultados obtidos terem sido, em geral, positivos mas também, pelo interesse, motivação, entusiasmo, e envolvimento que os participantes apresentaram e demonstraram ao longo dos meses. Tornou-se, portanto, uma convicção, de que a intervenção específica na cognição social poderá ser mais promissora na extensão de transformação no funcionamento social, pois mesmo que não tenham existido aumentos consideráveis em alguns instrumentos e/ou subescalas, na maioria das situações houve um observável e apreciável desenvolvimento.

Através do diário de bordo, foi possível constatar o anteriormente referido, isto é, ao longo das sessões foi possível observar, um misto de emoções, que oscilaram maioritariamente entre o conforto e desconforto, alegria e tristeza. A compreensão de toda a temática abordada, foi comprovada ao longo da implementação do programa, pelo modo como cada participante se posicionou nas sessões. Um exemplo é o facto de ser notória uma mudança na postura e tomada de decisão face às situações apresentadas. Inicialmente os participantes sugeriam hipóteses/opiniões sem recolher toda a informação necessária, com o decorrer do SCIT, tornaram-se mais ponderados e estruturados (tanto a nível verbal como não verbal reduzindo assim a tomada de conclusões precipitadas).

No que diz respeito aos participantes do estudo, foi observado uma evolução contínua, se bem que distinta entre ambos: O participante 1, embora que reservado, sempre se demonstrou, envolvido, ajustado, adequado, com exposição das suas dúvidas, anseios e opiniões acerca das temáticas abordadas. No final, demonstrava um envolvimento mais ativo e atribuía novos significados às experiências sociais. O participante 2 demonstrou um envolvimento muito comedido, contido, sem demonstração evidente do impacto do programa (pelo menos no início do mesmo), porém ao longo da implementação foi revelando um maior interesse, participação e compreensão. No final, tornou-se evidente, que o envolvimento ativo tinha influenciado a visão mais estruturada e positiva do eu, dos outros e do mundo. Ambos os participantes, sempre respeitaram as linhas condutoras pré-estabelecidas e a colaboração empática, esteve presente ao longo destas sessões. Em suma, tornaram-se colaborativos, dinâmicos, mantendo, entre si, uma relação adequada.

Eack e Newhill (2007) realizaram um estudo acerca dos sintomas positivos e negativos, concluindo que estes encontravam-se associados à qualidade de vida. Além disso, os delírios tinham, também, um impacto significativo no trabalho e no funcionamento social. Sendo assim, ponderou-se que numa futura investigação seria importante perceber de que modo a sintomatologia positiva (sintomas psicóticos) afeta a cognição social.

Além disso, tratando-se o presente estudo de um estudo de caso, realizado num contexto real e natural, assim como, de um estudo, sem mais dados de eficácia em Portugal era importante perceber, numa futura investigação, de que modo as melhoras se mantêm na vida da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia. Portanto, tornar-se-ia importante analisar através de *follow-up*, de que modo, os ganhos se mantem em longa duração, ou se há uma redução substancial, dos mesmos, com o término do programa. (Edwards-Faulk, 2012)

Com investimento clínico e científico torna-se-ia viável, que a continuidade deste estudo permitisse contornar e proporcionar um contributo à sua maior limitação, isto é, como estudo de caso múltiplo, não houve dados suficientes para corroborar e responder, objetivamente, a todas as questões de investigação, pelo que se considera, que alargando a amostra haverá uma maior permissão para generalização dos resultados.

## Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Adolphs, R., Tranel, D., Damasio H. & Damasio, A. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature*, 3, 669-672.
- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 231-239.
- Bellack, S., Morrison, L., Mueser, T, Wade, H. & Sayer, L. (1990). Role play for assessing the social competence of psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 248-255.
- Brekke, S., Kay, D., Lee, K. & Green, M.F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia: a path analytic model. *International Schizophrenia Research*, 80, 213-225.
- Brissos, S., Dias, V. V., Balanzá-Martinez, V., Carita, A. I. & Figueira, M. L. (2011). Symptomatic remission in schizophrenia patients: relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance. *Schizophrenia research*, 129(2), 133-136.
- Couture, S., Penn, D. & Roberts, D. (2006). The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 44-63.
- Eack, S. & Newhill, C. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1225-1237.
- Edwards-Faulk, P. (2012). The Importance of Following Up. *Revista Internal Auditor*, 5, 19-22.

- Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D. & Bebbington, P. (2006). Delusions and decision-making style: Use of the need for closure scale. *Behaviour research and therapy*, 44, 1147-1158
- Figueira, M. & Brissos, S. (2011). Measuring psychosocial outcomes in schizophrenia patients. *Curr Opin Psychiatry*, 24, 91-99. Doi: 10.1097/YCO.ob013e328438119.
- Green, M., Penn, D., Bentall, R., Carpenter, W., Gaebel, G., Kring, A., Park, S., Silverstein, M. & Heinssen, R. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment and Research Opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220.
- Green, M. & Horan, W. (2010). Social Cognition in Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 243-248.
- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R. & Arrieta, M. (2012). Adaptation of the Hinting Task theory of the mind test to spanish. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 5, (2),79-88.
- Hasson-Ohayon, L., Maschiach- Eizenberg, M., Avidan, M., Roberts, D. & Roe, D. (2014). Social Cognition and Interaction Training: Preliminary Results of an RCT in a Community Setting in Israel. *Psychiatric Services*, 4(5).
- Harvey, P., Koren, D., Reichenberg, A. & Bowie, C. (2006). Negative symptoms and cognitive deficits: What is the nature of their relationship? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 250-258
- Heckers, S., Weiss, A., Deckersbach, T., Goff, D., Morecraft, R. & Bush, G. (2004). Anterior cingulate cortex activation during cognitive interference in schizophrenia. *Psychiatry*, 161(4), 707-15.
- Jimenez, R., Bagny,A., Mezquita, L., Gras, L., Morla, E., Mesa, N., Ibanéz, M., Martin, J., Arriero, M., Lobo, A., Santos, J. & Palomo, T. (2013). Cognition and the five-factor

model of the positive syndrome scale in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 143, 77-83.

Kleinlein, P. (2011). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for individuals with schizophrenia spectrum disorders in outpatient treatment settings. *Dissertation Abstracts International*, 71, 4502.

Marques-Teixeira, J. (2006). Teoria da Mente – uma controvérsia. *Saúde Mental*, VIII (3), 7-10.

Marques-Teixeira, J. (2007). Neurocognição, cognição social e funcionamento social na esquizofrenia. *Saúde Mental*, IX (6), 7-10.

Medalia, A. & Revheim, N. (2007). *Como lidar com os défices cognitivos associados às doenças mentais: Guia prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental* (Edição Portuguesa). Coordenação de A. Medalia & F. Palha L. Porto: ENCONTRAR+SE.

Medalia, A. & Saperstein, A. (2011). The role motivation for treatment success. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), S122-S128. doi: 10.1093/schbu1/sbr063.

Palha, F. & Marques-Teixeira, J. (2006). Reabilitação dos défices cognitivos na Esquizofrenia. A propósito da versão portuguesa da “Cognitive Remediation Therapy”.

Palha, F. (2008). Cognición social en la esquizofrenia: breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración. *Rehabilitación Psicossocial*, 5(1y2), 31-37.

Patterson, L., Moscona, S., McKibbin, L., Davidson, K. & Jeste, V. (1990). Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 351-360.

- Penn, D., Roberts, D., Munt, E., Silverstein, E., Jones, N., Scheitman, B. (2006). Pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for the schizophrenia. *Schizophrenia research*, 80(2-3), 357-9
- Penn, D., Roberts, D., Combs, D. & Sterne, A. (2007). The Development of Social Cognition and Interaction Training Program for Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, 58(4), 449-451.
- Penn, D., Sanna, L. & Roberts, D. (2008). Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 408-411.
- Roberts, D., Combs, D., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., & Penn, D. (2014). A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298.7
- Roder, V., Mueller, R., & Schmidt, J. (2011). Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 71-79.
- Ronccone, R., Mazza, M., Frangou, I., Risio, A., Ussorio, D., Tozzini, C. (2004). Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: a pilot study of metacognitive strategies in group treatment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 421-435
- Salovey, P., & Sluyter, D. J. (1997). *Emotional Development and Emotional Intelligence*. New York: Basic Books.
- Sergi M., Rassoovsky Y., Widmark C., Reist C., Eahart S., Braff D., Marer & Green, M. (2007). Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and a negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 90, 316-324.  
doi:10.1016/j.schres.2006.09.028.
- Sosa, R. & González, R. (2010). Cognición social en la esquizofrenia: Una revisión del

concepto. *Archivos de Psiquiatría*, 73(9), 1-19.

Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. & Van-Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *BJPsych: The British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.

Torres, A. & Olivares, J. M. (2004). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas españolas de psiquiatria*, 33(4), 216-220.

Vaz-Serra, A. (1998). Um estudo sobre coping: O inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria clínica*, 9(4), 301-316

Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M., Bessa-Peixoto, A. & Brissos, S. (2010) Cognição social e funcionalidade na esquizofrenia, *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1043-1058.

Yin, K. (2013). Case study research: *Design and methods*. Sage publications.