



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

ANÁLISE 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 -

Mariana Pinote Moreira

Porto, Julho de 2016



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

ANÁLISE 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 -

Mariana Pinote Moreira

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Filipa Palha

Porto, Julho de 2016

Agradecimentos

À Professora Filipa Palha agradeço pela oportunidade de realizar uma dissertação na área que mais me apaixonou. Agradeço também por ter sido a minha maior inspiração ao longo do meu percurso académico e por me fazer acreditar que tudo é possível. Basta sonharmos e aplicarmos empenho, persistência e gosto na luta por aquilo que queremos. Agradeço ainda por me ter ensinado a importância de sabermos claramente qual é a nossa missão e quais são os nossos valores para que o nosso percurso e ações se concretizem em conformidade. Obrigada por me transmitir sempre a ideia de que é possível mudar o mundo.

À Carmina Rei por me ter orientado neste processo e me ter auxiliado a pensar sobre aspetos importantes e passos importantes a dar na realização deste trabalho. Desde o primeiro momento que me deixou sempre muito à vontade e me permitiu momentos de significativa aprendizagem.

À Natália Costa por ter sido, ao longo de nove meses um modelo muito positivo para mim. Tive a oportunidade de apreender sob a sua orientação e o rigor e cuidado que aplica em todas as tarefas que realiza, em qualquer circunstância, permitiram-me compreender e consolidar o tipo de profissional que pretendo ser no futuro.

Aos meus pais por me terem permitido estudar o que eu gosto, numa universidade que admiro. No fundo, obrigada aos meus pais por tudo o que tenho. Vocês são a minha maior motivação.

Às minhas queridas amigas Marta, Sara, Ana e Carolina por sermos o equilíbrio perfeito (e tantas vezes necessário) entre cinco personalidades distintas. Completamo-nos e amparamo-nos em momentos de maior angústia mas, principalmente, em momentos de enorme felicidade. Obrigada por tanto que me ensinaram.

Ao Tiago por ser a pessoa mais culta e perspicaz que conheci em toda a minha vida. O “empréstimo” dessas competências foi um dos maiores responsáveis pelo alcance desta e de tantas outras metas no meu percurso académico, e não só. É nesse sentido que agradeço ainda mais, por todas as outras qualidades não-académicas que te tornam alguém especial e que, por convivência, me foram moldando naquilo que sou agora. Obrigada pela partilha de ideias

constantes entre nós, pela partilha e celebração de sucessos e, acima de tudo, pela partilha de momentos tão importantes e especiais ao longo destes cinco anos.

E, em especial, às pessoas com experiência de doença mental com quem me fui cruzando que foram a maior lição da minha vida até hoje. Nunca aprendi tanto, nunca refleti tanto e nunca quis tanto lutar pelo dia em que estas pessoas têm oportunidades exatamente iguais às pessoas que nunca passaram por esta experiência. Obrigada por me tornarem em alguém rico, com vontade de partilhar tudo o que aprendi com aqueles que não tiveram a felicidade de cruzar o seu caminho com os vossos e que, cheios de ideias pré-concebidas e obsoletas vão impedindo o progresso num problema que é de todos.

Índice

Lista de abreviaturas	v
Lista de anexos	vi
Lista de figuras	vii
Lista de tabelas	viii
Resumo	1
Abstract	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
2. MÉTODO	4
2.1. Objetivos específicos	5
2.2. Questões de investigação	5
2.3. Participantes	5
2.4. <i>Social Cognition and Interaction Training</i> (SCIT)	6
2.5. Instrumentos	7
2.5.1. Diagnóstico e sintomatologia	8
2.5.2. Medidas de cognição social	8
2.5.3. Medidas de funcionamento social	9
3. PROCEDIMENTO	11
3.1. Recolha de dados	12
3.2. Análise de dados	12
4. RESULTADOS	12
4.1. Participante IC.	13
4.2. Participante LM.	15
5. DISCUSSÃO	17
6. CONCLUSÃO	23
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

Lista de abreviaturas

AIHQ – Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire

PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale

SCIT – Social Cognition and Interaction Training

SFS – Social Functioning Scale

SSPA – Social Skills Performance Assessment

Lista de anexos

Anexo 1. Grelha de observação da cognição social para as sessões SCIT

Lista de figuras

Figura 1. Esquema representativo do desenho de estudo do SCIT

Lista de tabelas

Tabela 1. Objetivos a melhorar ao nível da cognição social, definidos pelos participantes

Tabela 2. Protocolo de avaliação do SCIT e respetivos domínios avaliados

Tabela 3. Resultados de IC. da avaliação pré e pós intervenção, relativamente à sintomatologia e aos domínios da cognição social

Tabela 4. Resultados de LM. da avaliação pré e pós intervenção, relativamente à sintomatologia e aos domínios da cognição social

Resumo

Na esquizofrenia, a capacidade de inferir de forma adaptativa os pensamentos e sentimentos dos outros (isto é, cognição social) está fortemente associada com o funcionamento social. O *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT), é um programa de intervenção comportamental cognitivo que visa melhorar a cognição social, com o objetivo de promover o funcionamento psicossocial em pessoas que sofrem de esquizofrenia. O presente estudo de caso múltiplo insere-se no projeto de investigação que tem como objetivo avaliar a eficácia da versão portuguesa do SCIT, e centrar-se na análise da sua eficácia em dois participantes, ao nível da teoria da mente, estilo atribucional e funcionamento social. Os resultados apresentados sugerem melhorias em todos os domínios avaliados, quando conjugada uma análise quantitativa com um olhar qualitativo decorrente da observação das sessões. As limitações do estudo são discutidas e apresentadas sugestões para investigações futuras à luz do potencial do SCIT para a recuperação de doentes com esquizofrenia.

Palavras-chave: esquizofrenia; cognição social; SCIT; reabilitação

Abstract

In schizophrenia, the ability to infer adaptively the thoughts and feelings of others (i.e. social cognition) is strongly associated with the social functioning. The Social Cognition and Interaction Training (SCIT), is a cognitive behavioral intervention program that aims to improve social cognition, with the aim of promoting the psychosocial functioning in people suffering from schizophrenia. This multiple case study is part of the research project that aims to evaluate the effectiveness of the portuguese version of SCIT, and focus on the analysis of its effectiveness in two participants at the level of theory of mind, attributional style and function social. The results suggest improvements in all domains assessed when combined quantitative analysis with qualitative analysis resulting from the observation of the sessions. Limitations of this study are discussed and presented suggestions for future research, considering the potencial role of SCIT in the recovery process of people suffering from schizophrenia.

Keywords: schizophrenia; social cognition; SCIT; rehabilitation

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A esquizofrenia caracteriza-se pela presença de défices comportamentais, emocionais e cognitivos que predizem um funcionamento social e ocupacional pobre (American Psychiatric Association - APA, 2014). Este prognóstico motivou o estudo dos factores que lhes estão subjacentes, tendo sido identificados os défices cognitivos (tais como a atenção, memória, velocidade de processamento e funcionamento executivo; Green, Kern, Braff & Mintz, 2000; Hofer, 2011) e da cognição social (Nuechterlein et al., 2004; Couture, Penn & Roberts, 2006; Palha, 2008) como principais limitadores do funcionamento na comunidade e da capacidade para as pessoas com esquizofrenia beneficiarem de intervenções de reabilitação psicossocial.

No que diz respeito à cognição social, tema do presente estudo, caracteriza-se pelo “conjunto de operações mentais que estão na base das interações sociais, incluindo a compreensão, interpretação e a criação de respostas para as intenções, disposições e comportamentos de outros” (Kunda, 1999) portanto, os factores cognitivos associados prendem-se com a forma como são inferidas as crenças e as intenções dos outros e a forma como os factores situacionais são avaliados para construir essas inferências (Green & Horan, 2010). As dificuldades na construção destas inferências potenciam interpretações significativas de estímulos irrelevantes, podendo conduzir à formação de explicações delirantes para as mesmas (APA, 2014). Assim, estes défices têm repercussões no envolvimento, desempenho e manutenção de actividades sociais e ocupacionais assim como na satisfação com as mesmas.

Green, Oliver, Crawley, Penn e Silverstein (2005) identificaram quatro principais subdomínios inerentes ao conceito de cognição social: percepção emocional, percepção social, estilo atribucional e teoria da mente. A *percepção emocional* é definida como a capacidade para inferir informação emocional a partir de expressões faciais e inflexões na voz, assim como a capacidade para as utilizar adequadamente; a *percepção social* como a capacidade dos indivíduos para decodificar e interpretar papéis, regras e situações sociais, assim como a percepção de indicadores apresentados por uma pessoa ou inferidos através da interação entre pessoas; o *estilo atribucional* como a forma através da qual as pessoas, tipicamente, inferem e atribuem as causas de um evento positivo ou negativo; e a *teoria da mente* como a capacidade para inferir intenções, disposições e crenças dos outros permitindo explicar e predizer o seu comportamento (Green e Horan, 2010).

Portanto, o impacto destas dificuldades é importante não apenas na medida em que afeta a capacidade de relacionamento com outros, mas também a capacidade de autorreflexão,

de consciência e compreensão das suas necessidades e de estabelecimento de objetivos consistentes com as mesmas (Sterea, 2015).

O interesse e investigação na cognição social tem aumentado exponencialmente ao longo da última década, essencialmente, devido à sua associação com um pobre funcionamento social (Green & Leitman, 2008; Kern & Horan, 2010; Martínez-Domínguez, Penadés, Segura, González-Rodríguez & Catalán, 2015; Ric, 2015) e com o seu impacto no processo de recuperação em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, o que desencadeou o desenvolvimento de programas de intervenção com o objetivo de melhorar a cognição social nestes doentes.

No que diz respeito às intervenções eficazes na recuperação de pessoas com esquizofrenia, o tratamento farmacológico continua a constituir-se como a abordagem prevalente apesar de demonstrarem pouca eficácia na melhoria do funcionamento cognitivo (Vaz-Serra et al., 2010; Martínez-Aran & Vieta, 2015). Por outro lado, o estudo sobre o impacto das abordagens psicossociais neste domínio, tem demonstrado resultados promissores (Green & Horan, 2010; Monteiro, Martins, Crivelaro & Louzã, 2012), pela consideração dos défices cognitivos como um objeto terapêutico *per se*, uma vez que a sua melhoria tem repercussões positivas ao nível do funcionamento social e qualidade de vida destes indivíduos.

A literatura é escassa relativamente a intervenções que se foquem em todos os domínios-chave que se apresentam deficitários na cognição social em pessoas com esquizofrenia (Green & Horan 2010), sendo o *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT), um programa de intervenção desenvolvido por Roberts, Penn e Combs (2006) que colmata esta lacuna. O SCIT tem como objetivo a recuperação e melhoria dos aspetos do funcionamento social em doentes com esquizofrenia, através da melhoria dos défices ao nível da cognição social, incluindo as dificuldades na perceção emocional, na teoria da mente e nos estilos atribucionais.

O programa tem demonstrado resultados promissores a vários níveis. Estudos demonstram a sua eficácia ao nível da teoria da mente, do estilo atribucional, da perceção emocional e do funcionamento social em pessoas com esquizofrenia (Penn et al., 2005; Combs et al., 2007; Roberts & Penn, 2009), assim como após o primeiro episódio psicótico (Bartholomeusz et al., 2013). A sua eficácia tem também sido comprovada quando utilizado em pessoas com outros diagnósticos (e.g. perturbação bipolar; Lahera et al., 2012). Um outro estudo realizado por Roberts, Penn, Labate e Sterne (2009) demonstrou que o SCIT é passível

e exequível de ser integrado em contextos comunitários, sendo percebido como útil pela equipa técnica e pelos participantes e mostrando-se, igualmente, eficaz na melhoria dos défices ao nível da teoria da mente, da perceção emocional e do funcionamento social.

Portanto, os resultados obtidos até ao momento são encorajadores para a replicação deste programa. Para além disso, diversos autores (Penn et al., 2005; Combs et al., 2007; Roberts & Penn, 2009) apontam a necessidade de replicação do programa para que a sua eficácia possa ser cada vez melhor estabelecida.

Face ao exposto, o presente estudo tem como principal objetivo avaliar a eficácia do SCIT em termos da melhoria da cognição social e do funcionamento social de pessoas com esquizofrenia.

2. MÉTODO

No presente trabalho é adotada uma metodologia de estudo de caso múltiplo utilizando um desenho do tipo pré-pós, com vista a analisar a eficácia do SCIT na melhoria dos défices ao nível da cognição social e do funcionamento social em cada um dos participantes. Esta metodologia mostra-se pertinente visto que o presente estudo procura contribuir para o desenvolvimento de novas intervenções clínicas eficazes na reabilitação de pessoas com este diagnóstico sendo, para isso, importante uma análise individual e detalhada do impacto do programa nos participantes.

Esta metodologia tem-se demonstrado como útil no estudo de programas implementados, implicando a análise de determinado aspeto selecionando alguns casos que o ilustrem (preferencialmente, menos de 4 ou 5 indivíduos), não no sentido da generalização mas sim, no sentido da compreensão detalhada de cada um dos casos (Creswell, 2007).

Segundo Yin (2003), um estudo de caso múltiplo implica a explicitação das unidades de análise, da forma como os dados se relacionam com as questões de investigação e de quais os critérios para a interpretação dos resultados.

O presente estudo tem como unidade de análise o programa de intervenção (SCIT), em termos do número de sessões em que cada participante esteve presente. Os critérios para interpretação dos resultados baseiam-se nas medidas de avaliação da cognição social e sintomatologia psiquiátrica.

Será ainda incluída uma avaliação complementar de cariz mais qualitativo que irá auxiliar na interpretação dos resultados do programa.

2.1. Objetivos específicos

O presente estudo tem como objetivos específicos avaliar a eficácia do SCIT na melhoria da cognição social (teoria da mente e estilo atribucional) e do funcionamento social (envolvimento social, comunicação interpessoal, independência, atividades pró-sociais e funcionamento ocupacional) em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia

2.2. Questões de investigação

À semelhança de estudos prévios relativos à aplicação do programa (Combs et al., 2007; Roberts & Penn, 2009), este estudo procurará responder às seguintes questões de investigação: O SCIT está associado a melhorias na i) cognição social e ii) no funcionamento social em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

2.3. Participantes

Para efeitos deste estudo, foram selecionados 2 de 8 participantes que integraram um grupo de SCIT que decorreu numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) prestadora de cuidados de saúde mental no Porto. Os participantes têm idades aproximadas e sexos distintos e ambos com o diagnóstico de esquizofrenia. De seguida são apresentadas algumas características sociodemográficas dos mesmos.

IC. é do sexo feminino, tem 50 anos de idade e o 11º ano de escolaridade. Foi diagnosticada com esquizofrenia aos 18 anos, representando 32 anos vividos com a doença. Até ao momento foi internada 4 vezes.

LM. é do sexo masculino, tem 44 anos de idade e o 10º ano de escolaridade. Foi diagnosticado com esquizofrenia aos 26 anos, representando 18 anos vividos com a doença. Até ao momento foi internado 3 vezes.

Como critérios de inclusão, os indivíduos deveriam preencher os critérios de diagnóstico para esquizofrenia, ter pelo menos 18 anos e dificuldades, reportadas por si e/ou pela equipa técnica, em um ou mais dos seguintes aspetos i) desconforto em situações sociais, ii) paranoia e/ou ansiedade social, iii) poucas competências e/ou conhecimentos sociais e iv) solidão. Preferencialmente, os participantes não se deveriam encontrar numa fase aguda da doença nem ter história de consumo de substâncias, constituindo-se estes como critérios de

exclusão para a participação no estudo (Roberts, 2013). Foi entregue aos participantes um consentimento informado para participação no estudo.

2.4. *Social Cognition and Interaction Training (SCIT)*

O SCIT consiste num programa manualizado de 20 sessões que tem como objetivo melhorar os défices na cognição social que têm sido observados em doentes com esquizofrenia, incluindo as dificuldades na perceção emocional, na teoria da mente e a tendência para estilos atribucionais enviesados (que têm na sua base viés ao nível do *locus* de controlo e de causalidade) e para julgamentos precipitados (*jumping to conclusions*) caracterizado como um dos viés cognitivos melhor documentados na esquizofrenia, que é definido como a assunção de que algo é verdade sem certeza absoluta e está relacionado com situações ambíguas ou pouco claras (Andreou et al., 2014).

O programa compreende três fases: 1) *Compreensão das emoções*, que se foca nos défices ao nível da perceção emocional; 2) *Descodificação de situações sociais*, que se foca nos défices ao nível dos estilos atribucionais e da teoria da mente e, 3) *Integração*, em que o objetivo é que os participantes apliquem no quotidiano as competências aprendidas ao longo do programa. As sessões da fase 1 e 2 do programa focam-se na psicoeducação e na discussão de componentes da cognição social e princípios subjacentes.

Todas as sessões do SCIT seguem o formato proposto pelos autores (Roberts, Penn & Combs, 2006). As sessões iniciam com o *check-in*, em que os participantes são solicitados a descrever brevemente o seu estado de humor, com o objetivo de aumentar a sua capacidade metacognitiva relativamente ao seu estado emocional e à sua relação com os comportamentos, pensamentos e interações sociais. Posteriormente, é revisto o trabalho de casa.

A maior parte das sessões do programa relacionam-se com a aprendizagem de competências sociais específicas para posterior utilização das mesmas na análise de estímulos sociais (fotografias, vídeos e situações reais apresentadas pelos participantes). A prática das estratégias é estruturada na forma de jogos (com *feedback* das respostas certas e erradas) e com exercícios de resolução de problemas em conjunto. Todas as sessões terminam com a atribuição de uma tarefa a realizar durante a semana, individualmente ou com o par.

O programa adota a figura do “par” que diz respeito a uma pessoa específica da vida do participante que não pertence ao grupo (e.g. familiar, amigo, terapeuta individual) e que consentiu em auxiliar o participante no treino das competências desenvolvidas no SCIT. Este

par serve o propósito de diminuir o isolamento social e aplicar, treinar e integrar as competências num contexto de interação social real.

Ao longo do programa foi registada a assiduidade dos participantes na medida em que, para além do impacto que representa na eficácia da intervenção, tem também vindo a ser considerada como indicadora da motivação dos participantes (Medalia & Richardson, 2005).

O participante IC. esteve presente em 17 das 20 sessões, sendo que todas as faltas foram justificadas. O participante LM. esteve presente em 18 das 20 sessões e as faltas também foram justificadas.

A primeira sessão do programa tem como objetivo a apresentação do mesmo e o estabelecimento das linhas orientadoras do grupo, sendo também solicitado aos participantes a identificação dos objetivos que gostariam de alcançar ao nível das competências de interação social. Os objetivos estabelecidos por IC. e LM. são apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Objetivos a melhorar ao nível da cognição social, definidos pelos participantes

Participante	Objetivos a melhorar nas relações sociais
IC.	i) Aumentar a autoconfiança nas interações sociais; ii) Diminuir a insegurança na relação com os outros; iii) Diminuir a ansiedade e medo perante situações sociais (que fazem com que iniba e retraia a interação).
LM.	iv) Aumentar a autoconfiança nas interações sociais; v) Desenvolver mais assuntos/temas de conversa.

2.5. Instrumentos

Os instrumentos utilizados que integram o protocolo de avaliação deste estudo, avaliam os domínios do diagnóstico e sintomatologia psicopatológica e da cognição social. Foi ainda desenvolvida uma ficha de caracterização sociodemográfica e clínica contemplando informações relativas à idade, escolaridade, ocupação, diagnóstico, início do problema de saúde mental, número de internamentos, medicação e acompanhamento atual.

O protocolo de avaliação da cognição social (Cf. Tabela 2) foi definido pelos autores como o mais adequado para avaliação dos défices a este nível. No entanto, uma vez que estes instrumentos não se encontram aferidos para a população portuguesa (com exceção da *Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS*), foi realizada uma tradução para português por duas equipas técnicas independentes com experiência na área da saúde mental. Posteriormente, foi feito um acordo interjuizes entre ambas as equipas relativamente à tradução elaborada.

Os instrumentos que integram o protocolo serão descritos detalhadamente nos subtópicos que se seguem e apresentados esquemática e sumariamente na tabela 2.

2.5.1 Diagnóstico e sintomatologia

O diagnóstico foi realizado de acordo com os critérios para a esquizofrenia do DSM-IV (APA, 2014). A sintomatologia foi avaliada de acordo com a PANSS (Kay, Opler & Fisbein, 1987). Este instrumento compreende uma entrevista estruturada com 30 itens que avalia os indivíduos em termos de sintomas positivos, negativos e sintomatologia geral. Para cada item os sintomas são avaliados numa escala de severidade de 1 a 7.

2.5.2 Medidas de cognição social

A teoria da mente foi avaliada através do *Hinting Task* (Corcoran, Mercer & Frith, 1995), testando a capacidade do indivíduo para inferir intenções de outros através de enunciados indiretos. O teste compreende 10 vinhetas curtas relativas a situações e interações sociais entre duas pessoas. Todas as vinhetas terminam com uma pista óbvia dada por um dos elementos sendo, posteriormente, pedido aos participantes que expliquem o que esse elemento quis realmente dizer com aquela pista. Se o participante não for capaz de o fazer (i.e., apenas é capaz de parafrasear a pista dada) serão acrescentados detalhes à história até que este consiga inferir o verdadeiro significado da pista. Por fim, é perguntado ao participante o que é suposto que o outro elemento da interação faça perante a pista fornecida. Todas as histórias foram lidas em voz alta para garantir uma prosódica apropriada. Uma vez que pacientes com esquizofrenia apresentam dificuldades na recordação de texto, sempre que pedido, é permitido voltar a ler o texto, por forma a garantir que os participantes compreendem a tarefa (Corcoran

et al., 1995). Neste instrumento a pontuação máxima é de 20 pontos, sendo que quanto mais elevada, menores os défices ao nível da teoria da mente.

O estilo atribucional é avaliado através da *Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire* (AIHQ; Combs, Penn, Wicher & Waldheter, 2007). Este instrumento é composto por 5 vinhetas que descrevem breves situações interpessoais negativas com uma causalidade ambígua. Para cada vinheta são feitas perguntas de *hostilidade* relativas à intenção com que a pessoa agiu (e.g. “Qual pensa ser o real motivo pelo qual o seu colega passou por si e não o cumprimentou?”), de *agressão* relativas à forma como o deixou zangado (e.g. “De que forma isso o faz sentir zangado?”) e de *culpa* relativas à forma como culpa a pessoa pela situação (e.g. “De que forma culpa o seu colega por ter passado por si e não lhe ter falado?”). Por fim é pedido que a pessoa refira de que forma responderia à situação apresentada (“O que faria em relação a isso?”). A cotação é feita de acordo com o viés de hostilidade, o viés de agressividade e culpa. As pontuações variam entre 0 e 5, sendo que quanto mais elevada, maior será o viés.

2.5.3. Medidas de funcionamento social

A *Social Skills Performance Assessment* (SSPA; Patterson, Moscona, McKibbin, Davidson & Jeste, 2001) envolve tarefas de *role-play* nas quais os participantes, em 3 minutos, representam 2 situações sociais previamente estabelecidas. A interação é realizada entre o entrevistador e o participante e é gravada em áudio para, posteriormente, ser pontuada numa escala de 1 a 5 em termos de interesse/desinteresse, fluência verbal, clareza, foco, afetos, submissão/persistência, capacidade de negociação, conversação geral e adequabilidade social (Patterson et al., 2001). Para cada situação social representada a pontuação máxima é de 40 pontos, sendo 80 pontos o *score* total máximo do instrumento e, portanto, indicador de um desempenho ótimo ao nível das competências sociais.

Outro instrumento de avaliação do funcionamento social utilizado é a *Social Functioning Scale* (SFS, Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton & Copestakem, 1990). Esta medida é composta por 79 itens que contemplam as áreas que são cruciais para a manutenção do funcionamento social em indivíduos com esquizofrenia, sendo elas o envolvimento social (e.g. iniciar interações), a comunicação interpessoal (e.g. qualidade da interação com outros), as atividades recreativas (e.g. *hobbies* e interesses), as atividades pró-sociais (e.g. desporto), as atividades ocupacionais (e.g. ter um emprego) e a independência em termos competência (i.e. capacidade para desempenhar competências) e em termos de desempenho (i.e.

desempenho efetivo dessas competências) para viver de forma independente. O objetivo da escala é fazer uma avaliação das competências e dificuldades do funcionamento do indivíduo, sendo que quanto maior a pontuação obtida, melhor será o funcionamento social.

Tabela 2: Protocolo de avaliação e respectivos domínios avaliados

Instrumentos	Domínio(s) avaliado(s)
<i>Ficha sociodemográfica</i>	Informações demográficas, diagnóstico, início do problema, número de internamentos, medicação e acompanhamento atual
<i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)</i> (Kay, Opler & Fisbein, 1987)	Sintomatologia
<i>Social Skills Performance Assessment (SSPA)*</i> (Patterson, Moscona, McKibbin, Davidson & Jeste, 2001)	Funcionamento social
<i>Social Functioning Scale (SFS)*</i> (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton & Copestakem, 1990)	Funcionamento social
<i>Hinting Task</i> (Corcoran, Mercer & Frith, 1995)*	Teoria da mente
<i>Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ)*</i> (Combs, Penn, Wicher & Waldheter, 2007)	Estilo atribucional

*Tradução para português com acordo inter-juízes

Foi ainda construída e utilizada uma grelha de observação dos diferentes domínios da cognição social para preenchimento ao longo das sessões do SCIT. Esta grelha foi elaborada

com base na *Observable Social Cognition: A Rating Scale* proposta por Healey e colaboradores (2015) como um instrumento alternativo de avaliação da cognição social. Na grelha elaborada foi incluída, para cada domínio, uma secção para registo de informações de cariz qualitativo que pudessem surgir ao longo da observação das sessões do programa. (Cf. Anexo 1)

3. PROCEDIMENTO

O presente estudo integra-se num projeto que tem como objetivo avaliar a adaptação portuguesa do SCIT, envolvendo 4 instituições prestadoras de cuidados de saúde mental da zona Norte e Sul de Portugal.

A implementação deste projeto contemplou uma avaliação inicial de recrutamento para integração no estudo (tendo por base o protocolo de avaliação descrito na tabela 2) a 23 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia pertencentes a duas IPSS do Porto. Estes participantes foram alocados em dois grupos, sendo que um deles iniciou de imediato o programa (grupo de intervenção) e o outro grupo ficou em “lista de espera” (grupo de controlo) beneficiando da intervenção posteriormente, tal como apresentado no desenho do estudo ilustrado na figura 1.

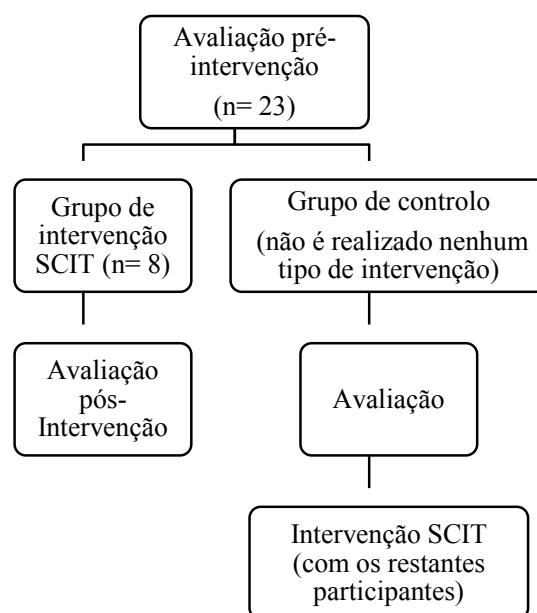


Figura 1: Esquema representativo do desenho de estudo

As sessões foram realizadas com uma periodicidade semanal, com uma duração aproximada de 45 a 60 minutos, num total de 20 sessões. As sessões foram implementadas e dinamizadas por duas terapeutas experientes e com formação no modelo de intervenção, contando com uma estagiária enquanto observadora participante.

3.1. Recolha de dados

A primeira recolha de dados aconteceu entre Dezembro e Janeiro de 2015, antes do início do programa de intervenção, constituindo-se este como o momento de pré-teste. A intervenção decorreu entre Janeiro e Junho. No final do programa, em Junho, foram realizadas novas avaliações (momento de pós-teste) para comparação dos resultados entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo em termos de pré e pós-teste.

3.2. Análise de dados

Para melhor compreensão dos dados da avaliação e para o estudo da diferença entre a primeira e a segunda avaliação, foi utilizada a fórmula proposta por Vaz-Serra (1988) que calcula, para cada pontuação obtida, o seu afastamento face à média, em unidades de desvio-padrão. A fórmula é a seguinte:

$$\frac{\text{pontuação obtida} - \text{média}}{\text{desvio padrão}}$$

Este cálculo permite compreender se os resultados estão, ou não, dentro da média comparativamente com a população sem patologia.

Na interpretação dos resultados pré e pós intervenção, será conjugado um olhar quantitativo e qualitativo (decorrente da observação das sessões e da avaliação qualitativa do programa realizada pelos participantes).

4. RESULTADOS

O estudo de caso múltiplo não pretende uma generalização dos resultados, mas sim a compreensão detalhada da forma como o SCIT possa ter afetado o desempenho nos domínios avaliados. Desta forma, os resultados serão apresentados separadamente para cada um dos participantes, no sentido de compreender como o desempenho individual se encontra em

relação aos valores normativos e como o desempenho de cada um foi, ou não, afetado pela participação no SCIT.

4.1. Participante IC.

Na tabela 3 são apresentados os resultados de IC. da avaliação pré e pós intervenção, relativamente à sintomatologia e aos domínios da cognição social.

Tabela 3. Resultados de IC. da avaliação pré e pós intervenção, relativamente à sintomatologia e aos domínios da cognição social

	IC.			
	Pontuação bruta pré- SCIT	Desvio-padrão em relação à média	Pontuação Bruta pós- SCIT	Desvio-padrão em relação à média
PANSS				
Sintomas Positivos	10	< 0,74	11	< 0,57
Sintomas Negativos	9	< 1,47	10	< 1,32
Geral	23	< 0,92	22	< 1,02
Hinting Task	20	> 1,05	20	> 1,05
SSPA				
Cenário 1	5,66	> 3,87	6,00	> 5,00
Cenário 2	5,83	> 2,86	6,08	> 3,36
Score total	8,12	> 12,07	8,54	> 13,47
AIHQ				
Hostilidade	2,40	< 0,15	2,00	< 0,74
Agressividade	2,00	0	1,20	< 2,22
Culpa	3,00	0	3,20	> 0,30
SFS	126	> 1,82	120	> 1,03

Para análise dos resultados obtidos no *Hinting Task* serão tidos como indicativos os dados relativos à população americana uma vez que não existem dados para a população portuguesa (Corcoran et al., 1995). Neste instrumento IC. obteve a pontuação máxima na avaliação pré e pós intervenção, aproximando-se dos valores obtidos pela população sem perturbação psiquiátrica e afastando-se significativamente dos valores obtidos pela população com diagnóstico de esquizofrenia. Este resultado denota uma boa competência ao nível da

teoria da mente e na capacidade para inferir intenções de outros através de enunciados indiretos.

Relativamente à AIHQ, não existem dados relativos à população portuguesa por isso serão também utilizados como indicativos valores referentes à população americana (Combs et al., 2007). Verifica-se uma melhoria não muito acentuada no domínio Hostilidade, uma vez que na avaliação pré-intervenção IC. se encontrava 0,15 desvio-padrão abaixo da média (0,15 DP < M; M= 2,5 e DP= 0,68) e na avaliação pós-intervenção se encontra 0,74 desvio-padrão abaixo da média (0,74 DP < M; M= 2,5 e DP= 0,68); assim como uma melhoria no domínio Agressividade, uma vez que na avaliação pré-intervenção se encontrava na média relativamente aos valores normativos e, na avaliação pós-intervenção, se encontra 2,22 desvios-padrão abaixo da média (2,22 DP < M; M= 2,0 e DP= 0,36). No domínio Culpa verifica-se uma diminuição do resultado apesar de este não se constituir como significativo, uma vez que se encontra apenas 0,30 desvio-padrão acima da média (0,30 DP > M; M= 3,0 e DP= 0,67).

Por fim, no que diz respeito ao funcionamento social, na SSPA, IC. obteve melhores resultados na avaliação pós-intervenção, no cenário 1 (5,00 DP > M; M= 4,5 e DP= 0,3), cenário 2 (3,36 DP > M; M= 4,4 e DP= 0,5) e no *score total* (13,47 DP > M; M= 4,5 e DP= 0,3), sendo que todos eles se encontram acima da média. De referir que não existem dados relativos à população portuguesa pelo que os dados com que se estabeleceu comparação dizem respeito a uma amostra da população americana (Patterson et al., 2001).

Na SFS, IC. obteve melhor resultado na avaliação pré- intervenção (1,82 DP > M; M= 112,2 e DP= 7,6) comparativamente com a avaliação pós-intervenção (1,03 DP > M; M= 112,2 e DP= 7,6). Apesar de se verificar uma diminuição ao nível do funcionamento social, IC. continua a apresentar um funcionamento social normativo quando comparada com a população geral e, bastante superior quando comparada com a população com diagnóstico de esquizofrenia (Birchwood et al., 1990). Mais uma vez, estes resultados foram comparados com resultados referentes à população americana por não existirem dados relativos à população portuguesa.

Para análise dos resultados obtidos na *PANSS*, foram tidos em conta os valores relativos a uma amostra da população portuguesa com diagnóstico de esquizofrenia (Brissos, Balanzá-Martinez, Dias, Carita & Figueira, 2011). No domínio dos sintomas positivos, IC.

obteve melhor resultado na avaliação pré-intervenção (0,74 DP < M; M= 14,4 e DP= 5,88) do que na avaliação pós-intervenção (0,57 DP < M; M= 14,4 e DP= 5,88) apesar de não se constituir uma diferença significativa em termos da presença de sintomatologia positiva. O mesmo se verifica no domínio dos sintomas negativos, sendo que obteve melhor resultado na avaliação pré-intervenção (1,47 DP < M; M= 18,7 e DP= 6,59) relativamente à avaliação pós-intervenção (1,32 DP < M; M= 18,7 e DP= 6,59). Em relação à sintomatologia geral verifica-se uma melhoria na avaliação pós-intervenção (1,02 DP < M; M= 32,5 e DP= 10,29) comparativamente com a avaliação pré-intervenção (0,92 DP < M; M= 32,5 e DP= 10,29) constituindo-se como marginalmente significativa em relação à média. Estes resultados sugerem que não se verificam alterações significativas ao nível da sintomatologia após a intervenção.

4.2.Participante LM.

Na tabela 4 são apresentados os resultados de LM. da avaliação pré e pós intervenção, relativamente à sintomatologia e aos domínios da cognição social.

LM.				
	Pontuação bruta pré- SCIT	Desvio-padrão em relação à média	Pontuação Bruta pós- SCIT	Desvio-padrão em relação à média
PANSS				
Sintomas Positivos	12	< 0,41	11	< 0,58
Sintomas Negativos	7	< 1,78	7	< 1,78
Geral	23	< 0,92	18	< 1,41
Hinting Task	20	> 1,05	20	> 1,05
SSPA				
Cenário 1	6,24	> 5,80	6,08	> 5,27
Cenário 2	6,40	> 4,00	6,08	> 3,36
Score total	8,94	> 14,80	8,60	> 13,67
AIHQ				
Hostilidade	1,40	< 1,62	1,80	< 1,03
Agressividade	1,90	< 0,28	2,20	> 0,56
Culpa	1,80	< 1,80	1,80	< 1,80
SFS	102	< 1,34	119	> 0,89

Tabela 4. Resultados de IC. da avaliação pré e pós intervenção, relativamente à sintomatologia e aos domínios da cognição social

No instrumento *Hinting Task*, LM. obteve a pontuação máxima na avaliação pré e pós intervenção, aproximando-se dos valores obtidos pela população sem perturbação psiquiátrica e afastando-se significativamente dos valores obtidos pela população com diagnóstico de esquizofrenia. Este resultado denota uma boa competência ao nível da teoria da mente e na capacidade para inferir intenções de outros através de enunciados indiretos (Corcoran et al., 1995).

Relativamente à AIHQ, não se verificam melhorias em nenhum dos três domínios avaliados pelo instrumento (Hostilidade, Agressividade e Culpa). Os resultados são ligeiramente superiores na avaliação pós-intervenção, tanto no domínio da Hostilidade (1,03 DP < M; M= 2,5 e DP= 0,68) como da Agressividade (0,56 DP > M; M= 2,0 e DP= 0,36). No domínio Culpa, os resultados são iguais na avaliação pré e pós intervenção, encontrando-se 1,80 desvio-padrão abaixo da média (1,80 DP < M; M= 3,0 e DP= 0,67).

Por fim, no que diz respeito ao funcionamento social, na SSPA, LM. obteve piores resultados na avaliação pós-intervenção no cenário 1 (5,27 DP > M; M= 4,5 e DP= 0,3), cenário 2 (3,36 DP > M; M= 4,4 e DP= 0,5) e no *score total* (13,67 DP > M; M= 4,5 e DP= 0,3) apesar de, mesmo assim, todos eles se encontrarem acima comparativamente com os valores normativos para a população sem patologia.

Na SFS, LM. obteve melhor resultado na avaliação pós- intervenção (1,34 DP < M; M= 112,2 e DP= 7,6) comparativamente com a avaliação pré-intervenção (0,89 DP > M; M= 112,2 e DP= 7,6), sugerindo melhorias ao nível do funcionamento social. O resultado na pós-intervenção aproxima-se dos valores normativos quando comparado com a população geral e bastante superior quando comparado com a população com o mesmo diagnóstico.

No que respeita aos resultados obtidos na *PANSS*, no domínio dos sintomas positivos, LM. obteve melhor resultado na avaliação pós-intervenção (0,58 DP < M; M= 14,4 e DP= 5,88) do que na avaliação pré-intervenção (0,41 DP < M; M= 14,4 e DP= 5,88) apesar de não se constituir como uma diferença significativa em termos da presença de sintomatologia positiva. No domínio dos sintomas negativos não existem alterações entre a avaliação pré e pós intervenção (1,78 DP < M; M= 18,7 e DP= 6,59). Em relação à sintomatologia geral verifica-se uma diminuição dos resultados na avaliação pós-intervenção (1,41 DP < M; M= 32,5 e DP= 10,29) comparativamente com a avaliação pré-intervenção (0,92 DP < M; M= 32,5 e DP= 10,29) constituindo-se como significativa no que respeita ao desvio-padrão em

relação à média. Estes resultados sugerem, essencialmente, alterações ao nível da sintomatologia geral após a intervenção.

Importa ainda referir se os objetivos ao nível da interação social definidos no início do programa pelos participantes (Cf. Tabela 1) foram, ou não, alcançados.

LM. estabeleceu como objetivos o aumento da auconfiança nas interações sociais e o aumento da extroversão pelo desenvolvimento de mais temas de conversa. No final do programa estes objetivos parecem ter sido cumpridos ao referir que o facto de pensar, propositadamente, sobre estas dimensões permitem que se sinta mais seguro e confiante nas interações. O cumprimento do segundo objetivo também parece ter sido alcançado pela verificação do aumento da frequência com que inicia e mantém uma conversa, avaliado na SFS.

Por sua vez, IC. estabeleceu como objetivos o aumento da autoconfiança pela diminuição da insegurança na relação com os outros que considerava ser provocada pelo medo e ansiedade que sente perante situações sociais. No final do programa, estes objetivos parecem ter sido cumpridos quando exploradas as vantagens do mesmo. Neste sentido, é possível compreender que IC. aumentou a sua autoconfiança e segurança na interação com outros [“não sinto que estou a ser ridícula” (sic)], assim como desenvolveu competências ao nível da avaliação das situações sociais, compreendendo-as e reagindo-lhes de forma mais adequada [“aprendi a não gerar conflitos por coisas insignificantes” (sic)].

5. DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo consistia na análise de um programa de intervenção ao nível da cognição social (SCIT) na melhoria da teoria da mente, do estilo atribucional e do funcionamento social em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

Os estudos realizados até ao momento com o objetivo de compreender a eficácia deste programa, não demonstraram resultados totalmente lineares. Penn e colaboradores (2005) perceberam que o SCIT está associado a melhorias ao nível da teoria da mente e do estilo atribucional, sendo que Combs e colaboradores (2007) identificaram, para além destes domínios, uma melhoria na perceção emocional e na perceção social, assim como nas competências sociais em geral (e.g. melhores e mais relações sociais, menos comportamentos agressivos). Um estudo realizado por Roberts e Penn (2009) demonstrou que o SCIT está associado a melhorias na perceção emocional, na teoria da mente (mas não quando avaliada

com o *Hinting Task*) e nas competências sociais gerais, não demonstrando evidência de melhorias ao nível da hostilidade e agressividade. As diferenças entre os estudos podem ser justificadas pela modificação das condições experimentais (e.g. tempo do programa, amostra, instrumentos utilizados).

Partindo para a discussão dos resultados do presente estudo, observa-se que, no que respeita às dimensões da cognição social, os resultados não foram totalmente conclusivos. Na interpretação destes resultados importa refletir sobre o papel da desejabilidade social que, potenciada pela consciencialização da doença, pode ter impacto na resposta aos instrumentos.

De acordo com Pinkham, Penn, Perkins e Lieberman (2003), as pessoas com esquizofrenia, perante situações sociais ambíguas, tendem a reagir de forma negativa, hostil e a acreditar que as situações sociais estão completamente fora do seu controlo. Estes défices ao nível do estilo atribucional na explicação dos eventos de vida tendem a prejudicar as relações sociais, propiciando o evitamento e o isolamento social como estratégias de *coping* (Lysaker, Lancaster, Nees & Davis, 2004).

Neste sentido, na avaliação pré e pós intervenção do estilo atribucional, importa realçar que ambos os participantes demonstraram valores iguais ou mais baixos nos três domínios (hostilidade, agressividade e culpa) em relação aos valores obtidos pela amostra de estudantes universitários que foram tidos como referência (Combs et al., 2007). O mesmo aconteceu com participantes com esquizofrenia que integraram outros estudos do SCIT realizados com *outpatients* (Roberts & Penn, 2009) e realizados em contextos comunitários (Roberts et al., 2009).

Verifica-se então, uma diminuição positiva dos índices de hostilidade e agressividade de IC. na comparação pré e pós intervenção, contrastando com estudos que não apresentam melhorias nestes domínios (Roberts & Penn, 2009). No caso de LM. o facto de não existir uma redução da hostilidade e da agressividade, é consistente com os resultados obtidos por Roberts e Penn (2009) que referem um *floor effect* ao nível do estilo atribucional, possivelmente relacionado com alguma desejabilidade social na resposta às perguntas do instrumento (AIHQ). Para além disso, o aumento dos índices de hostilidade e agressividade podem estar relacionados, como já mencionado anteriormente, com a presença (relatada pelos terapeutas e pelos familiares, apesar de não ser confirmada pela avaliação realizada) de sintomatologia autoreferencial na semana anterior à avaliação pós-intervenção. No entanto, apesar de, em termos quantitativos, não se ter observado uma melhoria nestes índices em

LM., consideramos fundamental salientar, pela observação das sessões, o seu progresso ao nível da diminuição de interpretações agressivas e hostis em exercícios realizados nas sessões.

Consideramos que o desenvolvimento de competências relacionadas com os estilos atribucionais resultou de uma boa identificação, por parte dos participantes, com os métodos utilizados para desenvolver as mesmas. No módulo do SCIT direcionado para a interpretação de situações sociais e conclusões daí elaboradas, foram utilizados vídeos e fotografias que permitiram observar a forma, o impacto e as consequências de interações hostis e agressivas, podendo ter exercido um efeito positivo através da consciencialização de não identificação com aquele estilo comportamental.

Os participantes deste estudo partem para o programa e mantêm, no final do mesmo, um bom desempenho ao nível da teoria da mente, encontrando-se na média comparativamente com a população sem patologia, tal como acontece noutros estudos (e.g. Roberts & Penn, 2009). Para além do bom desempenho quantitativo e objetivo ao nível da teoria da mente, avaliado pelo *Hinting Task*, é ainda notória uma evolução através de um olhar qualitativo em ambos os participantes. Ao longo do programa foi possível observar o aumento da consciencialização e perceção de si e dos outros nas interações sociais, consistente com investigações prévias que demonstram a eficácia do SCIT na melhoria dos défices ao nível da teoria da mente em pessoas com esquizofrenia (Roncone et al., 2004; Penn et al., 2005; Combs et al., 2007; Roberts & Penn, 2009).

Consideramos que um dos principais fatores para o desenvolvimento das competências ao nível da teoria da mente foi o aumento da perceção emocional dos participantes nas primeiras 6 sessões do programa. Os exercícios de reconhecimento, identificação e desenvolvimento de expressões faciais permitiram o aumento da atenção, consideração e interpretação de pistas faciais nos outros e em si, com consequente impacto na interação e no seu humor. A apropriação desta competência foi emergindo nos exercícios de *check-in* que, ao constituir-se como um exercício de introspeção, identificação e descrição das respetivas emoções, auxiliou no desenvolvimento destas competências ao nível da teoria da mente. Neste exercício IC. e LM. evoluíram de uma descrição do seu humor baseada numa palavra (e.g. alegre, ansioso, relaxado, tenso) para uma descrição mais complexa, estabelecendo relações de causalidade [e.g. “hoje estou mais ansiosa porque tenho estado a remoer e a antecipar coisas” (sic); “hoje estou preocupada porque a minha mãe está doente” (sic); “hoje estou esperançoso porque alterei a medicação e sinto-me melhor” (sic)"], surgindo expressão facial na revelação do estado de humor e revelando uma compreensão da relação entre humor

e relações sociais. Os ganhos ao nível da compreensão destas relações foram reforçados pela apresentação, e apropriação por partes dos participantes, do modelo ABC (Ellis, 1985) que aponta a dissociabilidade entre pensamentos, comportamentos e emoções.

Neste sentido consideramos também importante referir os progressos no que diz respeito à perceção emocional, uma vez que, de acordo com Kalin e colaboradores (2015) se constitui como uma das variáveis cognitivo-sociais com maior impacto no funcionamento social. Este construto não foi formalmente avaliado através de um instrumento, no entanto, foi notório ao longo das sessões do SCIT, o aumento das competências a este nível, tal como já demonstrado em estudos anteriores que o avaliam (Combs et al., 2007; Roberts & Penn, 2009). Ambos os participantes foram capazes de imitar adequadamente expressões faciais correspondentes às sete emoções básicas (alegria, tristeza, medo, surpresa, vergonha, raiva e nojo), assim como identificar situações geradoras de cada uma delas [“o meu sobrinho veio a Portugal sem eu saber, por isso senti-me surpreendida” (sic); “estou apreensivo porque faltei à última sessão” (sic)]. Roberts e Penn (2009) corroboram este progresso ao nível da perceção emocional, referindo que, apesar de ser alvo apenas na primeira fase do programa, os participantes parecem ensaiar e consolidar essas competências nos exercícios realizados ao longo das restantes fases. Portanto, uma vez que o treino emocional no SCIT parece ter efeitos com alguma duração no tempo (Roberts & Penn, 2009) e, tendo em conta a informação qualitativa já mencionada a este nível relativamente aos participantes deste estudo, seria expectável que, caso avaliada, a perceção emocional constituísse uma dimensão da cognição social em que ocorreram melhorias.

Uma outra dimensão subjacente ao estilo atribucional e à teoria da mente é o acto de tirar conclusões precipitadas (*jumping to conclusions*), bastante explorado ao longo das sessões do programa. Este conceito, como já referido anteriormente, constitui-se como um dos viés cognitivos melhor documentados na esquizofrenia e é definido como a assunção de que algo é verdade sem certeza absoluta, estando relacionado com situações ambíguas ou pouco claras (Andreou et al., 2014). Desta forma, foram desenvolvidas estratégias que pudessem auxiliar na diminuição da elaboração de conclusões precipitadas (tais como, distinguir suposições de factos, gerar suposições, identificando o grau de confiança atribuído a cada suposição gerada e, reunir mais evidências perante uma situação ambígua) que, muitas vezes, estão associadas a conflitos e geram emoções negativas nos próprios e nos outros, tal como refere Couture, Penn e Roberts (2006). O desenvolvimento de estratégias a este nível constitui-se como importante uma vez que, de acordo com Langdon, Connors e Connaughton

(2014), estas dificuldades não estão relacionadas com a falta de conhecimento das regras sociais, mas sim com a não consideração de que os comportamentos do outro podem ser compreendidos, caso se tenha em conta as suas intenções e pensamentos.

Nos exercícios realizados com o objetivo de desenvolvimentos destas competências salienta-se, de entre todos os membros do grupo, os contributos adequados de IC. e LM. Ambos se mostraram muito cautelosos nas suposições geradas, atribuindo graus de confiança baixos numa fase inicial e aumentando-os progressivamente. Foi ainda notória a capacidade para recolherem mais informações sobre determinada situação, organizá-las e sintetizá-las para que a sua conclusão fosse o mais adequada possível à situação em causa. Consideramos que este foi um dos domínios em que foi possível observar uma melhor apropriação dos conteúdos por parte de ambos os participantes, sendo que apontam como uma das principais vantagens do programa o facto de se sentirem mais capazes de interpretar situações sociais de forma adequada, pela consideração de diferentes explicações que evitam que se gerem conflitos.

O funcionamento social foi avaliado através da SSPA e da SFS (que contempla o envolvimento social, comunicação interpessoal, independência, atividades de lazer e pró-social e funcionamento ocupacional).

No primeiro instrumento, ambos os participantes partem de uma avaliação base acima da obtida pela população normativa. Como já apresentado, IC. demonstra melhorias a este nível, no entanto, em LM. isto não acontece, apesar dos resultados se manterem acima da média. As pontuações elevadas obtidas por ambos os participantes podem estar relacionadas com a amplitude da idade amostra da população com que são comparados (entre os 48 e 71 anos) mas, essencialmente, relacionadas com aspetos relativos à subjetividade inerente à cotação dos *role-play* efetuados.

O SFS apresenta os valores normativos para pessoas com esquizofrenia (empregadas e desempregadas) e pessoas sem perturbação (empregadas e desempregadas). IC. parte de uma avaliação de base correspondente aos resultados obtidos pela população sem perturbação e empregada, sendo que na avaliação pós-intervenção se verifica uma diminuição do resultado, passando a integrar-se no grupo de pessoas sem perturbação e desempregadas. Em LM. são verificadas melhorias significativas uma vez que se verificam alterações de um resultado equivalente ao obtido pela população com esquizofrenia e desempregada para um resultado equivalente ao obtido pela população sem perturbação e desempregada, mas muito próximo do obtido pela população sem perturbação e empregada.

É interessante referir que as melhorias de LM. a este nível estão relacionadas com pontuações mais elevadas em domínios que pressupõem interações sociais, entre eles, sair mais vezes de casa, visitar mais vezes familiares e amigos, iniciar e manter mais vezes uma conversa, verificando-se ainda uma alteração da sua postura na reação à presença de desconhecidos de “fico nervoso” para “aceito-os”. No caso de IC., apesar de em termos objetivos não se terem observado melhorias, quando analisadas as respostas ao instrumento compreende-se que a alteração da pontuação resulta apenas de uma diminuição das compras e das atividades artísticas realizadas, sendo que na avaliação pré-intervenção apontou a sua realização como “frequente” (pontuação 3) e na avaliação pós intervenção como “raramente” (pontuação 1) e “nunca” (pontuação 0). Estes dados podem ser relacionados com o facto de a avaliação pré-teste ter sido realizada em Janeiro e de ter sido pedido aos participantes que pensassem com que frequência realizaram determinadas atividades no “último mês”, coincidindo com o Natal que pressupõe o aumento das compras e das atividades artísticas alusivas à época realizadas nas instituições.

Portanto, pensamos que neste sentido e, sendo a melhoria do funcionamento social o principal objetivo do SCIT, este resultado se constitui como motivador para a replicação do programa.

Lin e colaboradores (2013) referem que um dos factores que exerce maior influência ao nível do funcionamento social é a presença de sintomas negativos, através da diminuição da motivação para participar e se envolver em atividades sociais. Neste sentido, pela observação dos resultados obtidos na *PANSS* ao nível da sintomatologia negativa, o aumento dos valores no participante IC. está relacionado com o aumento das dificuldades no pensamento abstracto, não parecendo exercer influência no funcionamento social. Em LM. verifica-se uma manutenção dos sintomas negativos que, ao não aumentarem, podem ter auxiliado na melhoria do seu funcionamento social. No caso de LM., verificam-se melhorias ao nível da sintomatologia positiva e melhoria significativa da sintomatologia geral, o que contrasta com os relatos das terapeutas e dos familiares relativamente a um aumento da sintomatologia positiva (delírios de autoreferência) na semana prévia à avaliação pós intervenção.

Por fim, no que diz respeito aos objetivos estabelecidos pelos participantes (Cf. Tabela 1) estes estavam, essencialmente, relacionados com sintomas negativos de baixa auto-estima, baixa autoconfiança e insegurança que parecem ser os maiores preditores da redução da motivação para o envolvimento em situações sociais (Lin et al., 2013; Kalin et al., 2015).

Neste sentido, a melhoria da sintomatologia negativa em ambos os participantes pode constituir-se como uma das explicações para a melhoria do funcionamento social observada.

6. CONCLUSÃO

O facto dos participantes deste estudo partirem de perfis não deficitários ao nível da cognição social, não nos permite tirar conclusões sobre o impacto do SCIT em perfis com défice. No entanto, estes participantes apresentavam dificuldades relatadas por si e pela equipa técnica ao nível das interações sociais e, portanto, o progresso que foi sendo apresentado a estes níveis constitui-se como algo importante a considerar.

Apesar dos resultados do presente estudo não serem totalmente conclusivos, é possível compreender a manutenção das competências ao nível da teoria da mente e uma melhoria do funcionamento social em ambos os participantes. No que diz respeito ao estilo atribucional os resultados não são conclusivos quando consideradas apenas as medidas objetivas, mas bastante positivos quando completada com a observação das sessões do programa. Os resultados são também inconclusivos no que diz respeito à sintomatologia psiquiátrica.

Os pontos fortes deste estudo prendem-se com a conjugação de um olhar quantitativo e qualitativo na análise dos resultados, que assumiu um papel fundamental na interpretação dos mesmos e auxiliou na consideração de alguns aspetos relativos ao progresso dos participantes.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro, a maior parte dos dados foram comparados com valores normativos disponibilizados para a população americana, surgindo a necessidade de desenvolver estudos no sentido da aferição para a população portuguesa. Em segundo, talvez fosse importante a utilização de um instrumento que avaliasse a perceção emocional, como aconteceu noutras replicações do SCIT (Penn et al., 2005; Combs et al., 2007; Roberts & Penn, 2009), uma vez que parecem ter existido progressos significativos a este nível nos participantes deste estudo. Em terceiro, consideramos que os exercícios com o par deveriam ter sido melhor monitorizados, uma vez que se constituem com muito potencial no treino e aplicação das competências sociais desenvolvidas nas sessões, potenciando o impacto do programa (Roberts et al., 2006).

Em investigações futuras consideramos que seria relevante a realização de um *follow-up* para monitorização das competências desenvolvidas e da sua aplicação em contexto real de socialização, uma vez que, de acordo com Altamura e colaboradores (2015), as pessoas com

esquizofrenia podem demonstrar boa capacidade funcional mas não serem capazes de a utilizar no seu contexto social real.

Além disso, dada a importância da cognição social para o funcionamento social das pessoas com esquizofrenia, é crítica a criação de medidas válidas e fidedignas para avaliação deste constructo. Neste sentido, consideramos ainda importante uma análise aprofundada do desempenho ao nível da cognição social com o objetivo da identificação de subgrupos de *high* e *low functioning* nesta dimensão [similiar ao que Vaz-Serra e colaboradores (2010) apresentam para a neurocognição] para melhor compreensão dos resultados obtidos e da margem de progressão dos indivíduos.

Um outro aspeto importante dada a natureza multidimensional da cognição social, é a necessidade de uma melhor compreensão da interrelação entre todos os seus domínios e da sua contribuição para o funcionamento social. Tal como refere Bliksted e colaboradores (2014), o desenvolvimento de uma compreensão geral destes fatores permitirá desenvolver estratégias de tratamento para intervir de forma mais eficaz na melhoria da cognição social em pessoas com esquizofrenia.

Importa ainda referir que, alguns autores, acreditam que a cognição social tem um desenvolvimento normal antes do início da doença e que os défices aparecem e pioram com a sua evolução (Sterea, 2015) emergindo a necessidade de intervenções precoces neste domínio, para prevenção do aparecimento de dificuldades no funcionamento social em indivíduos com esquizofrenia. Estudos promissores relativos à aplicação do SCIT no primeiro episódio psicótico (Bartholomeusz et al., 2013) vêm reforçar esta necessidade.

Este estudo, assim como outros que analisam a eficácia do SCIT, sugerem que este se constituiu como um programa de intervenção viável e promissor na melhoria da cognição social e do funcionamento social em pessoas com esquizofrenia (Roberts & Penn, 2009; Roberts, Penn, Labate, Margolis & Sterne, 2009). Uma vez que este se constitui como o objetivo primário do SCIT, torna-se pertinente a sua replicação em estudos futuros para que a sua eficácia possa ser cada vez melhor estabelecida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andreou, C., Treszl, A., Roesch-Ely, D., Kother, U., Veckenstedt, R., & Moritz, S. (2014). Investigation of the role of the jumping-to-conclusions bias for short-term functional outcome in schizophrenia. *Psychiatric Research*, 218(3), 1-7. doi: 10.1016/j.psychres.2014.04.040.
- Altamura, A. C., Caletti, E., Paoli, R. A., Cigliobianco, M., Zugno, E., Grillo, P., Prunas, C., Caldiroli, A., & Zago, S. (2015). Correlation between neuropsychological and social cognition measures and symptom dimensions in schizophrenic patients. *Psychiatric Research*, 230(2), 172-180. doi: 10.1016/j.psychres.2015.08.034.
- Bartholomeusz, C. F., Allott, K., Killackey, E., Liu, P., Wood, S. J., Thompson, A. (2013). Social cognition training as an intervention for improving functional outcome in first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(4), 421-426. doi: 10.1111/eip.12036.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenia patients. *British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853-859. doi: 10.1192/bjp.157.6.853.
- Brissos, S., Balanzá-Martinez, V., Dias, V. V., Carita, A. I., Figueira, M. L. (2011). Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 216(1), 509-517. doi: 10.1007/s00406-011-0200-z.
- Combs, D. R., Penn, D. L., Wicher, M., & Waldheter, E. (2007). The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating hostile social-cognitive

- biases in paranoia. *Cognitive Pshychiatry*, 12(2), 128-143. doi: 10.1080/13546800600787854.
- Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D. L., Tiegreen, J., & Stem, P. (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. *Schizophrenia Research*, 91(1-3), 112-116. doi: 10.1016/j.schres.2006.12.010.
- Corcoran, R., Mercer, R., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia symptomatology and social inference: Investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5-13. doi: 10.1016/0920-9964(95)00024.
- Couture, S. M., Penn, D. L., & Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 44-63. doi: 10.1093/schbul/sbl029.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (2nd ed.). California: Sage Publications.
- Ellis, A. (1985). Expanding the ABCs of rational-emotive therapy. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 313–323). New York: Plenum Press.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430.
- Green, M. F., & Horan, W. P. (2010). Social cognition in schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 16(10), 243-248. doi: 10.1177/0963721410377600.
- Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L., & Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: Recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 882-887. doi: 10.1093/schbul/sbi049.

- Green, M. F., & Leitman, D. I. (2008). Social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(4), 670-672. doi: 10.1093/schbul/sbn045.
- Healey, K. M., Combs, D. R., Gibson, C. M., Keefe, R. S., Roberts, D. L., & Penn, D. L. (2015). Observable Social Cognition-A Rating Scale: an interview-based assessment for schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(3), 198-221. doi: 10.1080/13546805.2014.999915.
- Hofer, A. (2011). Schizophrenia. In W. W. Fleischhacker & I. P. Stolerman (Eds.), *Encyclopedia of Schizophrenia* (1st ed., Vol. 1, pp. 245-254). New York: Springer.
- Kalin, S., Kaplan, S., Gould, F., Pinkham, A., Penn, D., & Harvey, P. D. (2015). Social cognition, social competence, negative symptoms and social outcomes: Inter-relationships in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 254-260. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.07.008.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261.
- Kern, R. S., & Horan, W. P. (2010). Definition and measurement of neurocognition and social cognition. In V. Roder & A. Medalia (Eds.), *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients* (1st ed., Vol. 177, pp. 1-22). New York: Karger.
- Kunda, Z. (1999). *Social Cognition: Making Sense of People* (1st ed.). London: Bradford Book.
- Langdon, R., Connors, M. H., & Connaughton, E. (2014). Social cognition and social judgment in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(4), 171-174. doi: 10.1016/j.scog.2014.10.001.

- Lin, C., Huang, C., Chang, Y., Chen, P., Lin, C., Tsai, G. E., & Lane, H. (2013). Clinical symptoms, mainly negative symptoms, mediate the influence of neurocognition and social cognition on functional outcome of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *146*(1-3), 231-232. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.009.
- Lysaker, P., Lancaster, R., Nees, M. & Davis, L. (2004). Attributional style and symptoms as predictors of social function in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, *41*(2), 225–232. doi:10.1016/S0920-9964(03)80061-0.
- Martinez-Aran, A., & Vieta, E. (2015). Cognition as a target in schizophrenia, bipolar disorder and depression. *European Neuropsychopharmacology*, *25*(2), 151-157. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.01.007.
- Martínez-Domínguez, S., Penadés, R., Segura, B., González-Rodríguez, A., & Catalán, R. (2015). Influence of social cognition on daily functioning in schizophrenia: study of incremental validity and mediational effects. *Psychiatry Research*, *225*(3), 374-380. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.011.
- Medalia, A. & Richardson, R. (2005). What predicts a good response to cognitive remediation interventions?. *Schizophrenia Bulletin*, *31*(4), 942-953. doi: 10.1093/schbul/sbi045.
- Monteiro, L. C., Martins, P. A., Crivelaro, M., & Louzã, M. R. (2012). Schizophrenia and social cognition: From conceptual bases to therapeutic approaches. In T. H. J. Burne (Ed.), *Schizophrenia in the 21st Century* (1st ed., Vol. 1, pp. 43-68). Croácia. InTech.
- Nitzburg, G. C., Burdick, K. E., Malhotra, A. K., & DeRosse, P. (2015). Social cognition in patients with Schizophrenia spectrum and bipolar disorders with and without psychotic features. *Schizophrenia Research: Cognition*, *2*(1), 2-7. doi: 10.1016/j.scog.2014.12.003.
- Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Golberg, T. E., Green, M. F., & Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *72*(1), 29-39. doi: 10.1016/j.schres.2004.09.007.

- Palha, F. (2008). Cognición Social en la Esquizofrenia: Breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración. *Rehabilitación Psicossocial*, 5(1-2), 31-37. doi: 10.1007/s00127-012-0491-z.
- Patterson, T. L., Moscona, S. M., McKibbin, C. L., Davidson, K., & Jeste, D. V. (2001). Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48(2), 351-360. doi: 10.1016/S0920-9964(00)00109-2.
- Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J. M., & Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121(1), 114-132.
- Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N., & Sheitman, B. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 357-359. doi: 10.1016/j.schres.2005.07.011.
- Pinkham, A., Penn, D., Perkins, D., & Lieberman, J. (2003). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 815-824. doi: 10.1176/appi.ajp.160.5.815.
- Ric, F. (2015). Social Cognition. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 22, 204-209. doi: 10.1016/B978-0-08-097086-8.24044-0.
- Roberts, D. L. (2013). *Workshop about SCIT for psychosis*. 10 e 11 de Outubro. Porto
- Roberts, D. L., Penn, D. L., Combs, D. R. (2006). *Social Cognition and Interaction Training (SCIT): Group Psychotherapy for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders* (1st ed.) London: Oxford University Press.
- Roberts, T. L., & Penn, D. L. (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 141-147. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.007.

- Roberts, D. L., Penn, D. L., Labate, D., Margolis, S. A., & Sterne, A. (2009). Transportability and feasibility of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) in community settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(1), 35-47. doi: 10.1017/S1352465809990464.
- Roncone, R., Mazza, M., Frangou, I., DeRisio, A., Ussorio, D., Tozzini, C., & Casacchia, M., (2004). Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: a pilot study of metacognitive strategies. *Neuropsychological Rehabilitation* 14(4), 421–435. doi: 10.1080/09602010343000291.
- Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2012). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979-992. doi:10.1093/schbul/sbs080.
- Stereá, R. (2015). The relationship between social cognition and functional outcomes in schizophrenia. *Social and Behavioral Sciences*, 187, 256-260. doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.048.
- Vaz-Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-316.
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., Damas-Reis, F., Ferreira, L., Gago, J., Jara, J., Relvas, J., & Marques-Teixeira, J. (2010). Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1043-1058.
- Yin, R. (2003). *Applications of case study research*. Thousand Oaks: Sage.

ANEXOS

Anexo 1. Grelha de observação da cognição social para as sessões SCIT

Grelha de observação da cognição social

Data:	Sessão n.º:
--------------	--------------------

Avalie numa escala de 1 a 7 a severidade da dificuldade da pessoa em cada uma das 8 áreas

ÁREAS	NÍVEL DE GRAVIDADE						
	1 Nada	2 Muito pouco	3 Pouco	4 Modera do	5 Pouco grave	6 Grave	7 Muito grave
1. Reconhece emoções de outros, particularmente emoções negativas (tristeza, medo e raiva) baseado nas expressões faciais, linguagem corporal e/ou tom de voz? (Ex: Quando interage não consegue descrever como o outro se está a sentir)							
Obs:							
2. Interpreta as interações sociais de forma malevolente e hostil? (Ex: Vê os outros como uma ameaça contra si, especialmente em situações ambíguas. Se passa e se riem, interpreta como se estivessem a rir de si)							
Obs:							
3. Toma decisões precipitadas (i.e. tira conclusões precipitadas) sem examinar/ter em conta outras evidências? (Ex: Se liga para um amigo e ele não atende, imediatamente pensa que está chateado com ele)							
Obs:							

<p>4. É flexível na interpretação de situações sociais? (Ex: Se a pessoa chega atrasada ao encontro, não considera que pode estar no trânsito ou outras alternativas)</p>							
Obs:							
<p>5. Consegue alterar ou corrigir as suas interpretações das interações sociais quando está errado? (Ex: Se vê duas pessoas a falarem baixo, imediatamente pensa que é sobre si e, mesmo se lhe é ditto que estão a partilhar algo pessoal, não altera a sua crença)</p>							
Obs:							
<p>6. Compreende piadas subtis, sarcasmo e insultos numa conversa? (Ex: Alguém diz que é a melhor comida que comeu na vida e ele não compreende o tom sarcástico da frase)</p>							
Obs:							
<p>7. Vê as situações a partir da perspetiva do outro (ie. coloca-se no papel do outro)? (Ex: Não consegue compreender porque é que alguém se sente zangado em determinada situação)</p>							
Obs:							
<p>8. Compreende pistas sociais subtis ou pedidos indiretos? (Ex: Alguém está a tentar ler um livro e a pessoa continua a falar, não compreendendo que a pessoa não está interessada em falar naquele momento)</p>							
Obs:							