

# Resultados de um Modelo de Intervenção em Crise em Hospital de Dia de Psiquiatria e Discussão do Efeito da Empatia

## *Outcomes of a Crisis Intervention program in a Psychiatry Day Hospital and the discussion of the effects of Empathy*

Nuno Trovão\*✉, César Portela\*\*, Bárbara Baptista\*\*\*, Sara Nascimento\*\*\*\*, Mário Marques dos Santos\*\*\*\*\*, Diana Mota\*\*\*\*\*, Ana Marques\*\*\*\*\*, Raquel Ribeiro Silva\*\*\*\*\*

### RESUMO

**Introdução:** O Hospital de Dia (HD) em Psiquiatria foi concebido no século XX como uma modalidade de intervenção ambulatória e multidisciplinar, para doença mental aguda. Contudo, os modelos de atuação clínica existentes revelam-se heterogêneos e com pouca sustentação em diretrizes ou publicações científicas.

**Objetivos:** Avaliar os resultados de um modelo de intervenção em HD e estudar as suas variáveis, para procurar hipóteses explicativas do seu mecanismo terapêutico.

**Métodos:** Realizámos um estudo observacional prospetivo aos doentes admitidos num programa de HD num Serviço de Psiquiatria português, com duração de 10 semanas. Os critérios de inclusão foram a presença de pa-

tologia ansiosa e depressiva aguda e perda de funcionalidade psicossocial, associados a um precipitante vivencial. Foram avaliados à admissão e após a conclusão do tratamento as variáveis de funcionamento quotidiano, com a escala Global Assessment of Functioning; sintomas de ansiedade e depressão com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); e os mecanismos de coping, com escala Brief-COPE. Executámos a análise estatística com o programa SPSS Statistics 22. Completámos a discussão de resultados com uma revisão narrativa de literatura, a partir dos termos descritores de HD, psicoterapias e do conceito de empatia, surgido neste estudo como um possível importante efetor terapêutico.

**Resultados e Conclusões:** Observou-se nos doentes, após a intervenção em HD, a melhoria de funcionamento global, na escala GAF

\* Centro Hospitalar Conde de Ferreira; ✉ [nuno.trovaõ@ch-condeferreira.com.pt](mailto:nuno.trovaõ@ch-condeferreira.com.pt)

\*\* Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

\*\*\* Hospital de Magalhães Lemos

\*\*\*\* Clínica Privada

\*\*\*\*\* Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

\*\*\*\*\* Centro Hospitalar do Porto

\*\*\*\*\* Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

 <https://orcid.org/0000-0003-0097-415>

Recebido / Received: 18/12/2018 - Aceite / Accepted: 28/05/2023

( $p < 0,001$ ); a redução de sintomas de ansiedade ( $p = 0,003$ ) e depressão ( $p = 0,015$ ), na HADS; e um incremento dos mecanismos de “coping ativo” ( $p = 0,007$ ) e de “suporte emocional” ( $p = 0,022$ ), a par da redução de “autoculpabilização” ( $p = 0,013$ ) e “negação” ( $p = 0,016$ ). A intervenção psicoterapêutica em HD mostrou-se benéfica na doença mental em situação de crise. Constata-se ainda na literatura um reduzido número de publicações e elevada variabilidade dos modelos de HD praticados, faltando evidência explicativa do mecanismo terapêutico. Propomos a hipótese da empatia entre terapeuta e doentes como efetor, estando os seus mecanismos neuronais de espelho bem esclarecidos pela investigação.

**Palavras-Chave:** Hospital de Dia; Intervenção em Crise; Depressão; Ansiedade; Empatia.

## ABSTRACT

**Background:** *The Day Hospital in Psychiatry was created in the 20<sup>th</sup> century as an outpatient multidisciplinary intervention, for acute mental conditions. However, such approach is heterogeneous in practice and lacks support in published evidence.*

**Aims:** *To assess the outcomes of a Day Hospital intervention and study possible variables responsible for the therapeutic effect.*

**Methods:** *We performed a prospective observational study of patients consecutively admitted to the Day Hospital ten-week programme at a Portuguese health institution. Inclusion criteria were the presence of acute depressive and anxiety disorders and impaired psychosocial functioning, related to adverse life-events. At baseline*

*and discharge, we assessed daily functioning on Global Assessment of Functioning scale; anxiety and depression symptoms on Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); and coping mechanisms on Brief-COPE scale. We ran statistical t-tests on SPSS Statistics 22. Furthermore, we performed a comprehensive literature review to support the discussion of our results, especially on empathy as a possible therapeutic effector in Day Hospital intervention.*

**Results and Conclusions:** *At discharge, we found in the patients a significantly higher level of functioning on GAF ( $p < 0,001$ ); lower anxiety ( $p = 0,003$ ) and depression levels ( $p = 0,015$ ) on HADS; increased “emotional support” ( $p = 0,022$ ) and “active coping” ( $p = 0,007$ ) and decreased “self-guilt” ( $p = 0,013$ ) and “denial” ( $p = 0,016$ ) coping mechanisms. Day Hospital intervention had proved beneficial for acute mental disorders in crisis situations. Additionally, published data on Day Hospital is little and yields heterogeneous models, lacking evidence for the therapeutic mechanism. We propose empathy between therapist and patient as such the effector, given the knowledge on its mirror neural mechanisms.*

**Key-Words:** *Day Hospital; Crisis Intervention; Depression; Anxiety; Empathy*

## INTRODUÇÃO

A hospitalização parcial é uma modalidade terapêutica em Psiquiatria que apresenta considerável variabilidade de modelos de atuação<sup>1</sup>. Globalmente, vigora o conceito americano de um espaço ambulatorial para diagnóstico e terapia intensiva para doença mental, incluindo

intervenções multidisciplinares, psicossociais e pré-vocacionais (Associação Americana para a Hospitalização Parcial, 1982)<sup>2</sup>. Rosie definiu as diferentes vertentes de Centro de Dia (para suporte em fases avançadas de doença), Programas Diurnos de Reabilitação (para doentes parcialmente estabilizados) e Hospital de Dia (HD), que se direciona mais para fases agudas de patologia<sup>3</sup>. Desde os seus primórdios — *circa* 1932, em Moscovo — o âmbito de HD foi sendo adaptado em função de novos conhecimentos científicos, circunstâncias socioeconómicas e políticas de saúde mental, nomeadamente aquelas de maior ênfase no tratamento comunitário, em detrimento do internamento. Nos dias de hoje, os modelos de HD praticados também variam entre diferentes instituições e regiões geográficas<sup>4-6</sup>. Apesar da heterogeneidade e do relativamente menor volume de publicações científicas, a efetividade empírica do HD continua a sustentar a sua prática clínica. De forma a avaliar o impacto desta intervenção terapêutica e de melhor compreender os seus mecanismos de funcionamento, estudámos uma população de doentes tratados num HD de Psiquiatria, analisando aspetos psicopatológicos e do protocolo de atuação.

## MATERIAL E MÉTODOS

Realizámos um estudo observacional, prospectivo, dos doentes admitidos num programa de intervenção em crise em HD, com a duração de 10 semanas, num serviço de Psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde. Complementámos a análise de resultados com uma revisão narrativa de literatura, a partir dos termos-chave em inglês “day hospital”, “group” e “psychiatr\*”, isolados ou

em combinação com os termos “psychodynamic”, “cognitive/behavioral”, “mindfulness” e “psychodram\*”, na base de dados PubMed/Medline. Incluímos ainda o termo “empathy” nesta revisão, por se ter identificado uma temática relevante na discussão dos resultados. Excluímos artigos não redigidos em inglês ou português e aqueles que reportassem programas ambulatoriais com menos de dois dias de contacto por semana.

## População

Foram recrutados de forma naturalística os doentes admitidos consecutivamente no programa de Intervenção em Crise em HD, entre 1 de julho e 30 de setembro de 2018. A admissão ao programa é iniciada pela referenciação do doente pelo seu psiquiatra assistente, seguindo-se a ratificação dos critérios pela equipa de HD. Esta intervenção é dirigida a situações de crise vivencial, caracterizadas por: emergência de sintomatologia ansiosa e depressiva (compatível com os diagnósticos 311, 309.0, 296.20-296.26, 296.30-296.36 do CID-9-CM); dificuldades de adaptação do indivíduo; disfuncionalidade psicossocial; identificação de um fator vivencial precipitante (conjugal e familiar, laboral ou outro). Excluíram-se os casos de abandono do tratamento ou com ausência de consentimento para participar no estudo.

## Instrumentos de avaliação

Foram recolhidos os dados sociodemográficos de sexo, idade, escolaridade, situação profissional e estado civil. Foram também apurados no momento da admissão e após a conclusão do tratamento em HD: o funcionamento quotidiano, com a versão portuguesa

da escala Global Assessment of Functioning<sup>7</sup>; sintomas de ansiedade e depressão, com a versão portuguesa da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)<sup>8</sup>; e os mecanismos de *coping*, com a versão portuguesa da escala Brief-COPE<sup>9</sup>. Esta última inclui 14 itens: *coping* activo, planeamento, suporte instrumental, suporte emocional, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, ventilação emocional, negação, auto-distração, desinvestimento, uso de substâncias e humor. Cada um é avaliado com duas perguntas de resposta qualitativa tipo Likert (de 0 a 3, totalizando cada item 0 a 6 pontos). A análise estatística descritiva e inferencial foi executada com recurso ao programa informático SPSS Statistics 22. Todo o protocolo de estudo seguiu as normas de Boa Prática Clínica estipuladas pelo International Council for Harmonisation E6 (R2) e a Lei Geral de Proteção de Dados em vigor<sup>10</sup>.

## RESULTADOS

Foram consecutivamente admitidos 12 doentes ao programa de Intervenção em Crise em HD, excluindo-se do estudo dois doentes que não o completaram até ao final (n=10).

### Caraterização Sociodemográfica

A amostra foi composta por 90% de indivíduos do sexo feminino e 10% do sexo masculino, com idade média de 37 anos. Metade encontrava-se numa relação conjugal, a maioria tinha pelo menos o nível do ensino básico completo e 70% de indivíduos estavam empregados. Estas caraterísticas encontram-se detalhadas no Quadro I.

**Quadro I.** Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável	n (%)	
Sexo	feminino	9 (90%)
	masculino	1 (10%)
Estado civil	solteiro	2 (20%)
	casado/união de facto	5 (50%)
	divorciado/separado	3 (30%)
	viúvo	0 (0%)
Escolaridade	analfabetismo	0 (0%)
	primário completo	2 (20%)
	básico completo	4 (40%)
	secundário completo	3 (30%)
	superior completo	1 (10%)
Estado ocupacional	desempregado	2 (20%)
	estudante	0 (10%)
	empregado	7 (70%)
	reformado	1 (10%)

### Caraterização Clínica

Nesta amostra, 30% dos doentes tinha antecedentes de internamento completo em Psiquiatria. No momento inicial, os doentes, em média, pontuavam 43 pontos na escala GAF, correspondente a um funcionamento com impedimentos importantes em atividades/sociais/ laborais ou escolares. No final da intervenção, este valor aumentou para 77, correspondente a um funcionamento com ligeiros impedimentos laborais, sociais ou escolares temporários. Esta variação foi significativamente estatística segundo o teste-t ( $p < 0,001$ ). Também à admissão, 90% dos doentes apresentava níveis de ansiedade moderada ou grave e 70% apresentava depressão moderada

ou grave, na escala HADS. Após a intervenção, estas frequências reduziram para 40% e 30%, respetivamente (Quadro II). Observou-se uma redução média de 6,9 pontos na subescala de ansiedade (HADS-A) e de 7,0 pontos na de depressão (HADS-D), ambas com significância estatística no teste-*t* ( $p=0,003$  e  $p=0,015$ , respetivamente).

Relativamente aos mecanismos de *coping*, 40% dos doentes mostrava à admissão, um recurso elevado (pontuação > 4) de “desinvestimento”, “aceitação”, “religiosidade”, “suporte emocional” e “planeamento”, como representado no Quadro III (página seguinte). Todos mostravam recurso baixo a mecanismos de “humor”. No final da intervenção, os mecanismos predominantes foram os de “planeamento”, “suporte emocional” e “auto-distração” — em 60% dos indivíduos —, e mecanismos de “coping ativo”, de “aceitação” e “ventilação emocional” — em 50% dos indivíduos. O recurso a “negação” e “uso de substâncias”, não se verificou em nenhum doente. Verificou-se no estudo de hipóteses com teste-*t*, uma diminuição significativa da frequência de “negação” ( $p=0,022$ ) e de “auto-culpabilização” ( $p=0,013$ ), e um aumento significativo de “suporte emocional” ( $p=0,016$ ). A variação de

frequência do mecanismo de “*coping* ativo”, apesar do incremento médio de 1,5 pontos, só alcançou significância estatística ( $p=0,007$ ) após ajuste à idade, sexo e antecedentes de internamento prévio, num modelo de regressão. As restantes variáveis mantiveram significado estatístico.

## DISCUSSÃO

Este estudo mostra uma mudança significativa de vários parâmetros psicométricos em doentes submetidos a uma intervenção em crise em HD. Observou-se uma melhoria do seu funcionamento global (segundo a GAF); a redução de sintomatologia de ansiedade e depressão (segundo a HADS); e um recurso mais frequente a mecanismos de *coping* de “suporte emocional” e “*coping* ativo”, com decréscimo da “auto-culpabilização” e “negação”. Notamos que, no final do tratamento, ainda se registavam níveis de ansiedade e depressão “severos” em três doentes. É importante considerar o risco de viés do programa, pelo facto de não ser estipulado um tratamento psicofarmacológico standardizado para todos os doentes, ainda que estruturada e homogeneizada a intervenção psicoterapêutica em grupo neste modelo de intervenção.

**Quadro II.** Distribuição de resultados da HADS-A e HADS-D, à admissão e após Intervenção em Crise em Hospital de Dia.

	Admissão				Após Intervenção				
	Leve (8-10)	Moderado (11- 14)	Grave (15- 21)	média	Leve (8-10)	Moderado (11-14)	Grave (15-21)	média	teste-t
HADS-A	0%	20%	70%	15,8	10%	10%	30%	8,9	-6,9*
HADS-D	10%	40%	30%	11,5	20%	10%	20%	4,5	-7,0*

\*  $p < 0,05$  no teste de hipóteses

**Quadro III.** Distribuição dos resultados do Brief-COPE na amostra, à admissão e após Intervenção em Crise em Hospital de Dia

	Admissão		Após Intervenção		diferença
	Pontuação > 4	Pontuação média	Pontuação > 4	Pontuação média	
<i>Coping</i> ativo	10%	4,1	50%	5,6	1,5
Planeamento	40%	5,1	60%	5,6	0,5
Suporte instrumental	20%	3,6	40%	4,5	0,9
Reinterpretação positiva	20%	4,3	30%	4,5	0,2
Aceitação	40%	4,7	50%	5,2	0,5
Humor	0%	2,8	10%	3,3	0,5
Religião	40%	5,0	40%	5,0	0,0
Suporte emocional	40%	4,4	60%	5,8	1,4*
Auto-distração	30%	3,8	60%	5,0	1,2
Negação	30%	4,3	0%	3,0	-1,3*
Ventilação emocional	30%	4,7	50%	4,9	0,2
Uso de substâncias	10%	3,0	0%	2,8	-0,2
Desinvestimento	40%	4,9	10%	3,7	-1,2
Auto-culpabilização	20%	5,2	10%	3,6	-1,6*

\*  $p < 0,05$  no teste de hipóteses

Relativamente aos mecanismos de *coping* — entendidos como os esforços cognitivos e comportamentais pessoais para gerir as adversidades ou exigências excessivas das circunstâncias<sup>11,12</sup> — os autores deste instrumento desaconselham a sua conotação como “adequados” ou “inadequados” *a priori*. Pode sim ser apreciada a sua qualidade enquadrada em cada contexto, como já feito por outros investigadores<sup>13-15</sup>. Neste estudo, avaliando-se as estratégias de superação de uma crise vivencial, poderemos considerar mais adaptativos o recurso à expressão emo-

cional e o “*coping* ativo” na resolução de problemas, por oposição a atitudes de negação ou de auto-culpabilização. Nesse sentido, é congruente o nosso achado de uma associação inversa entre “*coping* ativo” e antecedentes de internamento ( $p=0,019$ ), situação em que o indivíduo carece de maior apoio de terceiros.

Para melhor compreender os resultados deste estudo, importa analisar a intervenção terapêutica a que os indivíduos foram sujeitos, nomeadamente o modelo de intervenção em crise em HD praticado neste local.

## I. Intervenção em Crise

O conceito de crise em Psiquiatria surgiu para caracterizar uma vivência perturbadora do equilíbrio psicológico, com início agudo, geralmente com um precipitante externo que o indivíduo julga não conseguir gerir e que interfere com o funcionamento em diversas áreas interpessoais<sup>16,17</sup>. Ultrapassa, portanto, a expressão sintomatológica ou o diagnóstico específico, considerando uma ampla perspectiva biopsicossocial. Esse impacto no funcionamento quotidiano, as estratégias pessoais (de personalidade) de gestão da adversidade e os antecedentes do doente são especificamente tidos em conta no momento da avaliação de critérios para admissão em HD, de acordo com o modelo implementado na instituição onde decorreu o estudo. Por isso foi pertinente o recurso à escala GAF e ao inventário de *coping* como medidas de resultados neste estudo. A nível psicopatológico, tendo em conta a natureza essencialmente reativa e mais polimórfica dos sintomas suscitados em contexto de crise vivencial, é também particularmente útil o recurso a um instrumento como a HADS, que reúne sintomas de ansiedade e depressão; além de clinicamente comórbidos frequentemente, estão fisiopatologicamente relacionados no processo de resposta ao stress<sup>18,19</sup>.

A intervenção em crise tem, contudo, significados muito diversos. Nalguns países, corresponde à atuação em situações agudas de alteração de comportamento e agitação psicomotora que podem requerer envolvimento de forças de segurança<sup>20</sup>. Noutros, corresponde ao suporte técnico, via telefone, para pessoas com ideação autolesiva ou suicida<sup>21</sup>. É também aplicável a situações de contenção e suporte peran-

te eventos traumáticos agudos no âmbito de Urgências<sup>22</sup>. No Reino Unido, as *Crisis Teams* surgiram como uma forma de intervenção comunitária e domiciliária para doença mental aguda, como alternativa ao internamento hospitalar<sup>23</sup>.

## II. Intervenções Terapêuticas em Hospital de Dia de Psiquiatria

A nossa pesquisa bibliográfica reúne resultados muito diversos dos três modelos de intervenção definidos por Rosie, revelando práticas em HD de Psiquiatria muito variáveis, entre instituições e pontos geográficos. De 179 títulos, 116 corresponderam aos critérios de inclusão, mas só 54 tinham *resumo* disponível. Destes, treze estudos reportam-se a estruturas ambulatórias geriátricas, mais próximas ao modelo de Centro de Dia; cinco reportam-se a unidades perinatais para mulheres com doença mental; e três a unidades pediátricas. Os restantes 33, referem-se quer a modelos de intervenção em patologia aguda, quer programas de tratamento diurno para doentes crónicos. Contam-se dez estudos comparativos com internamento e consulta, três de prevalência de diagnóstico e dois de satisfação dos doentes, entre outros artigos de opinião e de enfermagem. Apenas se apuram três estudos detalhadamente descritivos das atividades de HD, sendo um deles um importante estudo multicêntrico europeu.

O estudo executado pelo grupo da European Day Hospital Evaluation comparou serviços de HD entre cinco países, procurando identificar aspetos comuns e tornar o seu impacto generalizável. Concluiu que se assemelham em carga horária (média de seis horas diárias,

de segunda a sexta-feira, excetuando em Inglaterra, onde o tempo de contacto é menor); composição da equipa técnica (com exceção de Inglaterra, onde há maior proporção de enfermeiros que assistentes sociais e terapeutas ocupacionais); inserção em áreas populacionais de características sociais muito variadas; e exclusão de incapacidade intelectual e abuso de substâncias. Divergem largamente em lotação e na articulação com serviços de internamento completo. Por fim, em aspetos conceptuais, o HD nos países de leste europeu é mais dirigido a doentes com psicose, oferecendo reabilitação e treino de competências; no centro europeu, é preponderante a psicoterapia para patologia da personalidade; e na Europa ocidental, representa uma alternativa ao internamento na intervenção em crise para patologia afetiva<sup>24</sup>.

Em Portugal, um estudo que retrata a atividade de um HD durante 40 anos mostrou como, ao longo do tempo, a atividade desenvolvida se modelou às necessidades da época. Inicialmente com orientação psicoterapêutica sobretudo para perturbações neuróticas, ganhou na última década um caráter mais reabilitativo para dar resposta a maior número de doentes com esquizofrenia<sup>25</sup>. Outro artigo nacional descreve um modelo de HD com funcionamento multidisciplinar, transdiagnóstico e empregando diferentes atividades terapêuticas<sup>26</sup>.

Relativamente aos moldes de intervenção psicoterapêutica, a pesquisa combinada dos termos-chave produz apenas cinco resultados para a psicodinâmica, três para a cognitivo-comportamental, um para psicodrama e um para *mindfulness*. Na modalidade psicodi-

nâmica, uma revisão sistemática mostrou um impacto favorável de HD<sup>27</sup>, mas alguns autores defendem que se adequam a um perfil mais restrito de doentes que procuram autoconhecimento<sup>28,29</sup>, ou dotados de maior “sensibilidade interpessoal”<sup>30</sup>. Também para as perturbações do espectro da Esquizofrenia, um estudo mostrou melhoria sintomática e de relações sociais após programas de grupo de HD psicodinâmicos (independente de idade, sexo, psicofármacos ou escolaridade, mas inversamente relacionada com o número de internamentos prévios)<sup>31</sup>. Um estudo sobre HD de modelo cognitivo-comportamental para perturbações de comportamento alimentar, depressivas e de personalidade, mostrou melhoria sintomática após 12 a 20 semanas e aos seis meses de seguimento.<sup>32</sup> Um estudo sobre *mindfulness* em HD mostrou melhoria sintomática (somática, depressiva e ansiosa), da qualidade de vida e outras variáveis, num grupo de doentes oncológicos.<sup>33</sup> Por fim, o estudo referente a uma intervenção de psicodrama em HD descreve exemplos de casos clínicos com melhoria qualitativa<sup>34</sup>. Esta heterogeneidade de literatura em torno de atividades em HD torna difícil a sua análise sistemática. Não encontramos nenhum estudo comparativo direto da eficácia entre modalidades psicoterapêuticas em HD, senão um protocolo de ensaio clínico em curso<sup>35</sup>.

### III. O Papel da Empatia na Intervenção em Crise

Entre as lacunas de investigação sobre HD em Psiquiatria, destaca-se a ausência de uma hipótese explicativa para os seus resultados favoráveis.

Tendo em conta a heterogeneidade de patologias admitidas e de intervenções técnicas realizadas em diferentes HD, é plausível que o mecanismo terapêutico consista num fator comum a todos os modelos. Assim, e sabendo que o contacto regular entre doentes e terapeutas é transversal em HD, explorámos a hipótese de tal mecanismo terapêutico residir na relação interpessoal ou, mais concretamente, no fenómeno de empatia. Um estudo português mostrou já a estabilidade do traço empático ao longo de um programa de 9 meses de HD, independente da patologia dos doentes<sup>26</sup>.

A relação terapeuta-doente é um componente essencial em qualquer tratamento<sup>36-38</sup>. No campo da psicoterapia, os estudos mostram que a relação terapêutica pode ser mais relevante que o próprio modelo teórico de intervenção<sup>39-42</sup>. Em Psiquiatria, uma condição essencial para essa relação é a capacidade de empatia do médico. Estudada desde o início do século XX por Jaspers, a empatia é o fenómeno de vivenciar em si as experiências mentais (cognitivas, emocionais e até somáticas) do outro indivíduo, de forma intuitiva, a partir da leitura descritiva do seu discurso verbal e não-verbal<sup>43</sup>. O estudo da empatia cresceu com a investigação em neurociência social, procurando explicar a influência de experiências socialmente relevantes sobre o indivíduo. A sua primeira evidência biológica deu-se com a descoberta de neurónios-espelho. Com recurso a imagiologia funcional, observou-se no córtex premotor ventral do macaco<sup>44</sup> a ativação de certos neurónios, quer durante a execução do movimento de preensão dos dedos do próprio, quer perante a observação do mesmo gesto executado por outro macaco. Atualmente, são

conhecidos vários circuitos dotados de neurónios-espelho em humanos: no córtex premotor e lóbulo parietal inferior (que permitem intuir objetivos de ações dos outros a partir dos movimentos corporais), área de Broca, córtex visual, cerebelo e algumas regiões do sistema límbico, como a amígdala, a insula e o giro cingular (que permitem intuir estados emocionais a partir da expressão facial)<sup>45-48</sup>. Desta forma, mais do que comportamentos objetivos, os neurónios-espelho em humanos permitem replicar experiências emocionais a partir da representação das experiências de terceiros.

Embora se possa pensar na empatia como uma capacidade superior e distintiva do ser humano, é provável que os neurónios-espelho cerebrais estejam presentes de forma inata desde há muito na evolução das espécies, servindo como forma de comunicação e de aprendizagem por imitação. Na própria espécie humana, o reconhecimento de expressões faciais é uma capacidade precoce e pré-verbal<sup>49</sup>. Não deve contudo ser esquecida a relevância da influência ambiental, pela aprendizagem associativa sensoriomotora, para o desenvolvimento e até modificação dos sistemas espelho<sup>50,51</sup>. Numa perspetiva mais ampla, alguns autores defendem que a compreensão de outro ser humano é um fenómeno com vários níveis de complexidade, dos quais os mecanismos espelho da empatia afetiva *per se* fazem parte<sup>26,52</sup>. Outros processos conhecidos são: a empatia cognitiva ou “teoria da mente”, respeitante à atribuição de ideias aos outros (e capacidade de os prever)<sup>53</sup> — dependente do córtex medial prefrontal e polos temporais; e, a mentalização, mais focada na atribuição

de estados emocionais ou morais abstratos<sup>54</sup> — dependente do córtex medial prefrontal e junção temporoparietal<sup>46,55</sup>. Assim, todos estes circuitos contribuem em conjunto para desencadear respostas empáticas<sup>51</sup>.

Apesar das associações positivas encontradas entre os níveis de empatia e a melhoria clínica dos doentes<sup>36</sup>, resta explicar na totalidade por que processos a compreensão mútua de estados mentais é eficaz na resolução de psicopatologia de um indivíduo. Alguns autores defendem que as experiências grupais relevantes fomentam processos de neuroplasticidade<sup>56</sup>. Nesta perspetiva, parece-nos mais relevante sensibilizar a comunidade médica para o poder terapêutico das atividades de HD e do uso da capacidade empática, do que procurar fixar modelos de funcionamento institucional.

Por fim, o nosso estudo não é livre de algumas limitações metodológicas. A primeira prende-se com a ausência de controlo de todas as variáveis e de aleatorização da amostra, pelo desenho observacional e não experimental. Acresce o tamanho amostral reduzido e o possível viés de acuidade inerente ao uso de instrumentos psicométricos e da subjetividade de uma intervenção psicoterapêutica. Não obstante, este é um primeiro estudo, segundo apurámos, focado no princípio da intervenção em crise em contexto de HD, recrutando doentes de forma naturalista e avaliando parâmetros psicométricos relevantes para o mesmo.

A nível da pesquisa bibliográfica, o baixo número de publicações encontradas sobre programas de psicoterapia em HD pode tratar-se de um viés nos termos de pesquisa. Encontram-se mais publicações sobre programas ambulatoriais psicoterapêuticos quando se eli-

mina o termo “hospital dia”/ “day hospital” da pesquisa. De modo a facilitar a investigação, foi recomendado por Kallert et al que a literatura referente a HD passe a mencionar de forma clara qual o tipo de atividade que desenvolve e o contexto de políticas de saúde em que se insere<sup>24</sup>.

## CONCLUSÃO

A intervenção em HD mostrou um impacto significativo na resposta a patologia aguda decorrente de uma situação de crise e estendeu-se além da compensação sintomática da patologia. O modo de tratamento em contexto de HD pode ser muito variável, mas ainda assim eficaz, graças ao efeito terapêutico da relação interpessoal médico-doente, com um importante contributo da capacidade da empatia, radicada biologicamente nos circuitos de neurónios-espelho.

### Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesse relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

### Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

## BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Maureso P. [Challenges and present situation in private practice in psychiatric Day Hospital and other intermediate devices]. *Vertex*. 2012;23(102):137-149.

2. Casarino JP, Wilner M, Maxey JT. American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *Int J Partial Hosp*. 1982;1(1):5-21.
3. Rosie JS. Partial hospitalization: a review of recent literature. *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38(12):1291-1299.
4. d'Albis MA, Pull C. [Day care hospital in psychiatry: diversity or specificity?]. *Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb*. 2008(2):197-208.
5. Kallert TW, Matthes C, Glöckner M, Eichler T, Koch R, Schützwohl M. [Acute psychiatric day hospital treatment: is the effectiveness of this treatment approach still questionable?]. *Psychiatr Prax*. 2004;31(8):409-419.
6. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiter H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess*. 2001;5(21):1-75.
7. Escala de Avaliação Global de Funcionamento. In: Figueira, ML, Sampaio, D. *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Portugal: Climepsi; 2002.
8. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2007;12(2):225-235.
9. Pais-Ribeiro JL, Rodrigues AP. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief-COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2004;5(1):3-15.
10. ICH Harmonised Tripartite Guideline: Guideline for Good Clinical Practice. *J Postgrad Med*. 2001;47(3):199-203.
11. Lazarus RS. Coping with the stress of illness. *WHO Reg Publ Eur Ser*. 1992;44:11-31.
12. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.; 1984.
13. Baumstarck K, Alessandrini M, Hamidou Z, Auquier P, Leroy T, Boyer L. Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):8.
14. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *J Affect Disord*. 2006;90(1):15-20.
15. Meyer B. Coping With Severe Mental Illness: Relations of the Brief COPE With Symptoms, Functioning, and Well-Being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2001;23(4):256-277.
16. Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess*. 2016;20(3):1-162.
17. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York,: Basic Books; 1964.
18. Fitzgerald JM, Klumpp H, Langenecker S, Phan KL. Transdiagnostic neural correlates of volitional emotion regulation in anxiety and depression. *Depress Anxiety*. 2019;36(5):453-464.
19. Murgatroyd CA, Pena CJ, Podda G, Nestler EJ, Nephew BC. Early life social stress induced changes in depression and anxiety associated neural pathways which are correlated with impaired maternal care. *Neuropeptides*. 2015;52:103-111.
20. Khalsa HK, Denes AC, D MP-H, Santelli JC, Baldessarini RJ. Specialized Police-Based Mental Health Crisis Response: The First 10 Years of Co-

- lorado's Crisis Intervention Team Implementation. *Psychiatr Serv.* 2018;69(2):239-241.
21. Arias SA, Sullivan AF, Miller I, Camargo CA, Jr., Boudreaux ED. Implementation and use of a crisis hotline during the treatment as usual and universal screening phases of a suicide intervention study. *Contemp Clin Trials.* 2015;45(Pt B):147-150.
  22. Thomas KC, Owino H, Ansari S, Adams L, Cyr JM, Gaynes BN, et al. Patient-Centered Values and Experiences with Emergency Department and Mental Health Crisis Care. *Adm Policy Ment Health.* 2018;45(4):611-622.
  23. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Houlst J, McKenzie N,, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ.* 2005;331(7517):599.
  24. Kallert TW, Glöckner M, Priebe S, Briscoe J, Rymaszewska J, Adamowski T, et al. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries: implications of their diversity for day hospital research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(10):777-788.
  25. Currall R, Lopes R, Silveira C, Norton A, Domingues I, Lopes F, et al. Forty years of a psychiatric day hospital. *Trends Psychiatry Psychother.* 2014;36(1):52-58.
  26. Graça J. PM, Mendonça C., Cargaleiro I., Melo J. C. Empathy - a prosocial tool explored in a therapeutic group. *Psilogos.* 2013;11(2):57-69.
  27. Blackmore C, Tantam D, Parry G, Chambers E. Report on a Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. 2012;45(1):46-69.
  28. Fonagy P. Psychotherapy research: do we know what works for whom? *Br J Psychiatry.* 2010;197(2):83-85.
  29. Watzke B, Rüdell H, Jürgensen R, Koch U, Kriston L, Grothgar B, et al. Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental health-care. *Br J Psychiatry.* 2010;197(2):96-105.
  30. Jensen HH, Mortensen EL, Lotz M. Scl-90-R symptom profiles and outcome of short-term psychodynamic group therapy. *ISRN Psychiatry.* 2013;2013:540134.
  31. Pec O, Bob P, Pec J, Hrubcova A. Psychodynamic day treatment programme for patients with schizophrenia spectrum disorders: Dynamics and predictors of therapeutic change. *Psychol Psychother.* 2018;91(2):157-168.
  32. Reisch T, Thommen M, Tschacher W, Hirsbrunner HP. Outcomes of a cognitive-behavioral day treatment program for a heterogeneous patient group. *Psychiatr Serv.* 2001;52(7):970-972.
  33. Dobos G, Overhamm T, Büssing A, Ostermann T, Langhorst J, Kümmel S, et al. Integrating mindfulness in supportive cancer care: a cohort study on a mindfulness-based day care clinic for cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2015;23(10):2945-2955.
  34. Pisa A, Lukens H. A multifaceted approach to psychodrama in a day treatment center. *Hosp Community Psychiatry.* 1975;26(7):444-447.
  35. Suszek H, Holas P, Wyrzykowski T, Lorentzen S, Kokoszka A. Short-term intensive psychodynamic group therapy versus cognitive-behavioral group therapy in day treatment of anxiety disorders and comorbid depressive or personality disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015;16:319.

36. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forsch Komplementmed*. 2012;19(5):252-257.
37. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4):e94207.
38. Nafradi L, Kostova Z, Nakamoto K, Schulz PJ. The doctor-patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients' perspectives. *Chronic Illn*. 2017;1742395317739961.
39. Dolev T, Zilcha-Mano S. The role of the therapeutic relationship in the association between interpersonal behaviors and outcome: Comparison of two competing models. *Psychother Res*. 2018;1-12.
40. Cameron SK, Rodgers J, Dagnan D. The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Psychother*. 2018;25(3):446-456.
41. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol*. 2011;2:270.
42. Arnow BA, Steidtmann D, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Klein DN, et al. The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(4):627-638.
43. Jaspers K. The phenomenological approach in psychopathology. *Br J Psychiatry*. 1968;114(516):1313-1323.
44. Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. Action recognition in the premotor cortex. *Brain*. 1996;119 ( Pt 2):593-609.
45. Molenberghs P, Cunnington R, Mattingley JB. Brain regions with mirror properties: a meta-analysis of 125 human fMRI studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2012;36(1):341-349.
46. Jeon H, Lee SH. From Neurons to Social Beings: Short Review of the Mirror Neuron System Research and Its Socio-Psychological and Psychiatric Implications. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2018;16(1):18-31.
47. Rizzolatti G, Sinigaglia C. The mirror mechanism: a basic principle of brain function. *Nat Rev Neurosci*. 2016;17(12):757-765.
48. Lamm C, Silani G, Singer T. Distinct neural networks underlying empathy for pleasant and unpleasant touch. *Cortex*. 2015;70:79-89.
49. Bonini L, Ferrari PF. Evolution of mirror systems: a simple mechanism for complex cognitive functions. *Ann N Y Acad Sci*. 2011;1225:166-175.
50. Cook R, Bird G, Catmur C, Press C, Heyes C. Mirror neurons: from origin to function. *Behav Brain Sci*. 2014;37(2):177-192.
51. Lamm C, Majdandzic J. The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy--a critical comment. *Neurosci Res*. 2015;90:15-24.
52. Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006;30(6):855-863.
53. Call J, Tomasello M. Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Trends Cogn Sci*. 2008;12(5):187-192.

54. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2003;358(1431):459-473.
55. Van Overwalle F, Baetens K. Understanding others' actions and goals by mirror and mentalizing systems: a meta-analysis. *Neuroimage.* 2009;48(3):564-584.
56. Badenoch B, Cox P. Integrating interpersonal neurobiology with group psychotherapy. *Int J Group Psychother.* 2010;60(4):462-481.