



## Universidades Lusíada

Barata, Marco António Morais, 1969-

### **Clínica privada e intervenção psicológica no modelo psicodinâmico**

<http://hdl.handle.net/11067/1283>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2014-12-05
<b>Resumo</b>	O presente trabalho descreve o estágio académico do Mestrado em Psicologia Clínica realizado na Dialógicos, Centro de Psicologia e Formação. O estágio permitiu o contato com a prática clínica em contexto real de trabalho, em modo orientado, mas com o objetivo de desenvolver e promover a autonomia do exercício profissional por parte do estagiário, assente no modelo de Psicoterapia de Apoio de Orientação Psicodinâmica. São descritas as atividades previstas e desenvolvidas, inerentes ao estágio, ...
<b>Palavras Chave</b>	Psicoterapia psicodinâmica, Psicologia clínica - Prática profissional, Dialógicos - Ensino e estudo (Estágio)
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T08:35:09Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Clínica privada e intervenção psicológica  
no modelo psicodinâmico**

**Realizado por:**

Marco António Morais Barata

**Supervisionado por:**

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

**Orientado por:**

Mestre Patrícia Conceição Roseiro

**Constituição do Júri:**

Presidente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisor:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Arguente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Relatório aprovado em:

4 de Dezembro de 2014

Lisboa

2014



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

## Clínica privada e intervenção psicológica no modelo psicodinâmico

Marco António Morais Barata

Lisboa

Setembro 2014





**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

## Clínica privada e intervenção psicológica no modelo psicodinâmico

Marco António Morais Barata

Lisboa

Setembro 2014



Marco António Morais Barata

## Clínica privada e intervenção psicológica no modelo psicodinâmico

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisor de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Orientadora de estágio: Mestre Patrícia Conceição Roseiro

Lisboa

Setembro 2014

## Ficha Técnica

<b>Autor</b>	Marco António Morais Barata
<b>Coordenadora de mestrado</b>	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
<b>Supervisor de estágio</b>	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
<b>Orientadora de estágio</b>	Mestre Patrícia Conceição Roseiro
<b>Título</b>	Clínica privada e intervenção psicológica no modelo psicodinâmico
<b>Local</b>	Lisboa
<b>Ano</b>	2014

### Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

BARATA, Marco António Morais, 1969-

Clínica privada e intervenção psicológica no modelo psicodinâmico / Marco António Morais Barata ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por António Martins Fernandes Rebelo ; orientado por Patrícia Conceição Roseiro. - Lisboa : [s.n.], 2014. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

II – ROSEIRO, Patrícia Conceição, 1976-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

#### LCSH

1. Psicoterapia psicodinâmica
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Dialógicos - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Psychodynamic psychotherapy

2. Clinical psychology - Practice

3. Dialógicos - Study and teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. RC489.P72 B37 2014



**Dedico este trabalho,**

Aos meus pais,  
especialmente à minha mãe (Maria Amélia Barata),  
pelo seu amor incondicional e força de vida.  
A minha mulher (Sofia Morais) por me acompanhar  
em tudo e ao meu cão Rocky pela sua alegria.



## **Agradecimentos**

À orientadora de estágio, Mestre Patrícia Roseiro, pelo apoio e orientação.

À Dialógicos, Centro de Psicologia e Formação, pela concessão de um Estágio Académico.

À coordenadora de mestrado, a Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar, pela dedicada coordenação do Mestrado Académico.

Ao supervisor de estágio, o Prof. Doutor António Rebelo, pelo incentivo e apoio na elaboração do relatório de Estágio.

À Universidade Lusíada de Lisboa, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação e a todos os professores da Licenciatura e do Mestrado em Psicologia, pelo profissionalismo e dedicação.



“somos o resultado da história da nossa infância”

Sigmund Freud (1923/1996)



## **Resumo**

O presente trabalho descreve o estágio acadêmico do Mestrado em Psicologia Clínica realizado na Dialógicos, Centro de Psicologia e Formação.

O estágio permitiu o contato com a prática clínica em contexto real de trabalho, em modo orientado, mas com o objetivo de desenvolver e promover a autonomia do exercício profissional por parte do estagiário, assente no modelo de Psicoterapia de Apoio de Orientação Psicodinâmica.

São descritas as atividades previstas e desenvolvidas, inerentes ao estágio, destacando-se a apresentação de 2 casos clínicos, com as respetivas: avaliações psicológicas; instrumentos utilizados; devolução de resultados; psicodiagnóstico; definição de metas psicoterapêuticas; análise das sessões psicoterapêuticas de apoio e evolução terapêutica.

**Palavras-chave:** estágio; psicologia clínica; modelo psicodinâmico; estruturas de personalidade.

## **Abstract**

The present work describes the academic internship of the master's degree in Clinical Psychology carried out in Dialógicos, Centro de Psicologia e Formação.

The internship allowed the contact with the clinical practice in real work environment, in an oriented way, but with the aim of developing and promoting autonomy in the professional practice by the intern, based on the psychodynamic-oriented psychotherapy model.

The activities foreseen and developed, inherent to the internship, are described in this report, highlighting the presentation of two clinical cases with the respective: psychological assessments; instruments used; return of results; psychodiagnostic; definition of psychotherapeutic goals; analysis of psychotherapeutic sessions and therapeutic progress.

**Keywords:** training; clinical psychology; psychodynamic model; personality structures.



### **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

APA	- Associação Psicológica Americana
BRPD	- Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial
CID 10	- Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
COPS	- California Occupational Preference System
DGS	- Direção-Geral da Saúde
DSM-IV-TR	- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ISPA	- Instituto Superior de Psicologia Aplicada
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPP	- Ordem dos Psicólogos Portugueses
PDM	- Manual de Diagnóstico Psicanalítico
PIB	- Produto Interno Bruto
RSMN	- Relatório de Saúde Mental em Números
TAT	- Teste de Aperceção Temática



## Índice

Introdução.....	1
Caracterização da Instituição.....	3
Caracterização da população alvo.....	7
Enquadramento teórico.....	9
Definição de saúde mental.....	9
Saúde mental no mundo.....	9
Psicologia e contexto de saúde mental.....	9
Evolução da Psicologia em Portugal.....	9
Estado mental em Portugal em 2013.....	11
O psicólogo no Portugal atual.....	12
Intervenção do psicólogo clínico.....	12
Psicoterapia de orientação psicodinâmica.....	14
Psicoterapia de apoio de orientação psicodinâmica.....	15
Principais autores psicanalíticos e psicodinâmicos subjacentes à intervenção.....	19
Sigmund Freud, a genética da personalidade e desenvolvimento libidinal.....	20
Melanie Klein, a importância da precocidade do dualismo pulsional.....	23
Donald Winnicott, e o processo natural de desenvolvimento.....	25
Wilfred Bion, as primeiras fases da organização do pensamento.....	26
Edward Bowlby, e a noção de apego à mãe.....	27
Organização de personalidade e mecanismos de defesa.....	29
Ética e deontologia profissional.....	33
Objetivos propostos.....	35
Método.....	37
Participantes.....	37
Procedimentos.....	38
Atividades desenvolvidas.....	39
Outras atividades paralelas.....	40
Instrumentos.....	41
Entrevista clínica.....	41
Teste de Rorschach – exame de personalidade e funcionamento emocional.....	42

Teste de Apercepção Temática para Adultos (TAT) .....	43
Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM).....	44
Estudo de casos .....	45
Apresentação do caso P.....	45
Resultados e interpretação da avaliação psicológica.....	47
Psicodiagnóstico e discussão de caso .....	49
Metas de aconselhamento psicológico .....	53
Resumo das sessões e análise da progressão terapêutica .....	53
Apresentação do caso A.....	59
Resultados e interpretação da avaliação psicológica.....	61
Psicodiagnóstico e discussão de caso .....	63
Metas de aconselhamento psicológico .....	66
Resumo das sessões e análise da progressão terapêutica .....	67
Conclusão.....	71
Reflexão Final.....	73
Referências .....	75
Lista de Anexos .....	83

## Introdução

A elaboração deste relatório tem como objetivo a apresentação das atividades esperadas e desenvolvidas no âmbito do Estágio Académico - Psicologia Clínica, referente ao ano letivo 2013/2014, realizado na Dialógicos - Centro de Psicologia e Formação. A sua estrutura foi delineada e desenvolvida em 5 etapas, que se resumem de seguida.

A 1ª etapa apresenta e descreve a Dialógicos e a sua População Alvo.

A 2ª etapa ostenta o Enquadramento Teórico em duas fases distintas. A 1ª fase refere-se aos contextos de Saúde Mental no Mundo e em Portugal, seguido de um enquadramento do Psicólogo no Portugal contemporâneo e conseqüente intervenção em diversos contextos, seguido de uma síntese da Psicoterapia de Apoio de Orientação Psicodinâmica. A 2ª fase agrega e descreve os principais autores Psicanalíticos e Psicodinâmicos subjacentes à intervenção neste modelo, especificamente, a Perspetiva Dinâmica do Desenvolvimento Humano e termina com um breve sumário das Organizações de Personalidade e Mecanismos Defensivos, seguido de uma pequena introdução à Ética e Deontologia Profissional.

A 3ª etapa apresenta numa 1ª fase, os Objetivos Propostos e a Metodologia utilizada, e numa 2ª fase os Instrumentos.

A 4ª etapa apresenta o Estudo de 2 Casos Clínicos, com hipóteses diagnósticas distintas e descreve todo o trabalho que foi desenvolvido sob o Modelo de Apoio de Orientação Psicodinâmico.

Na 5ª etapa é realizado uma breve Conclusão tendo em conta os objetivos previstos e concretizados, e termina com uma Reflexão sobre o Estágio Académico realizado em Contexto de Clínica Privada.



## Caracterização da Instituição

Conhecer uma instituição envolve a origem, a história e a sua importância na sociedade. Em 2001, um grupo de psicólogos atraídos pela ideia e vontade de implementar diversos projetos de intervenção comunitária no âmbito da saúde mental, criaram a Dialógicos, Centro de Psicologia e Formação, Lda., que se localiza em Mem Martins, no concelho de Sintra. Este centro, apesar das dificuldades que o país e o mundo atravessam, principalmente na racionalização de custos, reúne uma equipa transdisciplinar com técnicos especializados nas mais diversas áreas de psicologia, que assiste na infância, adolescência, idade adulta e idade adulta avançada e é concomitantemente um centro de formação profissional (Dialógicos, 2013).

A história da psicologia clínica revela uma ambivalência de âmbito, ou seja, o parecer clínico encontra a relação com a doença mental e descobre-se também arrolado com outros domínios, nomeadamente, como método que serve de base para uma aproximação de fenómenos e de objetos ausentes do contorno patológico, sofrimento ou conflito (Pediñelli, 1999). Segundo Anzieu (1983), a psicologia clínica é de índole individual e social, normal e patológica, que abrange desde o recém-nascido, ao adolescente, ao jovem adulto, ao homem maduro e que, por fim, envelhece e morre.

É incontestável a relevância deste Centro de Psicologia, quer pelo quadro alargado de especializações em diversas áreas e consentânea multiplicidade de respostas aos pedidos/queixa, quer pela urgência em promover o combate ao estigma da doença mental, com a melhoria da informação e compreensão da sua interferência com a normalidade, particularmente nos processos de desenvolvimento, mudança e de realização (Dialógicos, 2013). Segundo Tomka (1997), o homem moderno vive cercado de experiências cheias de tensão, num mundo incondicional, com regras próprias, diferenças e experimentado sem coesão interior. E é no quotidiano que sentimos uma incapacidade de capturar e vencer a dinâmica da realidade que nos atinge.

O sentido de compromisso e ao mesmo tempo de humildade está presente no agradecimento que a Dialógicos, através da Diretora Clínica - Dra. Paula Barbosa, dirige a todos aqueles que a acompanharam ao longo da última década e ainda, a todos os que através de pedidos de ajuda depositaram a sua confiança nesta equipa. Torna-se evidente o sentido de missão cumprida e de gratificação perante os que hoje conseguem viver mais adaptados, depois de conquistarem o pensar sobre si próprios (Dialógicos, 2013).

A média mensal de consultas é de 350 na psicologia clínica, 20 na psicologia educacional e, 25 na terapia familiar e de casal. Nas áreas de alcoologia e toxicodependência, sexologia, desporto e atividade física, os pedidos de ajuda são esporádicos (idem).

Na Dialógicos, o quadro de referência em termos de intervenção clínica é a Psicoterapia de Apoio de Orientação Psicodinâmica. O paciente é soberano e utilizam-se técnicas não-diretivas, sem aconselhar nem interpretar, mas antes, através da clarificação de sentimentos, postura reflexiva e reconhecimento dos significados das experiências emocionais. A base psicodinâmica é um instrumento teórico e clínico, que apoia os profissionais e desenvolve nos pacientes um funcionamento psicológico mais estruturado, e harmonioso (idem).

O modelo de intervenção psicodinâmico desenvolve e estimula o uso de recursos mais adaptativos, ou seja, promove um conjunto de habilidades individuais, tais como a reflexão, a exploração e a capacidade de adaptação (Sheldler, 2010). A psicoterapia psicodinâmica é eficaz em vários contextos, entre o normal e o patológico, e na grande maioria, onde os limites de normalidade e patológico tornam-se difíceis de serem identificados ou fáceis de ser confundidos. Facilita o desenvolvimento latente de um grau de compreensão de vida de uma pessoa e a sua capacidade de utilizar várias opções de resposta (Gabbard, 2005).

Um denominador comum para a procura de ajuda é a presença de dor mental, que pode ser multifacetada e adquirir várias formas. A Dialógicos, além da personalização, empatia, rigor, profissionalismo e dedicação a cada caso, reúne uma equipa de psicólogos especializados em várias áreas, detalhadamente: Clínica; Personalidade; Desenvolvimento; Pré-escolar; Educacional; Psicopedagogia; Orientação Vocacional Escolar e Profissional; Desporto e Atividade Física; Terapia Familiar e de Casal; Alcoologia e Toxicodependência; Sexologia; Avaliação Neuropsicológica; Avaliação Cognitiva, Emocional e Afetiva; Pré-reforma e Avaliação de Condutores, bem como outras especialidades, que incluem a Psicomotricidade, Terapia da Fala, Treino de Competências e Desenvolvimento de Inteligência Emocional (Dialógicos, 2013).

As consultas de Psicologia Clínica, assumem um papel de relevo no despiste e intervenção precoce em problemáticas que afetam o bem-estar, a qualidade de vida e o desenvolvimento (infância, adolescência, idade adulta e idade adulta avançada). Destaca-se as depressões, a apatia, a desmotivação, a ansiedade, as alterações de humor, a somatização, os pensamentos repetitivos e constantes, as condutas agressivas, os distúrbios alimentares, os comportamentos aditivos (drogas ou álcool), a sexualidade individual ou de casal, os atrasos do desenvolvimento em geral e o insucesso escolar (idem).

Na área do Desporto e Atividade Física, a psicologia é um fator decisivo na obtenção do êxito desportivo, e a intervenção combina a preparação mental, a adaptação psicológica e a resolução de problemas concretos, com que se defrontam os diferentes intervenientes no desporto, bem como, em atividades que o sucesso e o rendimento sejam preponderantes, quer pela promoção da integração psicológica aos contextos extremamente exigentes em que atuam, quer facilitando o desenvolvimento do potencial individual, designadamente: controlo de *stress*, atenção e concentração; motivação, confiança, liderança e comunicação; recuperação psicológica de lesões e outras dificuldades específicas destes contextos. Outra atuação, prende-se com avaliação do perfil psicológico dos atletas, com o objetivo de implementar e adequar programas de treino específicos, sempre com a preocupação de progresso, obtenção do rendimento máximo e da manutenção de resultados (idem). Gouveia (2001), refere a utilidade em avaliar o perfil dos atletas, que possibilite a informação aos treinadores e permita adequar programas, e treinos.

Na área Educacional, a intervenção em psicopedagogia, tem como principal objetivo promover a motivação para a aprendizagem, a autoestima e o autoconceito no sentido de despertar o sucesso escolar em crianças, jovens e adolescentes, através da aquisição e desenvolvimento de aptidões e competências académicas e sociais, nomeadamente e através, da avaliação dos níveis de maturidade, das necessidades e aptidões educativas, da intervenção nas



dificuldades de aprendizagem e/ou comportamentos disruptivos e implementação de métodos, e hábitos de estudo. O desenvolvimento da capacidade de estudo e a organização dos conteúdos escolares, auxiliam, pais e professores através do aconselhamento técnico e pedagógico, sobre as crianças alvo de intervenção. Estas fases de vida são particularmente difíceis, porque as crianças, os jovens ou os adolescentes enfrentam no seu dia-a-dia necessidades, no que respeita à relação consigo próprio, com o corpo, com os pares e com a própria família (Dialógicos, 2013).

Ao nível da Avaliação, Orientação e Aconselhamento Vocacional, a ajuda baseia-se na construção e implementação de projetos de vida escolares e/ou de preparação profissional, que assumem uma extrema importância no equilíbrio emocional e colaboram para a gratificação pessoal e profissional (Dialógicos, 2013). Richard (1997), refere que devido à complexidade e perspectivas do mercado de emprego, acrescido das especializações que o exercício de uma profissão requer cada vez mais, é necessário adquirir informação o mais cedo possível sobre o mundo do trabalho.

A Terapia Familiar concede uma intervenção individual, integrada no contexto familiar e social, e na forma como estes sistemas interagem (Dialógicos, 2013). Prata (2008), afirma que “*a vida é um constante cruzar de relações... nós de relações*”. O foco encontra-se na comunicação e na mudança de padrões relacionais, que perpetuam a presença de determinados problemas e/ou dificuldades na família, no casal e na relação, com outros sistemas essenciais e significativos, bem como a intervenção preventiva, como por exemplo, a preparação para o casamento, a transição e o desenvolvimento de competências parentais. A vertente Terapia de Casal, centra-se na unidade de análise que é o casal e investiga problemas de comunicação, sexualidade ou intimidade emocional. Este apoio abrange igualmente casais em risco de rutura, situações de infidelidade ou ainda as questões que envolvem as separações, sobretudo os divórcios (Dialógicos, 2013). A relação conjugal destaca-se dos restantes sistemas relacionais, visto, que o casal é antecipador da família (Shorter, 1981 citado por Prata, 2008).

As consultas de Alcoologia e Toxicod dependência intervêm em comportamentos dependentes nestas áreas, bem como em comportamentos não dependentes, mas considerados de risco, que possam evoluir para a dependência de substâncias psicoativas (Dialógicos, 2013). Negreiros (1991), refere que o estado de dependência psicológica e/ou física, é originado pelo consumo repetido de uma droga psicoativa ou substância psicotrópica, caracterizado pela sua procura e consumo compulsivo, por vezes descontrolado e que persiste, mesmo tendo em conta as consequências negativas e extremas que daí possam ocorrer. Esta intervenção pode estender-se às famílias e promove sessões de esclarecimento, prevenção, uso, abuso, dependência de álcool e drogas, orientação para tratamento, apoio pós-tratamento e antecipação de recaídas (Dialógicos, 2013).

Na área da Sexualidade, a intervenção visa os problemas específicos do funcionamento sexual ao nível relacional, emocional e no bem-estar do indivíduo e/ou casal, onde a falta de informação é muitas vezes apontada como a causa e agravamento de diversas disfunções sexuais. As problemáticas mais usuais, são a ejaculação precoce e/ou retardada, somatização sexual, disfunção erétil, diminuição ou ausência de desejo (idem). Segundo Tordjman (1976), a

utilidade ou eficácia da informação sexual resulta numa redução da taxa de infeções de transmissão predominantemente sexuais, na prevenção das condutas ditas perversas, numa melhor tolerância para com os outros ou meramente numa reabsorção da angústia e desconforto.

Na área de avaliação Neuropsicológica, o objetivo é a recuperação e/ou aumento da qualidade de vida, através da avaliação e diagnóstico das dificuldades específicas, intervenção e acompanhamento clínico na perspetiva neuropsicológica cognitiva, a qual visa a reabilitação ou a estimulação da perceção, atenção, memória, linguagem e funções executivas. A intervenção neuropsicológica está também indicada no acompanhamento do envelhecimento normal do cérebro, que é um processo inevitável (Dialógicos, 2013).

A avaliação Psicológica de Condutores é proporcionada ao abrigo do despacho do Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P. e da Direção Geral da Saúde, segundo o qual passou a ser exigido aos candidatos e condutores a apresentação de um relatório de avaliação psicológica para a obtenção de algumas cartas de condução ou revalidação das mesmas, nomeadamente: condutores de pesados de mercadorias; pesados de passageiros; reboques; taxistas; transporte de crianças; matérias perigosas e veículos prioritários, como viaturas de bombeiros e ambulâncias (idem).

Em termos de programas específicos, a intervenção abrange o Treino de Competências Sociais e o Atelier das Emoções. O Treino de Competências Sociais permite aos jovens identificarem as problemáticas e adequarem a resposta, com o objetivo de desenvolver a conduta e a comunicação assertiva, em áreas como a empatia, a cooperação, o respeito pelos outros, a autoestima, a autoconfiança e a definição da identidade própria. O Atelier das Emoções é um programa de intervenção no âmbito da expressão emocional e afetiva, destinado a crianças desde os 2 anos e com possibilidade de ser adaptado a creches, infantários, jardim-de-infância ou colégios e ainda a instituições de acolhimento e intervenção em crianças com necessidades educativas especiais. O tema principal é o reconhecimento / elaboração dos sentimentos primários, especialmente: a tristeza; a raiva; o medo e a alegria, assim como das expressões emocionais e afetivas não-verbais e verbais das crianças (idem).

Atua, ainda na área da Psicomotricidade e da Terapia da Fala, onde a educação psicomotora institui uma ajuda direcionada às limitações, que estimula a evolução do esquema corporal e a organização preceptiva. A terapia da fala, por sua vez, é uma especialidade que atua nas perturbações da comunicação, designadamente: nas áreas de interação; comunicação; fala; linguagem; leitura; escrita e ainda sobre as dificuldades de alimentação originadas pelas alterações de motricidade e sensibilidade oro-facial. Em concomitância com a parte física, estas dificuldades podem assumir aspetos psicológicos, quer emocionais, quer afetivos (idem).

A Dialógicos (2013) desenvolve ainda projetos de Tutoria Académica, nas vertentes de ensino universitário e secundário, com supervisão, interação pedagógica e investigação em ciências sociais. Através de um protocolo com a Sociedade Luso-Espanhola de Psicologia *Gestalt*, a Dialógicos recebe estagiários em *Counselours Gestal*. No que se refere a Estágios Profissionais, acolhe estagiários ao abrigo do Regulamento de Estágios da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Na vertente Académica, tem estabelecido um protocolo com a Universidade Lusíada de Lisboa e

com o Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), para o acolhimento de estagiários académicos.

Dispõe também de Formações específicas em psicologia e em outras áreas profissionais, e dinamiza *Workshops* em temas de crucial atualidade e de base para comportamentos adaptáveis que desenvolvam atitudes de vida saudável, como por exemplo, “Vencer a Vida” e “Comunicar com Eficácia”, através de programas de desenvolvimento pessoal. Estimula e atua ainda, na redação e publicação de Artigos Científicos e de Opinião (*idem*).

É ainda notória a operação da Dialógicos ao nível de parcerias e acordos, com a Prestação de Serviços em Psicologia, Terapia da Fala e Formação Profissional, que abrange diferentes áreas e destina-se tanto aos que pretendem iniciar a sua vida profissional, como aos que necessitam de uma reciclagem, designadamente os profissionais ativos (*idem*).

### **Caracterização da população alvo**

Toda a população, ou seja, todos os que necessitem de avaliação e apoio psicológico, e compreende todas as idades, presentemente, entre os 3 e os 85 anos. Face ao quadro alargado de especializações e intervalo de idades, o objeto de intervenção vai desde a psicoterapia de apoio: organização e desenvolvimento da personalidade, até à psicologia de aconselhamento: vivências diárias e fases de vida, que resultam em problemáticas afetivas, com desgaste emocional e sintomatologia diversa. Procura-se, através da intervenção, um maior equilíbrio do funcionamento psíquico que resulte em saúde mental ou uma mudança que conduza a um novo equilíbrio, que não gere tanto sofrimento e permita uma mobilização plena das capacidades (Dialógicos, 2013).

As problemáticas ao nível interpessoal surgem na relação com o outro e resultam em relacionamentos frustrantes e menos gratificantes do que se esperaria ser. Os principais motivos em consulta são as dificuldades e os conflitos na escola e/ou trabalho, problemas ao nível das relações próximas e/ou íntimas, na família ou no meio mais alargado, e ainda ao nível sexual. As problemáticas intrapessoais surgem no diálogo interior, espelham o que se passa dentro do indivíduo e derivam em sofrimento psíquico e/ou condutas mal adaptativas a um, ou mais do que um, acontecimento ou circunstância de vida. Os principais motivos referenciados em consulta, são os comportamentos desviantes e de risco e/ou associados a adições, depressões, tristeza generalizada, apatia, desmotivação, pensamentos repetitivos, constantes e focalizados em determinado assunto, perturbações alimentares e ainda questões de índole somático. Na camada mais jovem, o quadro de intervenção centra-se no insucesso escolar, nos comportamentos disruptivos, na angústia da separação, nos atrasos de desenvolvimento, nas avaliações escolares e orientações vocacionais (*idem*).

A variação de género em consulta, na idade adulta, regista uma tendência ligeira para o sexo feminino, enquanto na infância e adolescência não se verificam variações significativas. Em termos demográficos, os pedidos de ajuda provêm sobretudo da área da grande Lisboa, com especial incidência do concelho de Sintra. Os utentes chegam à consulta de psicologia clínica essencialmente por 2 vias: ou por iniciativa e procura de ajuda do próprio ou por referênciação

externa, em regra assistido por um relatório clínico ou por sinalização escolar e/ou iniciativa dos pais, que decorre das diversas parcerias e acordos estabelecidos com diversas instituições (idem).

Apesar da Dialógicos ser um centro privado, é evidente a sua preocupação com a ação social que, através do protocolo estabelecido com a Segurança Social, consegue chegar a um público mais desfavorecido em termos de condições financeiras e que, por esse motivo, não procura os serviços e/ou planos de saúde privados. É igualmente reforçada pela prestação de ajuda psicológica a reduzido custo, disponibilizada por estagiários académicos e/ou profissionais (idem).

## **Enquadramento teórico**

### **Definição de saúde mental**

A saúde mental foi definida em 2001, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2001).

### **Saúde mental no mundo**

De acordo com a OMS, em 2013, as doenças mentais e neurológicas representam uma quota de 13% em relação às restantes doenças e afetam cerca de 700 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que cerca de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão e 90 milhões têm perturbações derivadas de abuso ou dependência de substâncias. No foro neurológico, estima-se que existem cerca de 50 milhões de pessoas com epilepsia e que mais de 35 milhões sofram de Alzheimer ou diversos quadros demenciais. Na Europa, a falta de produtividade que decorre das doenças mentais provoca uma redução do Produto Interno Bruto (PIB), com elevadas consequências sociais e económicas, pelo que a sua prevenção é considerada uma ação prioritária (OMS, 2013).

### **Psicologia e contexto de saúde mental**

A psicologia assegurou e comprovou a efetividade das intervenções psicológicas em contextos de saúde, e demonstrou a sua eficácia no tratamento das mais variadas problemáticas que emergem ao longo da vida. As intervenções vão desde as perturbações mentais: depressões; ansiedade generalizada; perturbações de pânico; *stress* pós-traumático; perturbações do comportamento alimentar; consumo de substâncias, até aos quadros de patologia clínica: doenças cardiovasculares; doenças oncológicas; artrite reumatóide; diabetes; dor crónica, entre outras. Este último espectro de intervenção enquadra-se nos cuidados hospitalares e/ou cuidados de saúde primários e constitui um campo privilegiado para a ação dos psicólogos e intervenção psicológica, visto que contribui para uma redução do recurso aos serviços e consumo de medicamentos, e ainda coopera na adesão às terapêuticas e facilita a mudança de comportamentos (OMS, 2013).

### **Evolução da Psicologia em Portugal**

Em 1912, a Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra cria o primeiro laboratório de psicologia, onde se executam estudos de psicologia experimental e psicopedagógicos e posteriormente em Lisboa, em 1930. A utilização da psicometria acontece na década de 50, com a intenção de auxiliar a orientação profissional, e o Instituto de Orientação Profissional foi inovador na aplicação de testes em Portugal (Jesuino, 1994).

O progresso económico e industrial de Portugal e as necessidades prementes da sociedade realçavam a inexistência de uma intervenção disciplinada, por parte da psicologia e dos seus representantes, pelo que em 1962 é criado o Instituto de Ciências Psicológicas que veio a adotar posteriormente a designação de Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) em 1964, convertendo-se uma referência incontornável no ensino e investigação na área das ciências psicológicas e do comportamento. Em simultâneo, a Fundação Calouste Gulbenkian, através do seu centro de investigação pedagógica, foi complementar nesta fase embrionária da psicologia em Portugal, realizando as primeiras intervenções em matérias de educação e investigação, e onde inúmeros estudantes estagiaram e adquiriram formação profissional (idem).

O desenvolvimento crescente de Portugal e a sua democratização contribuem para a criação do ensino superior oficial em psicologia, que ocorre em 1976, após a revolução de Abril. Na década de 80, multiplicam-se as licenciaturas nas vertentes de psicologia em várias instituições de ensino, e as formações específicas dos professores influíram nos quadros de referência e metodologias de ensino (idem). Em 1985, os Institutos de Assistência Psiquiátrica são substituídos pelas Direções dos Serviços de Saúde Mental, o que resulta numa mudança genérica de pensar a saúde, e conseqüentemente, a psicologia da saúde (Ribeiro & Leal, 1996).

Até à década de 90, não existiu em Portugal o reconhecimento da carreira de psicólogo perante a lei. O Decreto-lei 241/94, de 22 de Setembro, reforma este contexto e define a carreira de técnico superior em psicologia clínica da saúde. O psicólogo fica habilitado com o grau de especialista e pode realizar funções científicas, técnicas de avaliação, diagnóstico psicológico e intervenção no campo da saúde, sendo mais tarde criada a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Desde essa altura até aos dias de hoje, o âmbito da psicologia clínica da saúde em Portugal, que emergiu da fusão da psicologia clínica e da psicologia da saúde, realizou um percurso excecional, não só no número de profissionais, mas também na identificação da sua relevância e adequabilidade, nos mais diversos domínios da sociedade Portuguesa (OPP, 2013).

A miscigenação das áreas de psicologia clínica e da saúde, e a evolução da concessão do sistema de saúde em geral cooperam para diluir as diferenças, e hoje parece consensual que qualquer alteração ou perturbação de saúde, reúne inevitavelmente registos psicológicos que podem não ser circunscritos por uma psicopatologia (Ribeiro & Leal, 1996).

Recentemente, após um vasto e intenso trabalho de sensibilização da classe profissional e política Portuguesa para a premência e necessidade da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), a Lei Nº 57/2008 é aprovada em plenário, em Julho de 2008, e publicada na 1ª Série do Diário da República a 4 de Setembro. Este foi um dos marcos mais significativos na história da psicologia em Portugal, onde o Estado delega competências a uma Associação Pública Profissional, a qual fica responsável pela regulação e regulamentação de uma classe com mais de 18.000 profissionais. Esta Lei outorga à OPP a exclusividade da atribuição do título profissional, pela inscrição obrigatória na Ordem de todos o que requeiram o título profissional e cumpram os requisitos estipulados, na Lei e aceitação na Ordem (OPP, 2013).

A relevância e a crescente atividade dos psicólogos, suportada pela produção de várias legislações e OPP, responsabilizam a classe para uma profunda reflexão sobre a orientação e

exercício nos próximos anos da psicologia em Portugal, onde por um lado, temos as psicologias metodológicas e por outro, os campos de intervenção cada vez mais extensos e característicos, que exigem formações específicas (idem).

Em Portugal, a psicologia é exercida sobretudo por mulheres, designadamente, cerca de 77% dos membros efetivos da OPP são do sexo feminino e apenas 22% são do sexo masculino. Importa referir que esta distribuição é típica na área em que o Ministério da Educação integra a Psicologia, especificamente: Ciências Sociais e do Comportamento. A distribuição dos profissionais de psicologia nas diversas áreas de intervenção, reconhece no topo a Psicologia Clínica e da Saúde, sendo maior que todas as restantes áreas agregadas, seguida da Psicologia Escolar e Educacional, seguida da Psicologia Social e Comunitária, seguida da Psicologia Social e das Organizações, seguida da Docência e Investigação Universitária, seguida da Psicologia da Justiça e Forense, seguida da Gerontologia e por fim, da Psicologia do Desporto (idem).

### **Estado mental em Portugal em 2013**

O estado mental em Portugal, segundo o Relatório de Saúde Mental em Números – 2013 (RSMN - 2013), inserido no Programa Nacional para a Saúde Mental da Direcção-Geral da Saúde (DGS), indica que cerca de 23% dos Portugueses já sofreram de perturbações mentais, isto é, 1 em cada 5 pessoas. O relatório releva uma elevada taxa de pessoas sem nenhum tratamento (85%) e confirma as perturbações de ansiedade como as mais prevalentes (16,5%), seguidas das perturbações depressivas (7,9%), perturbações de impulsividade (3,5%) e perturbações de álcool (1,6%) (DGS, 2013).

Ao nível de recomendações presentes no RSMN – 2013, destaque-se: prevenção do suicídio, através da melhoria da intervenção diagnóstica e terapêutica das perturbações depressivas; deteção precoce e acompanhamento de estados depressivos e demências nas pessoas idosas; prevenção e redução do consumo de substâncias psicotrópicas, em particular nos jovens; prevenção e acompanhamento dos comportamentos de risco, em vários grupos etários (idem).

A OPP tem efetuado alertas públicos face à relevância de cuidar da saúde mental dos Portugueses, através de ações de sensibilização e consciencialização, especialmente face à atual conjuntura de crise económica, que conduz inevitavelmente a um aumento dos problemas associados às perturbações psicológicas, mas também face à materialização e redução de serviços e custos. É essencial definir prioridades assentes em custo-benefício e nas evidências que as intervenções psicológicas geram na diminuição dos custos diretos e indiretos no desenvolvimento económico e orçamental de Portugal, com a saúde e com a doença e, naturalmente, a melhoria substancial dos serviços de saúde, qualidade de vida da população e aspetos sociais e laborais, onde as perturbações mentais estão diretamente associadas ao absentismo laboral e à redução de produtividade dos cidadãos (OPP, 2013).

Na presente realidade Portuguesa, é expectável um aumento da perturbação psicológica e da patologia crónica, e desse modo, a Psicologia pode vir a assumir uma contribuição muito significativa para a melhoria do estado de saúde da população, bem como, para a redução da

despesa da saúde e recuperação económica do país. É indispensável legitimar e anunciar que a Reabilitação Psicossocial é um direito dos utentes com perturbações mentais e um dever do Sistema Nacional de Saúde (OPP, 2013).

### **O psicólogo no Portugal atual**

De acordo com a OPP, é preocupante o contexto de emprego dos psicólogos em Portugal face ao término do curso, e que resulta do empenho e fim dos 2 ciclos de estudos. A atividade da OPP passa por incutir que os psicólogos são uma necessidade entre os potenciais empregadores, nomeadamente, as instituições públicas e privadas e o público na sua generalidade (OPP, 2013).

A situação atual é de extrema dificuldade para aqueles que iniciam a profissão e para os muitos que já a iniciaram, devido à falta de trabalho e/ou precário e/ou mal pago. Na prática privada, quer seja individualmente ou como empresa, as dificuldades também se acumulam. Acresce o número de psicólogos desempregados e inscritos nos centros de emprego, que é um dos maiores em termos de desemprego qualificado. Portugal detém um elevado rácio de psicólogos por habitante, isto é, se considerarmos os psicólogos inscritos na OPP e dividirmos pela população Portuguesa, alcançamos 1 psicólogo para cerca de 455 habitantes. Se comparado com os restantes países europeus, a média saudável seria 1 psicólogo por 1000 habitantes, porém, e apesar desta média nacional, os serviços em psicologia são mínimos, nomeadamente, em centros de saúde, escolas e organizações várias. A escassez de psicólogos nos serviços de saúde, reduz a capacidade de intervenção, diminui os ganhos de saúde e limita a melhoria da saúde da população (idem).

Uma das possibilidades atuais será a afirmação internacional, que é fundamental para a visibilidade dos psicólogos Portugueses fora das nossas fronteiras, e dessa forma contribuir para a comunidade internacional e estabelecer alianças de colaboração. A OPP defende que um psicólogo é um elemento importante, que promove o bem-estar das pessoas, organizações e comunidades, porém, também é importante esclarecer qual a atividade dos vários psicólogos. É fundamental que a população reconheça as diferenças entre os profissionais e consiga diferenciar que tipos de ajuda precisa. A afirmação de um psicólogo faz-se pela demonstração da utilidade e benefícios da intervenção psicológica (idem).

### **Intervenção do psicólogo clínico**

A evolução do conhecimento e das disciplinas que constituem a psicologia são o resultado do seu tempo (Ribeiro & Leal, 1996). A vida exige coragem, sacrifícios e o caminho faz-se caminhando. Tudo o que acontece não é acidental ou circunstancial, e devemos interrogar-nos sobre o mundo e sobre o sentido da vida (Malpique & Fleming, 2010). É um dado adquirido, que as circunstâncias psicológicas, sociais e culturais influenciam os contextos de doença e o próprio adoecer, e que os processos de adaptação e quadros de psicopatologia dependem: da idade; sexo; indicadores de prognóstico; suporte familiar e social; educação; período de desenvolvimento e circunstâncias de vida (Romano, 1999).



A psicologia clínica nasce da prática com doentes em sofrimento e recusa a extrema objetividade do método científico, mas respeita a aquisição objetiva e sistemática do conhecimento (Brito, 2008). É indiscutível a sua crescente especialização e atenção à multiplicidade das características humanas, onde coexistem múltiplas perspetivas e visões divergentes. O psicólogo clínico deve procurar os processos e instrumentos que antecipem e expliquem os comportamentos e a sua admirável variedade (Feldman, 2007). O interesse dos psicólogos clínicos desloca-se para a diversificação das intervenções, métodos e construção de quadros teóricos, e afasta-se de modelos únicos e categóricos. Cada um deve garantir as suas qualificações individuais, através da contínua atualização profissional e pessoal (Pardinielli, 1999).

A Psicologia Clínica é uma subdisciplina da psicologia que estuda, avalia, diagnostica, ajuda e intervém sobre o sofrimento psíquico, independentemente da sua causa (Brito, 2008). Representa uma metodologia de intervenção que distingue o relacional, ou seja, a qualidade da aliança terapêutica. Recorre ao método clínico, onde a relação terapêutica é uma construção dinâmica e interativa, através da observação, entrevista, avaliação e métodos experimentais assentes num quadro teórico, e ao raciocínio clínico, através dos procedimentos de investigação e observação das evidências, seguido da recolha de dados por técnicas com sensibilidade, validade e fidelidade, seguido da integração dos dados e devolução de resultados, em correlação com a sintomatologia inicial apresentada e consequente decisão de realizar mais testes ou iniciar o plano terapêutico (Ribeiro & Leal, 1996).

A característica essencial da Psicologia Clínica é a compreensão de um ser único e psicológico (Brito, 2008). É uma ciência do comportamento humano, com base na observação e avaliação da individualidade, normal ou patológica (Piéron, 1968). É um trabalho com pessoas que possuem dor, que resulta das divergências interiores, é "*a dor da consciência de si próprios*" (Sá, 1995). É uma área de conhecimento que agrega um conjunto de competências, com o objetivo de auxiliar os desajustamentos comportamentais ou as perturbações mentais, e obter os modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal e de autoexpressão (Ribeiro & Leal, 1996).

O trabalho clínico baseia-se na promoção e desenvolvimento de competências individuais e consequente aplicação às dificuldades diárias, de modo a estimular uma segura e estável adaptação em sociedade (Brito, 2008). A procura de como o indivíduo constrói o seu mundo interno e externo, permite uma elevada riqueza exploratória e construtiva no domínio da ação humana (Pardinielli, 1999).

A identificação de um Psicólogo Clínico é inseparável da sua abordagem teórica e métodos que utiliza, no sentido de corporizar as realidades psicológicas que pretende observar e implementar na sua intervenção. É essencial um consistente quadro teórico, assente num código deontológico, que dê sentido às auscultações e permita aceder com integridade ao conhecimento que se pretende (Marques, 1994). Independente do quadro de referência, que serve de base interpretativa do sofrimento, ansiedade ou desadaptação, a intervenção almeja o sentido de um decréscimo do sintoma, com o reequacionar dos problemas emocionais (Ribeiro & Leal, 1996).

Um Psicólogo Clínico capta a ação humana e os processos mentais, participa na melhoria da qualidade de vida e na construção de um mundo saudável, onde intervém, desde as crises

diárias até aos contextos psicológicos mais profundos, complexos e persistentes, e investiga os padrões relacionais, comunicacionais e anímicos (Pardinielli, 1999). Rodrigues (2004), refere que o psicólogo clínico estuda, pesquisa e avalia o desenvolvimento emocional, que permeia o indivíduo, os grupos e as instituições, com o objetivo de aconselhamento, apoio ou formação.

A neutralidade é um ato indispensável, não podendo existir interferência com as posições do indivíduo. O papel do Psicólogo Clínico é o de auxiliar o indivíduo, mantendo e incentivando os seus próprios recursos, com proficiência e autonomia na tomada de decisão (Pardinielli, 1999). É elevada a preparação académica de um Psicólogo, que desenvolveu e aperfeiçoou as aptidões analíticas, o pensamento crítico, a capacidade de síntese e avaliação das informações, e deverá procurar continuamente as formações e competências necessárias à sua intervenção e evolução dos contextos. A competência só pode ser adquirida pela formação teórica e prática especializada, obtida pela formação superior e em constante atualização e desenvolvimento, bem como, pela formação que decorre da prática supervisionada por outros psicólogos com anos de experiência clínica (Feldman, 2007).

A psicologia clínica evolui constantemente face às realidades sociais e o psicólogo clínico intervém nos mais variados contextos, pelo que deve procurar ir sempre ao encontro das necessidades dos seus clientes, de outro modo, acresce a possibilidade de os prejudicar e dessa forma contribuir para o descrédito da profissão (Brito, 2008).

Os contextos variam desde instituições de ensino superior, pesquisa e investigação, ou ainda de forma independente, em hospitais, clínicas, centros de saúde e de aconselhamento ou organizações sociais. Independentemente do contexto de trabalho, todas as áreas partilham o compromisso de contribuir para uma melhoria das vidas individuais e da sociedade em geral (Feldman, 2007). O trabalho de um psicólogo clínico é inerente ao local onde desempenha a sua atividade e este tem como obrigação exercer essa atividade de acordo com os pressupostos técnicos e preceitos intrínsecos à profissão, de forma a respeitar a finalidade inerente a uma intervenção psicológica (Pardinielli, 1999).

A conduta de um psicólogo deve ainda demonstrar uma autêntica preocupação ética e deontológica, que implica um profundo respeito para com a dignidade, individualidade e identidade de um paciente, com neutralidade, e ausência de juízos e críticas. A avaliação psicológica realiza-se através do recurso a protocolos válidos e deve responder às necessidades objetivas de recolha de informação, protegendo o respeito pela privacidade do paciente (Bényon & Chahraoui, 2002). Cada psicólogo deve avaliar quais os testemunhos resultantes do exercício dos seus serviços que devem ser disponibilizados, e quais são eminentemente técnicos e utilizados apenas enquanto profissional de psicologia (idem).

### **Psicoterapia de orientação psicodinâmica**

Uma psicoterapia assenta num quadro teórico e estrutura-se num encontro afetivo em que a competência de relacionamento é imprescindível à mudança psíquica (Pardinielli, 1999).

A Psicoterapia de Orientação Psicodinâmica é um processo com origem e desenvolvimento a partir do quadro de referência psicanalítico, e assume-se presentemente como

um conjunto de técnicas que visam diminuir a intensidade de diferentes estímulos com o objetivo de manter o equilíbrio psíquico e a capacidade de interagir com o mundo, tendo em conta as variáveis em redor a uma pessoa e a sua estrutura mental (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

O paciente é um agregado e resulta de todas as experiências relacionais significativas atuais e vividas no seu desenvolvimento. A doença resulta do vínculo e expressa-se também no vínculo. Não há sofrimento psíquico desprendido do relacional (Alexander, F. & French, 1965).

O sofrimento psíquico tem origem nos modos precoces de relação de objeto e depende da qualidade com que essas experiências foram vividas e sentidas, que tendem a permanecer como matriz relacional futura. A intervenção representa a inserção de um novo vínculo, que objetiva a alteração do padrão relacional cristalizado e em repetição (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

O relacional estrutura a transferência e dá significação ao contexto de experiências reconstrutivas. As ressignificações que um paciente vive na relação terapêutica são estendidas às experiências vividas fora do *setting*, o que proporciona uma reestruturação emocional e relacional, ou seja, a capacidade de situar eventos comuns em filtros adaptados de modo a proporcionarem bem-estar (Alexander, F. & French, 1965).

O sintoma resulta da angústia psíquica e de conflitos anteriores incorretamente elaborados, que acumulados ao sofrimento atual, originam uma descompensação no equilíbrio intrapsíquico. O sintoma é a comunicação simbólica da natureza e extensão do conflito subjacente (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

Proporcionar ao paciente um espaço seguro e confiável para que ele possa partilhar o seu mundo interno e encontrar outras expressões para o sintoma, é decisivo no processo de mudança psíquica (Cordioli, 2008). O estabelecimento de uma aliança terapêutica é insubstituível na criação de uma aliança de trabalho, e constitui-se como um núcleo essencial à compreensão dinâmica dos processos de psiquismo do paciente (Pediñelli, 1999).

A transferência estrutura e estabelece as hipóteses de trabalho terapêuticas, e categoriza os contextos relacionais do paciente. O diagnóstico de sintomas e a identificação dos conflitos intrapsíquicos torna-se possível (Alexander, F. & French, 1965).

A Psicoterapia de Orientação Psicodinâmica é um processo de estruturação psíquica no contexto de significativa mudança sintomática, ou seja, o alívio ou desaparecimento dos sintomas é um critério de eficácia da intervenção (Pediñelli, 1999). O paciente deve capturar os significados dos sintomas manifestos e encontrar novas ressignificações, que ajudem a sua mudança na relação com o mundo (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

O diagnóstico define a estratégia de intervenção, nomeadamente, as metas psicoterapêuticas, a duração e a frequência das sessões (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

### **Psicoterapia de apoio de orientação psicodinâmica**

A Psicoterapia de Apoio de Orientação Psicodinâmica é uma relação de ajuda, de auxílio na organização do conflito, e que impulsiona a mudança psíquica e de comportamento, com elementos predominantemente de apoio (Brito, 2008). O apoio transmitido provoca um processo de aprendizagem no paciente, que o conduz à aceitação de si mesmo, perante diversos contextos

de vida e derivadas dificuldades, em padrões aceitáveis de autoanálise sobre as suas dinâmicas internas singulares (McWilliams, 2005).

Um momento de apoio é uma realidade relacional irrepitível, onde o terapeuta se transforma num espelho através da transferência (Sá, 2003). Em espelho e sem interpretação, identificam-se os pensamentos, motivações e conflitos inconscientes soterrados no tempo, que relacionados com os sintomas, devem ser conduzidos ao nível da consciência, de modo a serem elaborados em pensamento e a promoverem a mudança psíquica, com a conseqüente diminuição dos sintomas (Eizirik & Kapczinski, 1991).

O paciente não recorda o que reprime, mas antes organiza em sintoma, numa espécie de repetição que revela o conflito intrapsíquico e os esquemas de defesa que usa, e cuja identificação é decisiva no sentido de construir novos significados ao experienciar o ambiente. O conflito estrutura-se de impulsos instintivos e origina emoções, ansiedades e defesas, e diante uma condição desencadeante e equilíbrio interno precário, o sintoma instala-se (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

A verbalização é decisiva no alívio e manifesta cura psíquica, que opera através da transferência e da neutralidade. A transferência não é interpretada, mas sustenta a identificação do padrão funcional presente nas relações significativas do paciente. A neutralidade exige que o terapeuta se modele e funcione em espelho. A intervenção de apoio representa um processo adaptativo em cada momento da relação e favorece a auto-motivação, e a individualidade do paciente (Eizirik & Kapczinski, 1991).

O espaço psíquico é o espaço analítico, onde cada transferência é única e irrepitível e representa o instrumento de trabalho (Sá, 2003). A prática exige uma auscultação atenta da transferência e do sentido inconsciente do “aqui e agora” (Kernberg, 2000). É no tema principal que compõe a queixa, que o conflito emerge, apesar de encontrar-se escondido, inclusivo para o paciente. A fase inicial apossa-se de uma certa atitude exploratória, em que a apreciação resulta do fator desencadeante, sintomas e relações atuais, que posteriormente evolui em cada sessão com o paciente e que amplia a compreensão e a elaboração de novas hipóteses, numa validação constante do rumo da investigação (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

Um paciente, ao estruturar a realidade interna com a externa, amplia a capacidade de usufruir a vida, organiza as relações significativas e estabiliza-se mentalmente (Sá, 2003). É imprescindível uma tolerância instintiva com a vida, com um mínimo de angústia, apoiada internamente com reconhecimento de qualidades, dificuldades e que produza uma constante capacidade de adaptação (Eizirik & Kapczinski, 1991).

A mudança psíquica é evolutiva. Depende da motivação e resistência para a mudança psíquica por parte de um paciente (Sá, 2003). Um paciente ao questionar o seu contexto de vida, elabora uma espécie de luto e reavalia a forma como viveu e vive. Este *insight* implica elaborar limitações e capacidades, numa consciencialização do que não poderá ser imposto por uma dura realidade de espaço e tempo, que não se altera. É de extrema importância a mentalização de que os ganhos de uma mudança psíquica não são imediatos e implicam sentimentos de perda, mas

essa é uma oportunidade de reavaliar realisticamente a escolha de opções, que agora estão disponíveis através desta nova relação (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

A manifesta cura resulta da recuperação do equilíbrio mental e na redução dos sintomas, ou seja, no estabelecimento de novos significados e em adaptabilidade, com motivação, responsabilidade e identidade (Malpique & Fleming, 2010). É um segundo nascimento, uma reconciliação com a vida, e uma possibilidade diferente de viver novas experiências que não impeçam a felicidade e que promovam a organização psíquica, através da qual se retoma o desenvolvimento que encontrava-se suspenso (Sá, 2003).

O estabelecimento de uma aliança terapêutica autêntica e construtiva é imprescindível no estabelecimento de uma aliança de trabalho (Pardinielli, 1999). A aliança terapêutica é uma relação segura entre terapeuta e paciente, e que facilita a este último sentir-se estável e mobilizado para a mudança. As experiências reparadoras surgem, o que até aí não aconteceu (Sá, 2003). A aliança de trabalho só é possível após uma aliança terapêutica instituída, que é algo exclusivo e dinâmico (Eizirik & Kapczinski, 1991).

A particularidade da Psicoterapia de Apoio de Orientação Psicodinâmica reside na flexibilização do quadro de referência e da própria intervenção, com objetivos práticos e rápido estabelecimento da estabilidade psicológica do paciente (Pardinielli, 1999). Presentemente, e independentemente da sua proveniência psicanalítica é uma possibilidade terapêutica utilizada na intervenção e prevenção de descompensações mentais, com o propósito de diminuir o sintoma, promover o equilíbrio intrapsíquico e restabelecer as relações de objeto do paciente (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).

Os pacientes que usufruam deste tipo de psicoterapia devem apresentar um adequado grau de saúde e a capacidade para desenvolver uma aliança de trabalho (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008).



### **Principais autores psicanalíticos e psicodinâmicos subjacentes à intervenção**

A psicanálise encontra perspectivas singulares sem limite e demanda um crescimento interminável, numa espécie de contexto inconsciente, por isso, incessante (Sá, 2003). As investigações psicanalíticas contribuíram para o reconhecimento consensual dos cuidados que uma criança necessita para o seu desenvolvimento e maturação, principalmente, as experiências emocionais primárias e a influência do ambiente. Atualmente parece evidente, mas outrora, o reconhecimento da vida emocional de uma criança era praticamente inexistente e a preocupação estava no manter vivo e alimentado. O processo de vinculação determina as dificuldades marcantes e profundas no desenvolvimento e maturação da estrutura de personalidade (Ajuriaguerra & Marcelli, 1986).

Os nossos recursos saudáveis são limitados, e necessitam ao longo da vida de outras relações que aprofundem a sua saúde. A vida humana depende de uma aprendizagem ao longo da vida e ainda, da relação de nós com os outros (Lopes, 2010). As impressões do período inicial de vida, embora na maior parte submersas no esquecimento, deixam vestígios permanentes no crescimento e maturação humana, que eventualmente auxilia qualquer distúrbio nervoso que venha a revelar-se (Sá, 2003). Segundo Zimerman (2004-2008), vários investigadores concluíram nas suas observações, a proficiência das relações primárias, principalmente, no desenvolvimento e maturação da estrutura de personalidade, ou seja, experiências adequadas na infância, possibilitam padrões de adaptabilidade e equilíbrio emocional em adulto.

Uma criança é um ser humano que se desenvolve e cresce, em termos cognitivos, físicos e de maturação, desde que nasce até à puberdade (Doron & Parot, 2001). Este crescimento depende da vontade e padrão relacional parental, que afeta o desenvolvimento emocional e afetivo da criança (Cole & Cole, 2004). Todo o crescimento é um processo de identificação que provém de uma base informacional, interna e externa, à disposição de cada um, influenciado por estímulos verbais, emocionais, motores e com manifestações constantes no nosso dia-a-dia, que organiza e estrutura o pensamento e as relações com o mundo interno e externo (Sá, 2003). Vivemos num mundo interno e num mundo externo, onde a sua relação é uma miscigenação, desde a mais suave mistura, até à mais rígida separação (Greenberg & Mitchell, 2003).

Na verdade, todo o ser humano normal, é apenas normal na média e o desenvolvimento é uma sucessão organizada em fases, embora permita desigualdades de evolução (Freud, 1905/1987). Num desenvolvimento intelectual permanente, é indispensável a estabilidade emocional e afetiva. É na primeira e segunda infância, até perto dos 5 anos, que existem os desequilíbrios que perturbam o desenvolvimento psíquico e o crescimento de uma criança, com conseqüências e sintomas na vida adulta (Cole e Cole, 2004). O equilíbrio emocional depende do conhecimento que temos dos nossos estados internos e da influência que estes têm sobre o nosso pensamento, comportamento e atitudes (Sá, 2003). São descritos de seguida e resumidamente, os modelos teóricos que permitem o enquadramento dinâmico dos casos clínicos presentes, analisados e descritos no relatório, particularmente, as perspectivas de evolução do ser humano: Sigmund Freud; Melanie Klein; Donald Winnicott; Wilfred Bion e Edward Bowlby.

## **Sigmund Freud, a genética da personalidade e desenvolvimento libidinal**

As hipóteses de Freud (1905/1987), provêm de observações de adultos neuróticos, onde a neurose de transferência é um reviver da neurose infantil, em resultado de experiências primárias traumáticas, que se encontram num aparente esquecimento.

A sua visão parte do conceito de pulsão, o qual assume uma dualidade, por um lado como fonte que indica a zona do corpo em que tem origem a excitação, e por outro, a energia psíquica que é qualitativa (tonalidade emotiva) e quantitativamente (intensidade) investida. À energia psíquica das pulsões sexuais é dado o nome de libido, que se caracteriza como a energia utilizável para os instintos de vida (Golse, 2005).

A libido encontra-se presente nas várias fases de desenvolvimento, que se caracterizam sobretudo pela mudança do que é desejado em cada uma delas e pela forma como esses desejos são atingidos (Greenberg & Mitchell, 2003). A maturação depende do desenvolvimento libidinal durante o ciclo de vida, que vai desde o nascimento, infância, sexualidade, experiência de parentalidade, até à ideia de morte (Sá, 2003).

As estruturas dinâmicas, apresentadas pelo autor, dão sentido aos diferentes tipos de experiência no ciclo de vida. O aparelho psíquico é assim organizado numa visão dinâmica, económica e tópica, com o objetivo de elaborar um modelo necessário para a compreensão do funcionamento mental (Golse, 2005). A visão dinâmica apresenta-nos três instâncias psíquicas: o consciente, que opera de acordo com a realidade; o pré-consciente, uma parte do consciente, que pode aceder com facilidade ao consciente; o inconsciente, onde processos instintivos (representantes das pulsões) não são acessíveis à consciência e/ou estão excluídos ou reprimidos (Freud, 1905/1987). Os processos psíquicos (consciente, pré-consciente e inconsciente) são dinâmicos, e sempre que estas forças tenham objetivos contraditórios ou incompatíveis, surgem os conflitos psíquicos (Martinho, 2000). O ponto de vista dinâmico tem por objetivo uma descrição qualitativa das forças em presença (Golse, 2005). Na visão económica releva os aspetos quantitativos, ou seja, a quantidade destas forças, nomeadamente, da energia pulsional dos esquemas defensivos e a mobilizada pelo conflito. A visão tópica diferencia a origem e a interação mental, onde o prazer é resultado da dinâmica entre as instâncias psíquicas: Id-Eu-Supereu (Freud, 1905/1987).

O Id é estruturado por desejos inconscientes, ou seja, as pulsões regidas pelo princípio de prazer e que impõem a satisfação imediata. O Eu é consciente e evolutivo, encontrando-se submetido aos desejos do Id e à repressão do Supereu. Organiza os esquemas defensivos e adaptativos entre a realidade externa e as exigências pulsionais, do qual depende a saúde e a flexibilidade mental. O Supereu, inconsciente, emerge contra o complexo edipiano, com a interiorização de imagens, repressão de desejos e exigências parentais. Se mediadas, resulta em satisfação por identificação com as imagens parentais e introjeção (Cloninger, 1999).

A atividade mental redundante do comportamento face aos objetos, regulado pelo princípio de prazer, onde a atividade psíquica evita o desprazer. O prazer opõe-se à realidade, com articulação dos processos primários e secundários. Mentalmente, o processo primário caracteriza-se pelo movimento livre de energia psíquica em função das pulsões, provenientes do sistema



inconsciente. Nos processos secundários a energia, ou seja, a satisfação e/ou gratificação, pode ser retardada pelo investimento de tempo, através de experiências mentais que objetivam meios mais adequados de obter satisfação e/ou gratificação, em correspondência com o princípio da realidade (Greenberg & Mitchell, 2003).

A evolução das instâncias psíquicas e dos conflitos ocorre em função dos níveis de desenvolvimento e maturação adquiridos pela criança, e articula-se com a noção de fase. Uma fase caracteriza-se pela relação e satisfação da pulsão e uma determinada zona erógena, na relação de objeto e identificação do conflito. O desenvolvimento e a maturação são processos contínuos e sucessivos, onde cada fase abrange ou recupera a fase anterior (McWilliams, 2005).

O processo de maturação, pressupõe que nos primeiros anos de vida, o comportamento se estenda por fases de desenvolvimento e zonas erógenas diferentes (Sá, 2003). Neste sentido, ao longo da infância e evolutivamente, a libido tem diferentes fontes físicas, o que conduz Freud à referência de um desenvolvimento psicosssexual em cinco fases: oral, anal, fálica, latência e genital (Freud, 1905/1987).

Na fase oral (desde o nascimento até ao desmame, por volta de 1/2 anos), a zona erógena prevalecte é a boca (cavidade bucal) e o objeto de desejo é o seio materno ou seu substituto, que garante a satisfação e/ou gratificação libidinal (nutrição) (Golse, 2005). Esta fase é dividida em duas etapas, nomeadamente: pré-ambivalente, que relaciona-se com a sucção e na qual não existe distinção entre objeto exterior e o próprio corpo; e manifestação dos primeiros dentes, em que a atividade de sucção é complementada pelo morder, instalando-se uma fase oral-sádica, com sentimentos contraditórios face ao objeto e onde se desenvolve a ambivalência sobre o objeto: desejo ou destruição. A relação de objeto evolui do narcisismo primário (não-diferenciação mãe-filho) para a fase anaclítica de relação, ou seja, com o objeto parcial. Na fase narcísica, a mãe não é o objeto externo, nem serve de satisfação e/ou gratificação. A repetição das experiências de gratificação e de frustração impulsiona e estabelece a relação anaclítica, onde a satisfação e/ou gratificação estrutura o objeto e adquire os afetos pela frustração. No final do primeiro ano, a mãe é assimilada e reconhecida de forma inteira, o que resulta na relação objectal total (Marcelli, 2005). A fase anal (2/3 anos) ocorre com o controle esfinteriano. A zona erógena prevalecte é a mucosa anal e o objeto é o bolo fecal, expulso ou retido, representa o próprio corpo em interação com a mãe. Nesta fase, estabelece a relação com o objeto total e o prazer resulta da retenção, controle, dominação e posse (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002). A fase anal é de uma ambivalência extrema, pois o mesmo objeto fecal pode ser conservado ou expulso e pode assumir o valor de objeto bom ou mau (Golse, 2005). Na fase fálica (3/4 anos), a pulsão desloca-se para os órgãos genitais e anuncia a problemática edipiana. A curiosidade sexual impulsiona a descoberta dos sexos e o objeto é o pénis, órgão de poder e potência. No menino envolve a angústia de castração, e a menina pela ausência, nega essa consciência (Marcelli, 2005). No período edipiano (4/6 anos), a emergência é um objeto global, total e sobre o parceiro do par parental, onde a excitação sexual é de posse. A entrada nesta fase marca o reconhecimento da angústia de castração, e produz no menino o medo de perder o pénis, e na menina o desejo de ter um (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002). No menino, a mãe é objeto da pulsão sexual, pelo que este

ambiciona a sua conquista e atenção. Para isso, utiliza todos os recursos libidinais e agressivos que possui. O pai representa a rivalidade ou ameaça, e ao mesmo tempo, o objeto modelo que deve imitar. Na menina, a frustração de não ter um pênis afasta-a da mãe, pelo que muda de objeto, para o pai. Em relação à mãe, a menina desenvolve um ódio com culpa, na medida em que a mãe continua a ser importante na satisfação das pulsões pré-genitais (Marcelli, 2005).

A resolução do complexo de Édipo marca a entrada na fase de latência (6/10 anos), que prolonga-se até à puberdade e é um intervalo no desenvolvimento da sexualidade, que compreende a redução de posse do objeto libidinal. A deslocação identificatória e a sublimação, permitem à energia libidinal encontrar objetos de satisfação e de gratificação substitutos, ou seja, que não o próprio corpo, nomeadamente a sociabilização e a intelectualização (Harr, 1979).

A puberdade conduz a vida sexual infantil à sua forma definitiva, com a descoberta do objeto sexual (Golse, 2005). A fase genital (10/12 anos) caracteriza-se pelo retorno da energia libidinal aos órgãos sexuais. Neste momento de desenvolvimento, o menino e a menina devem estar conscientes das suas identidades sexuais. A procura de satisfação é no sentido das suas necessidades sexuais e em relação, com alguém do sexo oposto (Harr, 1979).

Os estágios são cruciais na construção da sexualidade humana, representação psíquica e encontro com o objeto (Marcelli, 2005). A questão, não é tanto remeter para a infância a explicação de todas as dificuldades de vida, mas antes, compreender quais são essas dificuldades e qual a razão de permanecerem numa espécie de compulsão à repetição, pela vida fora (Sá, 2003).

As fases pretendem-se evolutivas e a fixação e/ou regressão derivam de uma descontinuação. A fixação acontece entre pulsão e objeto, e representa o fim do avanço e mudança de objeto, ou seja, na interrupção do desenvolvimento e da maturação. É um registo afetivo profundo, que ocorre numa determinada fase evolutiva e dificulta e/ou inibe a passagem para outra, particularmente, pelo excesso de gratificação libidinal ou mecanismos de defesa que secundariamente substituem a gratificação ou ainda obstáculos encontrados no acesso à fase seguinte, que resultam em elevada frustração ou desprazer, com retorno à fase anterior, onde encontra satisfação. A regressão relaciona-se com a fixação, ou seja, no desenvolvimento, a criança regressa temporalmente a objetivos de satisfação pulsional, encontrados nas fases anteriores. Estes conceitos são operantes no desenvolvimento e na maturação, e explicam as dissonâncias e as condutas sintomáticas (Freud, 1905/1987).

Freud vê o evento traumático como de extrema importância no desenvolvimento e maturação humana, e conseqüentemente na tendência à psicopatologia, pois se precoce, pode produzir conseqüências negativas no equilíbrio e capacidade de interagir com o mundo. A capacidade de adaptação e resposta à intensidade de um conflito difere, em cada ser humano, com base na estrutura interna e nas relações primárias que servem de modelo em todas as relações de objeto (Bocca, 2011). A intervenção assenta em soltar os conteúdos reprimidos, através da relação terapêutica, num esforço em encontrar sentidos e significados. A transferência acede a acontecimentos passados, atualizados e repetidos em padrões relacionais, com o objetivo

de construção-reconstrução que reforce a identidade num fluxo de temporalidade (Malpique & Fleming, 2010).

### **Melanie Klein, a importância da precocidade do dualismo pulsional**

Klein (1980), precursora da escola das relações objetais, na sequência das formulações freudianas, parte do princípio de que a primeira relação objetal entre mãe e bebê, ou mais especificamente, do bebê com o seio da mãe, está na origem de todas as experiências relacionais e emocionais, que afeta o desenvolvimento psíquico, a capacidade de interagir com o mundo e as relações futuras de vida. O desenvolvimento e a maturação psíquica são compreendidos com base no corpo, através do soma, onde o bebê experiencia o mundo e os objetos que existem, desde o nascimento. O seio é um organizador fundamental da vida mental (Sá, 2003).

Enfrentar a realidade e a si mesmo, depende da qualidade e dos determinantes emocionais que se estabeleceram nas relações primárias, com os cuidadores e/ou outras pessoas significativas. Essas relações são interiorizadas e “*povoam o mundo interno*”, e servem de modelo em todas as relações futuras, com o mundo externo e com a vida mental interna. Um evento traumático é vivenciado de acordo com a interpretação e estruturação do “*mundo interno*” e encontra-se intrínseco aos determinantes emocionais resultantes da relação primária (Klein, 1932/1975).

Desde o nascimento, existe um Ego primitivo, imaturo, e é a falta de coesão que facilita a exposição à angústia proveniente dos conflitos, entre a pulsão de vida e a pulsão de morte, que equivalem às pulsões libidinais de amor e às pulsões agressivas destrutivas (Golse, 2005). Na maturação, o dualismo pulsional é imprescindível e é prévio a qualquer experiência de vida. A sua precocidade permite a estrutura do psiquismo do bebê, onde o Eu arcaico e o Supereu precoce, são responsáveis pela conflitualização e organização interna desde o nascimento (Klein, 1933/1996).

O desenvolvimento é organizado em diversos estados mentais e mecanismos que operacionalizam e estruturam o psiquismo através da introjeção e projeção de impulsos bons e maus. A relação de objeto é organizada nas impressões do mundo externo e interno, através das experiências instintivas. (Tyson & Tyson, 1990). As experiências de satisfação e a gratificação relacionam-se com a libido, e introjetam parcialmente o objeto bom, que estrutura o primeiro Eu fragmentado interno do bebê. Por outro lado, as experiências de frustração e desprazer que se relacionam com a pulsão de morte e representam o perigo, são projetadas para o exterior. São afetos agressivos em relação ao objeto mau e rejeitados para o exterior, para o Não-Eu (Malpique & Fleming, 2010).

Desde muito cedo a criança tem noções de bom e de mau e é capaz de manifestar sentimentos em relação a esses objetos. Estes sentimentos precoces são decisivos na formação da estrutura do ego, como amor para o seio bom e ódio para o seio mau. Ao odiar o seio mau, acredita que o objeto irá ser mau, desenvolvendo um medo da vingança, o qual é denominado de ansiedade persecutória. Este objeto é arcaico, é o pré-Supereu, e resulta das primeiras introjeções dos objetos bom e mau, do amor e ódio. A repetição da pulsão de morte estimula o bebê a

reforçar as defesas, projetando as experiências más para o exterior e introjetando no interior as boas. Este processo interno é contínuo, estrutural e imprescindível para que o bebê consiga tolerar os conflitos gerados pela ambivalência e frustração que a realidade impõe, e é neste período que se encontra a essência da posição esquizoparanóide (Klein, 1957/1991).

Posteriormente, novos mecanismos mentais assumem a operação e o dualismo pulsional, particularmente pela identificação projetiva, através da qual o bebê identifica-se com os objetos projetados para o exterior (Malpique & Fleming, 2010). Toda a atividade mental se processa com base em relações fantasiadas com objetos (Sá, 2003). É importante o brincar, visto que representa simbolicamente o mundo da fantasia inconsciente e revela as relações de objeto da criança (Brazelton & Greenspan, 2002).

A posição esquizoparanóide situa-se nos primeiros meses de vida, e é seguida da posição depressiva, a partir dos 12/18 meses. A posição depressiva advém da identificação pela criança da unicidade, entre objeto bom e mau, seio bom e mau, mãe boa e má. A unicidade cria uma angústia depressiva e uma culpa em função do ódio e amor sentidos em relação ao mesmo objeto. Ambas as posições revelam a dinâmica de organização das ansiedades e defesas do ego, e que emergem na relação objetal da criança com o mundo externo, exposto pela figura materna (Magalhães, 2004).

A capacidade de interpretar e simbolizar o evento traumático depende da possibilidade de integrar as ansiedades e natureza da angústia, paranoide e depois depressiva (Golse, 2005). O desenvolvimento e maturação da criança resultam da oscilação entre posições, expressando a sua luta contra a angústia, e envolve ansiedades, defesas, relações objetais e impulsos (Sá, 2003). Se as boas experiências prevalecem sobre as más, se o objeto bom não é suficientemente ameaçado pelo mau, o Eu, investido pela libido, integra as pulsões destrutivas, e num sofrimento provisório aceita as pulsões e diminui a clivagem e os esquemas defensivos. A percepção do objeto e do Eu, torna-se mais realista (Klahr, 2005).

A criança evolui da relação de objeto fragmentado para uma relação de objeto clivado e, por fim, para uma relação de objeto total, onde a mãe é um objeto inteiro, uma unidade sobre a qual o bebê experiencia sentimentos de ambivalência (Golse, 2005). A integração da angústia depressiva motiva sentimentos de luto, melancolia, compensação e por fim, de realidade em relação ao mundo exterior. A angústia, que está presente desde o princípio da vida, é responsável pelo desenvolvimento psíquico, e simultaneamente, pela doença mental. A criança evolui desde o simbolismo até ao desenvolvimento do pensamento, e a vida emocional na primeira infância é decisiva no seu desenvolvimento e maturação (Segal, 1975).

A identificação projetiva, é a base da comunicação ao nível não simbólico dos conteúdos mentais do paciente, que reconhece os objetos internos, os quais são projetados, no todo ou em partes. O efeito terapêutico surge do reequilíbrio entre amor e ódio, presentes na realidade psíquica e interpretada no “aqui e agora” da ansiedade do paciente. A realidade é influenciada pelo mundo interno, a partir das experiências primitivas e reconstituídas, continuamente ao longo da vida (Sá, 2003). A intervenção assume que a transferência já não é explicada pelo passado, mas por uma constante atualização da relação com o objeto, que é a expressão do

funcionamento psíquico. É um modelo desenvolvimentista que procura a maturidade pela reparação, com uma mediação atenta e ativa do terapeuta como educador (Malpique & Fleming, 2010).

### **Donald Winnicott, e o processo natural de desenvolvimento**

As hipóteses de Winnicott (1965/1994), provêm da sua prática clínica e correspondem ao processo natural de desenvolvimento e amadurecimento, sendo este último a identificação primária mãe-bebé. Nesse contexto, a mãe deve emocional e fisiologicamente adaptar-se e estimular o recém-nascido. Uma criança não existe sem a mãe e o seu potencial inato emerge através dos cuidados maternos. A função materna e outras condições ambientais favoráveis são essenciais para que o bebé se desenvolva física e psiquicamente saudável. As características da saúde mental dependem da qualidade da dependência, ou seja, o desenvolvimento de uma criança depende dos cuidados maternos (Golse, 2005).

Um bebé vive num estado de dependência absoluta e necessita de um ambiente capaz de uma identificação íntima, que responda adequadamente às suas necessidades. Este ambiente, representado inicialmente pela mãe, implica uma preocupação maternal primária, que se caracteriza por uma elevada sensibilidade em responder às necessidades e/ou gratificação da criança. Essa adequação, se precoce, permite ao bebé não sentir as ameaças de aniquilação e estruturar-se internamente, ou seja, criar o seu *self* (Avellar, 2009).

A preocupação maternal primária desenvolve-se sucessivamente durante a gravidez e permanece durante algumas semanas após o nascimento, até se extinguir progressivamente. Este período é semelhante a um retraimento, de desagregação, ou mesmo a um estado esquizoide. A mãe ultrapassa este período e adota não ser totalmente gratificante para a criança, tornando-se numa mãe suficientemente boa, que cumpre as qualidades de apoio, proteção e aceitação, embora com deficiências momentâneas face à experiência que a criança pode experimentar no seu processo de maturação, entre a dependência e a independência (Hollway, 2012).

Os cuidados maternos pressupõem a identificação da mãe com o bebé, ou seja, a capacidade muito particular de empatia para perceber aquilo que o bebé necessita (Golse, 2005). Uma mãe que não apresente apreocupação maternal primária, será incapaz de prover as necessidades e invade o espaço do bebé. Torna-se angustiada e culpada, cuidando apenas funcionalmente da criança em vez de a libertar para as experiências através da exploração. Idealmente, deve proporcionar um ambiente facilitador e uma continuidade existencial que não intervenha no crescimento da criança, com reforço das suas capacidades inatas de desenvolvimento e maturação psíquicas (Winnicott, 1965/1994).

As funções do ambiente são imprescindíveis na maturação do Ego da criança (Golse, 2005). As três funções na função maternal, são: *holding*, *handling* e *object-presenting*. O *holding* é o amparo, físico e psíquico, em que a criança se encontra na dependência psíquica da mãe. O *handling* é a manipulação corporal, detalhadamente: higiene; vestuário; carícias e todas as trocas cutâneas diversas. O *object-presenting* é a capacidade da mãe em disponibilizar o objeto e preencher as necessidades, o que produz na criança, uma ilusão de controlar esse objeto. Perante

uma disponibilização excessivamente precoce, a criança reduz a sensação de necessidade, o que resulta numa rutura do desenvolvimento instintivo e prediz um falso *self*; perante uma disponibilização lenta, a criança contém o desejo para não ser aniquilada pela necessidade e submete-se ao ambiente (Hansen & Drovdaahl, 2006).

Uma mãe suficientemente boa é aquela que possibilita ao bebé uma satisfação das suas necessidades e proporciona precocemente uma ilusão de controlo. É fundamental que a mãe sustente essa ilusão na criança, indispensável para esta adquirir a confiança que lhe permitirá criar vínculos com o mundo externo. Em paralelo, a mãe deve ir desiludindo o bebé com pequenas faltas, que lhe provoquem uma frustração sofrível, que é o princípio de mudança do mundo interno para o externo, ou seja, a criança adquire a capacidade de pensar a partir de uma frustração, de uma falta (Winnicott, 1965/1994).

No processo de adaptação da criança, a ilusão primitiva é substituída e estruturam-se 3 espaços psíquicos, designadamente: interno; externo e transicional. O espaço transicional é um espaço intermediário, que serve para a criança experienciar o mundo, a experiência vivida, sente-se real no mundo e sente que o próprio mundo é real. Este espaço não é interno nem externo, ou seja, é do domínio da realidade e da subjetividade. É um espaço de ilusão, onde a relação de objeto acontece, sendo na essência, um espaço de brincadeira da criança (Sá, 2003). A capacidade de brincar da criança promove o seu desenvolvimento e a constituição do seu *self*. O brincar favorece a qualidade de experimentação, que se inicia na vida primitiva e repete-se ao longa da vida, o brincar é fazer (Hansen & Drovdaahl (2006).

A intervenção terapêutica assenta essencialmente no falso *self*, que derivou da relação de objeto com uma mãe insuficientemente boa. O acesso ao verdadeiro *self* será proporcionado se o terapeuta representar uma mãe suficientemente boa e se estabelecer uma relação de *holding*, que acolha o ego frágil do paciente e permita que as funções egóicas se integrem, pelo efeito de regressão (Hansen & Drovdaahl, 2006). É necessário reviver a relação precoce e procurar um referencial de confiança, que promova a independência e estructure um ser integrado, com um *self* sentido real (Sá, 2003). A maturação efetiva é conseguida através da capacidade de estar só, ou seja, a criança progride para a independência e a sua capacidade de estar só evolui, e adquire o sentido das responsabilidades e a autonomia, através da experiência das relações interpessoais, quer em família, quer no mundo (Golse, 2005). É um modelo desenvolvimentista, menos interventivo, em que a regressão atinge níveis mais arcaicos, com proeminência do “*espaço transicional*”, intersubjetivo, com o objetivo de estabelecer uma nova relação e desbloquear o desenvolvimento. A potencialidade existe e é expectável que o final do processo analítico resulte numa maior “*capacidade de estar só*” (Malpique & Fleming, 2010).

### **Wilfred Bion, as primeiras fases da organização do pensamento**

Teoricamente influenciado pela psicanálise freudiana e Kleiniana, as hipóteses de Bion provêm da intervenção analítica em pacientes adultos profundamente regressivos, e centra-se na organização do pensamento. Releva o aparelho de pensar os pensamentos e em diminuir na estrutura psíquica o excesso de estímulos que o sobrecarregam (Zimerman, 2004-2008).

A criança, pela imaturidade psíquica, regista uma reduzida capacidade de resposta a um evento traumático. Em angústia, deve ser auxiliada através da função continente da mãe, da sua *revêrie*, onde se desenvolve a capacidade de pensar e interiorizar angústias e ansiedades, inicialmente sem significado e eventualmente recebidas como traumáticas (Bion, 1962/1991).

O pensamento é uma correspondência entre uma preconceção e uma frustração (Sá, 2003). A relação e a interação do bebé com a mãe resultam da estimulação externa e interna e procuram no objeto a satisfação pulsional. Os pensamentos primitivos assentam em impressões sensoriais e/ou em vivências emocionais primitivas e de má qualidade, particularmente os protopensamentos que representam o objeto mau, os quais o bebé deve rejeitar (Bion, 1962/1991).

A tolerância à frustração é indispensável na estruturação de pensamentos: se suficiente, a criança usa mecanismos que alteram a experiência e gera elementos  $\alpha$ ; se insuficiente, recusa a experiência e expulsa elementos  $\beta$  (Zimmerman, 2004). Os elementos  $\alpha$  são impressões sensoriais e vivências emocionais primitivas, ou seja, afetos de base, os quais estruturam os pensamentos, que se manifestam inconscientemente. Contrariamente, os elementos  $\beta$  não servem ao pensamento e são rejeitados pela identificação projetiva. O aparelho de pensar os pensamentos estrutura-se face às noções conteúdo-continente e à dinâmica entre a posição esquizoparanóide e depressiva (Bion, 1962/1991).

A figura materna é continente das sensações da criança e identifica as projeções-necessidades do bebé, atribui sentidos e devolve adequadamente (Zimmerman, 2004). Em sobreposição, o *rêverie* designa a habilidade da mãe em conseguir intuitivamente compreender a criança (Bion, 1962/1991). Porém, uma mãe só é capaz de auxiliar a criança e conter as suas angústias, se ela própria, elaborar esses sentimentos. É de extrema importância a criança ter uma mãe continente e com capacidade de *rêverie*, por forma a suportar a frustração, adiar a gratificação e adquirir a capacidade de pensar (Zimmerman, 2004). A continência materna é crucial no processo de desenvolvimento do bebé, relevando a função alfa da mãe na aquisição e estruturação da capacidade de pensar do bebé, que promove a acomodação e elaboração das angústias traumáticas durante a vida (Bion, 1962/1991). A intervenção assenta na vontade de encontrar “*algo de verdade que se possa pensar*”, ou seja, transformar em pensamento (função alfa) o que até aí era impensável (elementos beta) (Malpique & Fleming, 2010). A formação do pensamento é imprescindível a uma teorização do desenvolvimento afetivo e intelectual. Deve ser promovida uma atitude nova, que permita novos modos de estimular as capacidades criadoras e o espírito de descoberta (Golse, 2005).

### **Edward Bowlby, e a noção de apego à mãe**

Para Bowlby (1989), a importância está na vinculação e ciclo de vida, com especial importância da infância. As hipóteses provêm da noção de apego e figura de apego, que é uma característica imprescindível nos primeiros anos de vida, onde a sua ausência ou privação, por si só ou articulada com outras variáveis, podem determinar psicopatologias que permanecem ativas na vida adulta. A originalidade desta teoria baseia-se na experimentação, ou seja, a necessidade de vinculação é também ela primária (Golse, 2005).

Uma criança que usufrui de uma base segura, desenvolve um padrão de apego seguro e é capaz de explorar o mundo sem medo. É um padrão saudável psicologicamente e é imprescindível no desenvolvimento, maturação e funcionamento emocional. Se o contrário se verificar, uma base insegura, desenvolve-se um apego inseguro, caracterizado pela ausência de explorações no ambiente, e o desenvolvimento e maturação encontram-se ameaçados (Ainsworth & Bowlby, 1991).

A questão consiste em identificar as influências no desenvolvimento e maturação da personalidade concomitantemente com a relação primária e com base na quantidade e qualidade de proteção e segurança experimentada na vinculação. O processo de vinculação é um comportamento através do qual a criança procura a proximidade das figuras de apego e estabelece diferentes modelos funcionais internos (Bowlby, 1989).

As reações da criança à separação da figura de apego podem ser distinguidas em três tipos principais: apego confiante, que é caracterizado pela procura da figura de apego; apego evitamento, que se caracteriza pelo evitamento da figura de apego; apego ambivalente, que é ansioso, caracterizado ao mesmo tempo pela procura e evitamento, e que quando confuso e desorganizado, pode resultar em preocupação ou estados depressivos (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Emerge um conceito interno operante centrado no apego, onde se reúne, a qualidade do vínculo de apego, tanto na criança como na mãe, e a emergência da ansiedade em cada ausência transitória dessa relação e conseqüente capacidade de recuperação (Brum & Schermann, 2003).

Para Bowlby (1989), as reações à separação da mãe são a base das sensações de medo e de ansiedade. Na vida adulta, estes estilos de afiliação mantêm-se e emergem nas mais variadas condições e tipos de relação, ou seja, se em adulto usufruiu de uma base segura, tende a procurar ajuda e a pedir apoio em caso de necessidade, caso contrário, é evitativo e enfrenta as dificuldades isoladamente. Os ambivalentes procuram apoio, mas apresentam elevados níveis de emoções e ansiedade. Em adulto, como em criança, exibimos os mesmos tipos de relação com o ambiente. A teoria do apego reforça a importância da formação de vínculos primitivos no desenvolvimento da personalidade e na vulnerabilidade à psicopatologia. Não é a presença de uma figura maternal ou a intensidade com que é vivida a relação, mas a sua qualidade. Essa qualidade é influenciada pelos comportamentos e respostas da criança, mas também pela disponibilidade da mãe (Ainsworth & Bowlby, 1991).

As relações primárias, securizantes ou não, servem de modelo para as relações estabelecidas na fase adulta. Porém, a ansiedade não é uma resposta restringida à frustração do comportamento de apego, mas a qualquer contexto que provoque instabilidade, reprime uma conduta instintiva ou ameaça a sobrevivência. Neste contexto, o comportamento de posse também concorre para a sobrevivência. O comportamento de posse é um comportamento instintivo de luta ou defesa, e a "figura de posse" possui características de serem usufruídas de modo imediato ou oportunamente, mediante a manifestação do comportamento de posse (Bowlby, 1989).



## **Organização de personalidade e mecanismos de defesa**

O ser humano adapta-se com base nas disposições individuais e também na forma como vive em relação, e perante as exigências do mundo (Sá, 2003). Absorvemos as experiências que temos ao longo da vida, experiências essas, que marcam a nossa individualidade e a nossa sociabilidade. Os comportamentos descrevem o que os indivíduos diferem entre si e resultam de estruturas psíquicas e esquemas relacionais únicos (Lopes, 2010). A vida mental manifesta-se através de padrões relativamente persistentes de comportamentos observáveis e que constituem a nossa personalidade, ou seja, pensamentos, sentimentos e emoções, que com o tempo permanecem estáveis e consistentes e determinam a nossa individualidade, especificamente, os traços de personalidade. O traço é um aspeto característico, é uma tendência que organiza as respostas e explica as diferenças que influem no desempenho de cada um, constituem o potencial e a orientação básica do indivíduo em qualquer período de vida e circunstâncias externas. (Pacheco & Sisto, 2003). Um ser humano está em constante interação diante uma trajetória de vida que lhe é única, baseada em experiências passadas, estimulações presentes e expectativas futuras. A qualidade das relações precoces origina uma tendência inconsciente, em resultado da estrutura e organização dessas impressões do mundo (McWilliams, 2006).

Perante um desconforto emocional, encontra-se comprometida a dinâmica e a mobilização interna dos recursos psíquicos, necessários para uma eficaz adaptabilidade em usufruir satisfatoriamente a vida. Se o pensamento é rígido e inadaptado, produz respostas inflexíveis a uma ampla série de situações pessoais e sociais (McWilliams, 2005). Kernberg (1996), reforça que o desenvolvimento psíquico saudável é aquele que consegue manter uma flexibilidade instrumental, com apreciação da realidade, sentido integrado de si e dos outros e organização de esquemas defensivos maduros.

Os mecanismos de defesa são estratégias mentais utilizadas pelo Ego contra os conflitos, ou seja, o Ego procura proteger-se das exigências pulsionais quando em perigo. O ego adulto revigorado continua a defender-se das ameaças, que na realidade já não existem, mas procura situações semelhantes, de modo a justificar, em relação àquelas, os esquemas regulares e frequentes que utiliza perante os impulsos (Sá, 2003). Cloninger (1999), refere que permitem o equilíbrio dos conflitos não resolvidos ao nível da consciência, com o intuito de reduzir ou eliminar a ansiedade e a conversão em sintomas. Sá (2003), menciona que os sintomas são sinais que se manifestam de múltiplas formas, principalmente como dores de alma, consciências de culpa, sentimentos de inutilidade, vazio de vida, angústias e ansiedades.

A angústia organiza-se a partir do conflito, entre o Ego, os desejos do Id, as regras do Superego e as exigências da realidade (Freud, 1905/1987). A redução da ansiedade cria uma sensação de alívio ao nível da consciência, onde a situação é reavaliada como menos ameaçadora e aparenta reduzir o impacto das circunstâncias adversas, através da distorção da realidade auxiliada pelos esquemas defensivos (Couch, 1995). Sá (2003), refere que o ideal é um sistema de adaptação emocional, sem constrangimentos internos ou externos que impeçam a normal expressão emocional, ou seja, sem esquemas defensivos.

O Ego é um produto do desenvolvimento e utiliza o princípio da realidade. As suas respostas organizam os padrões emocionais vividos e inconscientes, distintos entre si, tanto patológicos como adaptativos e que podem ser reversíveis (Vaillant, 1994). Coimbra de Matos (2002), menciona que são respostas adaptativas, se o esquema defensivo é consciente em relação às qualidades concretas do objeto e integra as necessidades instintivas e a realidade, e são respostas defensivas, se inconscientes, onde desconhece o objetivo e a qualidade do objeto presente. McWilliams (2005), refere que a qualidade de um esquema defensivo depende: das características específicas de pensamento; da natureza dos conflitos sofridos nas relações precoces; das defesas modelo decorrentes dos vinculadores ou outras pessoas significativas e do resultado do uso dessas defesas. A adaptabilidade emocional às situações adversas, reduz as ansiedades e controla as angústias, na presença de defesas maduras, que lhe possibilitam determinadas respostas em detrimento de outras rígidas e exclusivas, que impedem um raciocínio funcional. As defesas imaturas apresentam uma elevada relação com a psicopatologia e não têm em conta a realidade externa, revelando um reduzido funcionamento adaptativo e espontâneo (Sá, 2003). Couch (1995), refere que a organização da personalidade é identificada pelos mecanismos de defesa utilizados na adaptação ao ambiente e contexto de vida. Os esquemas defensivos maduros permitem prever não só a saúde mental como um melhor nível de saúde no funcionamento global do indivíduo. Appelbaum (2012), menciona que a estrutura de personalidade integra as seguintes variáveis: esquemas defensivos específicos, integração da identidade, teste da realidade, capacidade de autoconsciência, natureza do conflito primário e qualidade da transferência.

Bergeret (citado por Hegenberg, 2003), menciona duas estruturas de personalidade (neurótica e psicótica) e uma organização (estado-limite), sendo a estrutura definitiva e a organização provisória. Os critérios de diferenciação são a instância dominante, a natureza do conflito, as defesas principais e a relação de objeto. Sá (2003) refere que todos nós temos de lidar com a castração, com a des(organização) interna e com as relações de dependência, e a partir daí, criamos um caminho próprio e um estilo singular de ser. Em termos psicodinâmicos atualmente são consideradas três estruturas básicas de personalidade: a psicótica, a *borderline* ou limítrofe e a neurótica (Feldman, 2007).

Estas estruturas de personalidade derivam do processo de crescimento e maturação, desde a fase fusional, sem delimitação do Eu e Não-eu, e que evoluem com o desenvolvimento, até à emancipação do Ego (McWilliams, 2005).

Bergeret (citado por Hegenberg, 2003), refere que na estrutura psicótica, o Id é a instância organizadora e o conflito com a realidade é existencial. A angústia é de fragmentação e a relação de objeto é fusional. Um paciente psicótico apresenta sérias dificuldades de identidade, desorganização psíquica e o teste de realidade pode estar gravemente comprometido, com respostas e pensamentos ilógicos, pela distorção que faz da mesma (McWilliams, 2005). As metas psicoterapêuticas são a contenção e o suporte. O objetivo central é restabelecer o contato com a realidade e integrar a experiência psicótica no contexto de vida do paciente. É imprescindível promover o crescimento emocional relacionado com a mudança dos padrões de comportamento,

com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a adaptação social fora do *setting* terapêutico (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008). A intervenção objetiva o reforço das defesas do Ego e o recuo do Id, com preponderância dos processos conscientes e contacto com a realidade (Kernberg, 1995). McWilliams (2005), refere que os mecanismos de defesa característicos deste quadro, são as formas primitivas de introjeção, negação, retirada primitiva, controlo onipotente, idealização, desvalorizações primitivas, dissociação e clivagem.

Bergeret (citado por Hegenberg, 2003), refere que na organização *borderline*, o ideal de Ego é a instância organizadora e as angústias predominantes são o abandono, a perda ou separação e a invasão pelo objeto. A relação de objeto é de apoio (anaclítica), ou seja, uma relação dual em que a separação é sentida como algo insuportável, em que não se distinguem os traços próprios, o que significa a completa dependência face ao objeto e a necessidade revigorante da sua presença. Kernberg (1991), menciona que na ausência de objetos internos suficientemente bons, este paciente espera decisões que determinem ou apoiem a sua existência. As relações primárias foram adversas e efetivamente indiferentes e permanecem na vida adulta em relação ao objeto. Os mecanismos de defesa característicos deste quadro são a utilização de defesas primitivas, idealização, onipotência, desvalorização, identificações projetivas e denegação (McWilliams, 2005). Existe uma debilidade da estrutura psíquica, onde os limites internos e externos são pouco definidos e manifestam-se numa série de características de personalidade que irão provocar sérias dificuldades ao Eu, enquanto mecanismo adaptativo.

As metas psicoterapêuticas são a ampliação do ego e das capacidades de mentalizar e contenção de experiências que geram angústias. O objetivo central é a construção de uma imagem de si e dos objetos mais realista e equilibrada, que resulte na identificação dos padrões recorrentes de interação com os objetos e que fazem parte do seu mundo representacional interno (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008). A intervenção objetiva a reorganização do Ego através do desenvolvimento de defesas e mecanismos adaptativos maduros e um funcionamento psíquico mais elaborado. A questão centra-se no desenvolvimento face às formas arcaicas de relação com objeto, nas quais se encontra fixado (Kernberg, 1991).

Bergeret (citado por Hegenberg, 2003), refere que na estrutura neurótica o Superego é a instância organizadora e o conflito reside na relação entre o Superego e o Id. A angústia é de castração e a relação de objeto é genital. Um paciente neurótico consegue o teste da realidade e adquire os conteúdos manifestos, ou seja, apresenta um bom funcionamento psíquico e investe nas relações de objeto. Nesta estrutura, a identidade encontra-se integrada e a representação do *self* e objeto estão delimitados. As defesas são automáticas e inflexíveis e anulam as energias do Id, que poderiam ser usadas construtivamente. As metas psicoterapêuticas procuram a integração emocional e existencial, ou seja, reações com adaptabilidade às vivências (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008). A intervenção terapêutica envolve o enfraquecimento das defesas e o acesso ao Id, de modo a proporcionar uma ação construtiva através das energias pulsionais (McWilliams, 2005). Kernberg (1995), menciona a importância da investigação das relações e a capacidade de autoconsciência do paciente. As defesas mais utilizadas neste quadro são o recalçamento, deslocamento, racionalização e intelectualização. A investigação centra-se no presente e a

compreensão da realidade é construída com a integração do passado. Douglas (2009), refere que estes pacientes apresentam um sentido de vida, com objetivos definidos.

A personalidade é uma configuração de padrões estáveis, estruturada pelo psicólogo e a finalidade é identificar ao nível da teoria, a forma de ser e de funcionar que caracterizam um paciente. O objetivo é definir o que é característico e distintivo numa pessoa, ou seja, o que ela é e que ela não é (Appelbaum, 2012).

### **Ética e deontologia profissional**

Um psicólogo ao construir uma relação terapêutica e de trabalho autêntica, revela de imediato uma atitude ética e deontológica, onde um profundo respeito, com neutralidade e sem juízos de valor pelo paciente, representa uma confiança mútua (Bénony & Chahraoui, 2002). Em contexto clínico, a ética assume uma relevância insubstituível, quer em investigação, quer na prática e, principalmente perante a fragilidade emocional de cada paciente (Peddinielli 1999).

Em Portugal, o código ético e deontológico foi criado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), de acordo com a Lei nº 57/2008, de 4 de Setembro. O Regulamento nº 258/2011, de 20 de Abril, define que os psicólogos, no contexto da sua atividade, devem honrar os seguintes princípios: consentimento informado, privacidade e confidencialidade, relações profissionais, avaliação psicológica, prática e intervenção psicológica, ensino, formação e supervisão psicológicas, investigação e declarações públicas (OPP, 2011).

Os princípios são gerais e aspiracionais, ou seja, pretendem ser orientações no sentido de inspirar uma atuação em ideais de intervenção psicológica. Estes princípios são a moral comum da Psicologia, identificam uma coerência intelectual e estabelecem um raciocínio ético com base na natureza da intervenção psicológica (Diário da República, 2011).

Reimão (2008), refere que as exigências da ética profissional são atitudes valorativas, com responsabilidade, integridade, veracidade e sentido de justiça. A ética é uma teoria de como devemos viver e a ética profissional é a sua aplicação ao exercício de uma profissão. Em síntese, uma profissão necessita de regras que orientem o seu funcionamento, essas regras deverão estar subjacentes a determinados princípios ou valores aspiracionais, constituindo-se como um instrumento importante a um desempenho de excelência da psicologia, tendo em consideração os seus objetivos de promoção do bem-estar humano.

Bloch (1999), reforça que a conduta de um psicólogo deve ser transparente no que diz respeito aos objetivos e compromissos éticos em contexto clínico, onde se assevere sempre a dignidade humana.



### **Objetivos propostos**

O principal objetivo foi proporcionar um estágio acadêmico de elevado crescimento intrínseco, para além da aprendizagem, experimentação prática e teórica em intervenção e avaliação psicológica, suportado no quadro de referência psicodinâmico em ambiente real de trabalho e com elevado rigor e profissionalismo.

O orientador de estágio foi a Dra. Patrícia Roseiro, que estabeleceu inicialmente a utilização de 450 horas a serem distribuídas pelos objetivos propostos, designadamente: análise, reflexão, investigação e execução de práticas clínicas diversas; processo de avaliação psicológica e acompanhamento psicoterapêutico de apoio, supervisão semanal mínima de 3 horas; presença em ações de formação interna; elaboração de um artigo de opinião; planeamento e administração de eventuais palestras ou formações na sede ou associados; eventual desenvolvimento de projetos de intervenção junto dos associados e presença em eventuais feiras ou eventos em representação do centro.

No que diz respeito à estrutura do relatório de estágio, foi determinada uma primeira parte introdutória, seguida da caracterização da instituição e enquadramento teórico, e uma segunda parte de exposição dos estudos de caso clínicos, especificadamente: 2 casos clínicos (resultados e interpretação da avaliação psicológica, psicodiagnóstico, metas de aconselhamento psicológico, análise da progressão terapêutica, resumo das sessões e conclusões finais).





## Método

Em Novembro de 2013, iniciou-se o estágio académico com a sensibilização de regras internas, uso das instalações e estipulou-se a calendarização de presenças fixas para a concretização dos objetivos propostos. A abordagem integrativa e o constante desenvolvimento de conhecimentos, investigação e intervenção prática, facultam as competências e a experiência fundamental à futura atividade profissional.

Em Dezembro de 2013, ocorre a entrega do primeiro caso para avaliação e acompanhamento psicoterapêutico de apoio, em Fevereiro de 2014, o segundo e em Março de 2014, o terceiro. A duração das sessões é de 45 minutos, com frequência semanal e comumente no mesmo dia e à mesma hora. O processo de aceitação de um paciente emprega um procedimento específico e de acordo com a atuação interna do centro, ou seja, uma 1ª consulta orientada à clarificação do pedido/queixa através de uma entrevista não diretiva e consequente marcação de avaliação psicológica, uma 2ª consulta, onde se realizam provas de avaliação psicológica, adequadas ao pedido/queixa e idade do paciente, seguida de uma 3ª consulta reservada à devolução de resultados decorrentes da avaliação psicológica em relação à sintomatologia apresentada e eventual estabelecimento do contrato e acompanhamento psicoterapêutico de apoio. Após, concretiza-se a primeira sessão e o início do processo de trabalho terapêutico. As provas de avaliação psicológica adequadas aos casos clínicos e descritos no relatório foram o Teste Rorschach – Exame de Personalidade e Funcionamento Emocional, Sistema Compreensivo de Exner; o TAT – Teste de Aperceção Temática e a elaboração dos objetivos terapêuticos com base no PDM (PDM Task Force, 2006) em correlação com a progressão terapêutica.

A supervisão é um processo imprescindível de instrução, acompanhamento e enriquecimento profissional, com uma estrutura flexível e prática, onde a partilha de experiências clínicas dos diversos pacientes em acompanhamento psicoterapêutico e das dificuldades sentidas na relação terapêutica proporcionam uma validação constante do rumo e progressão da investigação. É um trabalho reflexivo e constitutivo, que promove o desenvolvimento de competências através da experiência em *setting* terapêutico e materializa uma intervenção cada vez mais adequada e responsável. As sessões terapêuticas foram transcritas e apresentadas semanalmente com o objetivo de rever as hipóteses e conjeturas de trabalho diagnóstico, por um lado, e por outro, das técnicas em sessão e verificação da evolução das metas psicoterapêuticas. A supervisão permitiu ainda, outras abordagens temáticas e atuais, enquadradas numa visão clínica e com base na linha de pensamento teórica utilizada no centro.

## Participantes

Durante o estágio, foram realizadas avaliações psicológicas e intervenções em psicoterapia de apoio a 3 pacientes e um processo de avaliação de orientação vocacional escolar e profissional a 1 paciente, nomeadamente:

- Nome: P.

- Marcação de avaliação psicológica: requerida pela própria.
- Motivo da consulta: sentimentos de angústia, humor depressivo e ansiedade elevada.
- Instrumentos de avaliação: Teste de Roschach e TAT.
- Nº de sessões: 17 à data do relatório.

Observações: 1ª consulta em 21-12-2013, avaliação em 27-12-2013, em evidência de progressão terapêutica, mantendo-se com frequência semanal. Caso apresentado no relatório.

- Nome: A.
- Marcação de avaliação psicológica: requerida pela própria.
- Motivo da consulta: ansiedade elevada, sentimentos de angústia e impotência.
- Instrumentos de avaliação: Teste de Roschach e TAT.
- Nº de sessões: 9 à data do relatório.

Observações: 1ª consulta em 19-02-2014, avaliação em 26-02-2014, em evidência de progressão terapêutica, mantendo-se com frequência semanal. Caso apresentado no relatório.

- Nome: J.
- Marcação de avaliação psicológica: requerida pela própria.
- Motivo da consulta: distúrbios alimentares e fatores precipitantes relacionados com os ciclos de indução de vômito.
- Instrumentos de avaliação: Teste de Roschach e TAT.
- Nº de sessões: 4 à data do relatório.

Observações: 1ª consulta em 29-03-2014, avaliação em 05-04-2014, em evidência de progressão terapêutica, mantendo-se com frequência semanal. Caso não apresentado no relatório.

- Nome: M.
- Marcação de orientação vocacional: requerida pela Psicóloga Clínica.
- Instrumentos de avaliação: COPS e BRPD.
- Observações: avaliação em 22-03-2014 e devolução em 29-03-2014.

Dados os objetivos do presente relatório, apenas serão descritos detalhadamente dois dos casos trabalhados, o caso P. e o caso A. A designação do paciente, por uma letra, pretende preservar a identidade dos participantes, face à exposição dos dados clínicos.

### **Procedimentos**

O estágio académico teve início em Novembro de 2013 e findou em Junho de 2014. Toda a articulação das atividades e prática clínica dependeu da disponibilidade dos pacientes, da adaptabilidade dos gabinetes de atendimento e da equipa de trabalho do centro, a qual é constituída por vários profissionais que intervêm em diversas áreas da psicologia clínica.

O horário estabelecido, fixo e presencial, para as diversas atividades de estágio, compreendia as terças-feiras e quartas-feiras, das 18h às 22h, e ainda ao sábado da parte da manhã, das 10h às 13h. A supervisão encontrava-se calendarizada para as quintas-feiras, das 18h às 23h, com carácter obrigatório e fixo.

As segundas-feiras, das 18h às 20h, encontravam-se reservadas à orientação na Universidade Lusíada de Lisboa, com o Prof. Dr. António Rebelo.

Todos os pacientes tiveram o conhecimento prévio, de que seriam atendidos por psicólogos clínicos estagiários.

### **Atividades desenvolvidas**

Foram concluídas e transpostas as 450 horas de estágio previstas, que envolveu as horas decorrentes do horário fixo instituído, e ainda as horas de trabalho complementar no domicílio e/ou outros locais.

As atividades desenvolvidas foram:

- Avaliação psicológica e acompanhamento psicoterapêutico de apoio de 3 pacientes (atendidos na sede);
- Preparação para aplicação de provas psicológicas utilizadas nos pacientes e consequente interpretação e devolução de resultados;
- Supervisão semanal individual e em grupo das práticas clínicas com um mínimo de 3 horas;
- Realização de uma orientação vocacional escolar e profissional nos dias 22 e 29 de Março de 2014, que proporcionou o contacto e a aprendizagem de competências neste domínio, com a aplicação dos instrumentos COPS - California Occupational Preference System e BRPD - Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial, e posterior interpretação e devolução de resultados obtidos com discriminação do perfil de interesses e indicação de aptidões necessários aos mesmos, constante no anexo A;
- Preparação de conteúdos para a eventual realização de *workshops*, designadamente: “Vencer a Vida” com o objetivo de um planeamento estratégico pessoal e “Comunicar com Eficácia”, com o objetivo de desenvolver técnicas de comunicação eficientes, ambos constantes do anexo B. Embora divulgados na comunidade, até à data do relatório não existiram marcações;
- Intervenção comercial em representação do centro, no Modelo Continente em Mem Martins nos dias 14 e 15 de Dezembro de 2013, com o objetivo de apresentar a oferta de serviços de apoio psicológico e divulgar ainda a possibilidade de intervenção a preços reduzidos, e ajustados às dificuldades económicas e estruturais do país, por parte de estagiários académicos e profissionais;
- Presença no Externato N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> da Conceição no dia 19 de Dezembro de 2013, com o propósito de uma observação naturalista de comportamentos de crianças em

sala de aula, com a finalidade de despiste precoce e sinalização de condutas visíveis e problemáticas, e posterior comunicação e sensibilização dos encarregados de educação, através da própria instituição com apoio de um relatório facultado pelo centro, que teve de base a observação no anexo C;

- Diversos trabalhos de pesquisa e investigação relacionados com o modelo de intervenção de orientação psicodinâmica e teorias subjacentes, sobretudo as estruturas de personalidade (*psicose-borderline-neurose*), mecanismos de defesa e a síntese do livro *Psicanálise e Mudança Psíquica-Cartografias para uma Viagem*, constante do anexo D;
- Estudo aprofundado sobre os modelos de avaliação usados no centro, nomeadamente, a aplicação, cotação e interpretação das seguintes provas: WISC-III - Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças e WAIS-III - Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos; COPS - California Occupational Preference System – Inventário de Interesses; GROWING SKILLS – Escala de Avaliação de Competências e Desenvolvimento Infantil para Rastreamento das Áreas de Desenvolvimento da Criança; BAR-ILAN – Teste de Figuras para Crianças - Entrevista Semi-projetivas – Avaliação do Desenvolvimento da Criança; DESENHO da FAMÍLIA – Avaliação do Estado Afetivo da Criança e Estruturação da Personalidade; CAT-A – Prova Projetiva para Crianças - Avaliação de Diversos Aspectos da Personalidade; TAT – Prova Projetiva para Adultos - Avaliação de Diversos Aspectos da Personalidade em Situações; RORSCHACH – Avaliação da Personalidade de Carácter Projetivo para Adolescentes e Adultos;
- Estudo do PDM – Psychodynamic Diagnostic Manual;
- Presença em Janeiro de 2014, no Workshop: “Quando a leitura e/ou escrita representam obstáculos no desempenho escolar – dificuldades de aprendizagem (dislexia, disortografia e disgrafia)”.

### **Outras atividades paralelas**

Para além das atividades desenvolvidas no Centro e no âmbito profissional (trabalhador estudante), destaca-se a participação no processo de Mentoria coordenado pela Prof<sup>a</sup>. Doutora Tânia Gaspar, Diretora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde, da Universidade Lusíada de Lisboa, e com supervisão da Dra. Francisca Albergaria e Prof. Dr. António Rebelo.

Decorria às sextas-feiras entre as 18h e as 19h, no Centro de Desenvolvimento Comunitário Bº dos Loios, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Um mentor é alguém que se dispõe a estar ao lado de um adolescente em risco, para lhe oferecer uma relação segura e um modelo sólido, que exerça uma influência positiva e o ajude a construir um plano de vida, com objetivos e sentido de existência. Certificado constante no anexo E.

## **Instrumentos**

A avaliação psicológica é uma pesquisa sistemática que utiliza meios e técnicas, que avaliam e descrevem com objetividade o funcionamento psicológico em situações de necessidade de um paciente ou cliente (Primi, 2005). Envolve uma recolha de dados através de métodos padronizados e permite a decomposição discriminada, objetiva e rigorosa da realidade psicológica (Feldman, 2007).

Para a compreensão do funcionamento psicológico e emocional de cada paciente, foram utilizadas os seguintes instrumentos:

- Entrevista Clínica;
- Teste de Rorschach – exame de personalidade e funcionamento emocional - sistema compreensivo de Exner;
- Teste de Aperceção Temática para adultos (TAT).

As técnicas projetivas disponibilizam estímulos ambíguos e não reveladores do seu intento, o que desimpede as projeções inconscientes das emoções e sentimentos (Cunha, 2000).

O manual de referência dos padrões de personalidade e enquadramento de estrutura de personalidade utilizado foi o PDM (PDM Task Force, 2006).

## **Entrevista clínica**

A entrevista clínica é um método que apoia a clínica instrumental e institui uma relação privilegiada com o paciente (Bénony & Chahraoui, 2002). Sá (2003), refere que é um meio de avaliação e de intervenção, que acede à subjetividade do paciente e revela os seus sonhos e fantasmas. Auxilia a descrição do contexto em que surgem as dificuldades e compõe o núcleo da relação de trabalho (Pedinielli, 1999).

De acordo com Leal (2008), é uma relação formal e direta com o paciente, e é um método de avaliação e diagnóstico que procura materializar um resultado estruturado e suportado empiricamente. O referencial teórico coloca a normalidade numa distribuição média e padronizada, e não em função de juízos precários. Cada entrevista é única, complementa o método clínico, e é uma escuta ativa diante da individualidade de cada paciente (Pedinielli, 1999).

No método clínico, a entrevista é um processo especializado e com regras próprias, perante a personalidade e sentido de vida dos pacientes (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008). Leal (2008), considera a entrevista clínica um instrumento insubstituível, que estrutura a biografia do paciente. O paciente efetua a introspeção, ou seja, toma consciência do significado que impõe às experiências com o mundo (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008) e espera que lhe deem as respostas às suas preocupações e resolvam os seus problemas (Aguilar, Oliva & Marzani, 2003).

É um processo dinâmico em espaço de trabalho e de relação, que necessita de um vínculo seguro (Campos, 2012). A relação terapêutica só evolui se o processo atingir a intencionalidade de um vínculo seguro e de construção de uma ligação facilitadora da intervenção psicológica (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2008). Um vínculo seguro e autêntico apoia a prática

clínica, e é determinante na estabilização e redução das manifestações de sofrimento (Cordioli, 2008).

A entrevista utilizada foi a não diretiva, onde o terapeuta escuta os pacientes sem dirigir ou interferir no seu discurso e abstém-se de manifestar juízos e conselhos. A técnica usada, baseia-se na auscultação da verbalização livre dos conflitos por parte do paciente e o terapeuta não deve ser senão o espelho que reenvia aquilo que lhe é acessível (Sá, 2003). De acordo com Bénony & Chahraoui (2002), é uma escuta ativa e paciente, e não uma ausência. O paciente verbaliza livremente e o terapeuta escuta, empresta sentido e devolve em espelho as representações e as emoções, por vezes, implícitas (Pedinelli, 1999). Sá (2003), refere que o terapeuta assiste, repetindo apenas como fio condutor da realidade psíquica e em resultado dos estados emocionais do paciente.

### **Teste de Rorschach – exame de personalidade e funcionamento emocional**

O sistema compreensivo de Exner correlaciona as variáveis da experiência, significação e qualidade perceptiva ou associativa do mundo interno e externo. É um instrumento de medida comportamental baseado no desempenho e proporciona uma hipótese projetiva, onde o paciente estrutura uma informação ambígua e o terapeuta interpreta as respostas dadas, num conjunto de normas representativas e compreensivas, que permitem a decomposição estrutural temática e comportamental de forma quantitativa e qualitativa (Feldman, 2007). Permite inquirir a personalidade, e identificar a estrutura cognitiva através dos significados internos e impressões próprias que resultam em significações perceptivas (Cunha, 2000).

É composto por 10 cartões com manchas de tinta bilateralmente simétricas, onde 5 são monocromáticos, 2 são bicolores e 3 são policromáticos, que servem de estímulo na avaliação estrutural da personalidade, com base na estrutura cognitiva e conteúdos associativo-perceptivos do mundo interno (Exner & Sendin, 1995). É aplicado individualmente e numa única sessão, à esquerda ou à direita do paciente e num ângulo de 90 graus, com o objetivo de anular a interferência da linguagem não-verbal e, ao mesmo tempo, observar os comportamentos. Toda a intervenção exige uma postura neutra e recetiva, embora contida. É iniciado com uma sumária instrução à sequência do teste, especificamente, que irão ser apresentados um conjunto de cartões com imagens, onde o paciente vai encontrar umas manchas de tinta, perante as quais lhe é dito “O que é que isto lhe faz parecer?” no início de cada um. O objetivo é conseguir o mínimo de 14 respostas, que resultem da apresentação de todos os cartões, com o objetivo de auxiliar a decomposição e reduzir a correlação de respostas. A primeira fase do teste é feita em associação livre por parte do paciente, em que o psicólogo regista literalmente as respostas. Após concluída, esta fase, segue-se o inquérito que completa a recolha de informação e certifica a sua codificação. A codificação determina a localização do percepto no cartão e a motivação, isto é, a sua construção associativa (Exner, 2003).

A agregação e codificação das respostas segundo o protocolo projetam a organização interna e revelam os processos que regulam a personalidade em avaliação. Cada resposta é codificada face ao cartão que a induziu, particularmente: localização; qualidade evolutiva do

percepto (QD); determinantes; qualidade formal (QF) da percepção da mancha; conteúdo da resposta; organização da resposta; popularidade da resposta (P) e características incomuns na resposta (CE – códigos especiais) (Exner & Sendin, 1995). Posteriormente, o resultado é apresentado no sumário estrutural e comparado em índices normativos face aos desvios-padrão e interpretação no sistema compreensivo. As estruturas estão pré-definidas na figuração da informação: controlo e tolerância ao *stress*; capacidade de controlo emocional; processamento de informação; mediação cognitiva e estratégias defensivas; ideação; recursos afetivos; auto-percepção e percepção interpessoal (Exner, 2003).

A informação recolhida possibilita uma amplitude psicológica que é imprescindível avaliar, de modo, a obter a dinâmica psicológica do paciente (Exner, 1994).

### **Teste de Aperceção Temática para Adultos (TAT)**

Henry Murray (1935) na teoria que concebeu sobre as características da personalidade, desenvolveu o Teste de Aperceção Temática (TAT), uma prova projetiva que investiga e analisa a dinâmica de personalidade. Tem por base a investigação do funcionamento psíquico assente em variáveis de suporte psicanalítico, sobretudo a motivação do inconsciente através da verbalização e conseqüente identificação dos esquemas defensivos (Shentoub et al.,1999). Permite a análise da verbalização, quer na forma, quer em conteúdo (Boekholt, 2000). É um instrumento que permite um diagnóstico dinâmico, através de situações concretas e vividas, e assenta no significado atribuído às mesmas (Cunha, 2000).

A sua aplicação é individual e numa única sessão. Consiste na apresentação de 16 cartões, que envolvem processos do quotidiano em concreto e relativamente aos quais o paciente mobiliza um conjunto de mecanismos mentais e atribuirá um determinado significado pelas suas vivências, isto é, cria uma fantasia a partir da realidade. É iniciado com uma sumária instrução ao teste, especificamente, que deve imaginar uma história a partir de cada cartão/imagem mostrado, designadamente: “imagine uma história a partir desta imagem”. O teste engloba alguns cartões únicos para o sexo masculino e outros para o sexo feminino, e ainda um que é só proposto para adultos. Segue uma apresentação lógica face aos estímulos pretendidos, a qual vai das situações mais estruturadas para as mais simples, onde o cartão 16 (em branco) é o último a ser exibido para análise (Shentoub et al.,1999).

Em análise às respostas dadas, cartão a cartão, acede-se aos registos conflituais e problemáticos e modos de relação interna e externa (Cunha, 2000). As respostas são agrupadas em séries, segundo a elaboração do discurso e dos esquemas defensivos. É um processo que facilita e atenua o sofrimento psíquico, e a frustração imposta pela realidade interna e ativada pelo conteúdo latente de cada cartão, que revela o modo de funcionamento dominante, nomeadamente: fuga/evita ou altera/modifica o sofrimento psíquico e a frustração, que gera angústia, em algo que cria (Shentoub et al.,1999).

De acordo com Parada & Barbieri (2011), o conteúdo manifesto de cada cartão, ao ser percebido, impele à regressão de determinadas sensações inconscientes, emoções ou memórias, que face ao estímulo latente de cada imagem, origina um certo nível de conflito. É uma

confrontação consciente e inconsciente, que estrutura e revela os modos de funcionamento e conflitos nas relações interpessoais.

### **Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)**

O psicodiagnóstico aborda o paciente como um todo, compreendendo as várias etapas de vida. Procura sistematizar a existência ou não de uma perturbação mental e quais as variáveis que a desencadearam e que a mantêm ativa (Exner, 1994). O psicodiagnóstico enquadra os sintomas em pressupostos teóricos, com identificação e avaliação de aspetos específicos que dão sentido ao trabalho terapêutico (Cunha, 2000). A saúde mental envolve padrões de funcionamento comportamental, emocional, cognitivo e em relação ao objeto (Sá, 2003).

O Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) é um manual que proporciona a classificação dos padrões de personalidade e perturbações habitualmente encontradas em consulta, e os consequentes perfis de funcionamento mental esperados. Tem por base a investigação associada às organizações psicanalíticas mundiais, especificadamente: Associação Psicanalítica Americana; Associação Psicanalítica Internacional - Psicanálise (Divisão 39); Academia Americana de Psicanálise e Psiquiatria Dinâmica; Comité Nacional de Psicanálise Clínica em Serviço Social.

Este sistema de diagnóstico complementa o DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais e o CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (PDM Task Force, 2006). Estrutura-se em 3 secções, especificamente: secção 1 - classificação das perturbações de saúde mental no adulto; secção 2 – classificação das perturbações de saúde mental na criança e adolescente; secção 3 – suporte conceptual e de investigação psicodinâmico. Cada secção apresenta 3 eixos, especificamente: o eixo P – padrões de personalidade e perturbações, onde se localiza o paciente num *continuum* de funcionamento, desde o saudável até ao desorganizado, e quais as características individuais de organização mental; o eixo M – funcionamento do processamento de informação, aprendizagem, expressão de sentimentos e emoções, capacidade de relação, defesas e juízos morais; o eixo S – experiência subjetiva de padrões de sintomas, face às experiências individuais e em relação, aspetos afetivos, processos cognitivos e somáticos (PDM Task Force, 2006).

O PDM utiliza a abordagem multidimensional e holística do funcionamento mental esperado e facilita a sistematização e o planeamento das intervenções adequadas, com base nos aspetos afetivos, cognitivos, somáticos e relações interpessoais (Idem).



## **Estudo de casos**

De acordo com Pedinielli, & Fernandez (2008), o estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação qualitativa, e a recolha de dados encontra a individualidade e a multiplicidade que advêm da problemática do paciente. Este método, reúne um conjunto de informações em contexto direto, estruturado e explicativo sobre a atividade e estrutura psicológica de um paciente (McWilliams, 2004). Sá (2003), refere que a informação clínica deve ser baseada na razão e não em intuição. McWilliams (2004) menciona que deve assentar em características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos.

É um método transversal em psicologia, quer na prática, quer como meio de comunicação e validação de hipóteses teóricas. É uma investigação sistemática de casos individuais (Pedinielli & Fernandez, 2008). Permite avaliar o paciente na sua completude de forma estruturada e explicativa, com respeito pela sua singularidade e originalidade (Pedinielli, 1999).

O relatório segue a metodologia de estudo de caso e foram selecionados 2 casos clínicos, ambos do sexo feminino, especificamente os casos P. e A., informados anteriormente, em que o acompanhamento psicoterapêutico de apoio (orientação psicodinâmica), foi realizado por um psicólogo estagiário, embora com supervisão da prática clínica, pelo orientador de estágio, Mestre Patrícia Roseiro.

Na avaliação de ambos (casos clínicos), para além da observação clínica assente na entrevista (não diretiva), foram utilizadas e aplicadas as provas: Teste Rorschach – Sistema Compreensivo de EXNER e Teste de Aperceção Temática (TAT), com a aplicação de 16 pranchas, nomeadamente: 1, 2, 3BM, 4, 5, 6GF, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 11, 12BG, 13B, 13MF, 19 e 16.

Um aspecto importante da relação terapêutica é o vínculo no processo terapêutico, que nos casos de P. e A., desde cedo foi sentido, e auxiliou o procedimento de avaliação e recolha da informação com naturalidade e espontaneidade.

Os resultados relativos à avaliação (respostas, cotações e interpretação) do estudo dos casos P. e A. encontram-se nos anexos F. e G. respetivamente.

### **Apresentação do caso P.**

P., 39 anos, sexo feminino, casada e sem filhos por opção, sendo a irmã mais velha de uma fratria de 2 irmãos. Tem frequência universitária e profissionalmente exerce a função de administrativa numa Câmara Municipal. Vem à consulta de psicologia por indicação do psiquiatra, com quem tem consultas há 2 anos. Encontra-se medicamentada com ansiolíticos e antidepressivos. Na 1ª consulta, apresentou-se emocionalmente lábil, chorando por diversas vezes. O discurso apresentava-se estruturado e espontâneo. Encontrava-se de baixa, ausente no trabalho e opunha-se em retomá-lo, sentindo-se zangada e injustiçada com o ambiente laboral, que descrevia como “adverso”, referindo “a minha chefia é o mal em pessoa”. À data da 1ª consulta, tinha pedido transferência interna na câmara, para mudar de secção, ao qual aguardava resposta. Face a essa questão, justificou e expressou sentimentos de inferioridade, e medo de não

ser capaz, indicando por diversas vezes que “não tenho conhecimentos” para estar naquela secção, mas enquanto esteve, fez sempre o que lhe pediam. Manifesta com frequência movimentos de vitimização e indica que o trabalho era feito com “muito esforço e sofrimento (...) trabalhei muito” e “aguento situações extremas de trabalho”. Alternadamente, procura valorizar-se face às suas capacidades, descrevendo-se como uma boa funcionária e que alcançou sempre a nota máxima nas avaliações de desempenho, apesar de as descrever como “desmesuradas e exageradas”. Em constantes ciclos de vitimização, indica que atualmente “é difícil viver assim (...) com ataques de pânico” e “não aguento mais viver assim”. O sofrimento parece ser a sua tensão central e descreve recorrentes pensamentos de “desilusão”, “rancor”, “tristeza”, “amargura”, “desespero em relação ao meu futuro” e “maus pressentimentos”, adoptando uma postura de “vítima” ou “amaldiçoada”. Para além destes pensamentos, P. sente-se desvalorizada, diminuída e rejeitada no relacionamento interpessoal, com particular incidência no contexto laboral, ao sentir que é “desprezada” e “humilhada” diante condições excessivas de trabalho, que executa, mas sentindo-se “incapaz” e “inferior”, reforçando a sua vitimização ao mencionar “estou extremamente fraca, tenho que fazer um esforço muito grande” e “sou uma coitada, que não teve oportunidade de ser feliz e não posso fazer nada contra isso”. As relações no contexto laboral, são marcadas por uma ansiedade de desempenho e não percebe a razão de não a reconhecerem, apesar do esforço que faz ao trabalhar, que classifica como “sobre-humano”, sentindo-se constantemente “injustiçada” e “enganada”. Nas sessões, emergem sentimentos de tristeza e zanga, defronte das “injustiças” que sente nas experiências vividas, quer em contexto laboral (entretanto, transferida internamente de secção), quer nas relações com a mãe, irmão e comunidade religiosa a que pertence. P. não refere ou apresenta alternativas ou soluções face ao sofrimento e sugere ostentar ao conseguir viver assim, um sentimento de superioridade moral, caracterizado por sofrimento e submissão, numa espécie de impressão altruísta, que expõe ao referir “carrego o mundo e talvez um dia seja recompensada”, “sinto uma obrigação em ajudar os outros” e “sinto-me bem quando ajudo, é uma questão de moralidade e preocupação pelo próximo”. Sente-se assustada quando entregue a si própria, pelo que opõe-se a ficar sozinha, sobretudo nos dias que qualifica de “extremo nervosismo”, o que sugere desamparo e dificuldades na elaboração afetiva das suas experiências subjetivas de vida diária, que resultam em medos e ataques de pânico. Recorre repetidamente à vitimização e reclama ainda a falta de apoio, que refere raramente receber, apesar de expressar “estou sempre disponível para ajudar os outros, muitas vezes em meu prejuízo”. A relação com a figura materna é descrita como conflituosa e instável. Esta figura é caracterizada como autoritária, desvalorizante e crítica das suas qualidades, ou seja, punitiva. Adiciona, a necessidade de manter o apoio funcional sistemático à figura materna, apesar da exaustão física e raiva subjacente a esse apoio, ao qual refere “tenho de aguentar, é mais um peso na minha vida”. Em relação ao passado, descreve a figura materna como tendo sido sempre rígida, distante e fria, e da qual “não se recorda de receber carinhos ou ternuras”. A figura paterna encontra-se fisicamente ausente e a relação é descrita como conflituosa, sempre que é estabelecido algum contato. Em relação ao passado descreve a figura paterna como distante e em conflito permanente com a figura materna, e releva que lhe é difícil esquecer ou perdoar a

“indiferença do pai pela família”. O irmão (vive atualmente sozinho e é independente) é sentido como vazio e funcional, e descreve a falta de “reciprocidade” na relação, especialmente em situações que necessita de apoio ou envolvam o amparo à mãe. Em suma, descreve um ambiente familiar “muito perturbado” em termos de dinâmica relacional.

### **Resultados e interpretação da avaliação psicológica**

Efetou-se a avaliação psicológica através das provas Rorschach e TAT, e em ambas as provas de avaliação psicológica, P. foi colaborante e não mostrou qualquer sinal de dificuldade aparente e/ou resistência em responder.

No Teste Rorschach obtiveram-se 16 respostas e nenhuma recusa, pelo que o protocolo foi considerado válido ( $R = 16$ ). O valor Lambda encontra-se elevado ( $L = 1$ ), o que sugere um controle intelectual elevado e uma excessiva simplificação das suas percepções. O uso reduzido de recursos subjetivos e intelectuais, associado a um processamento deficitário em emoções e afetos no contacto com a realidade, provoca a perda de elementos chave e importantes de informação externa, resultando em condutas menos eficazes e dificuldades no processo de tomada de decisões.

A constelação/índice com maior valor de referência é a de suicídio ( $S\text{-com} = 7$ ), o que sugere uma tendência em adotar condutas autodestrutivas e com inclinação à agressividade contra si. Segue-se o índice de depressão positivo ( $DEPI = 5$ ), o que sugere a existência de perturbações afetivo-emocionais com perda da capacidade de resposta, modulação e descarga emocional. O índice de *deficit* relacional, encontra-se igualmente positivo ( $CDI = 4$ ), o que sugere uma tendência para a desorganização funcional, particularmente, em situações quotidianas de tensão ou em que existem expectativas muito altas ao nível social e interpessoal.

De acordo com as estratégias de interpretação das variáveis chave e a sequência de exploração de agrupamentos (Exner & Sendin, 1995), o esquema para análise é o seguinte:

- Controlo e tolerância ao *stress* (CS);
- Aspectos afetivos (A);
- Perceção de si (PS);
- Perceção e relacionamento interpessoal;
- Processamento de informação (PI);
- Mediação cognitiva (Md);
- Ideação (Id).

Na capacidade de controlo e tolerância ao *stress*, P. sugere vulnerabilidade. Apresenta menos recursos psíquicos do que o esperado para gerir as situações de *stress*, o que aumenta a tensão interna ( $es = 5; EA = 3,5$ ). Denotam-se dificuldades perante diversas situações quotidianas ( $CDI = 4$ ).

Nos aspetos afetivos, sugere evidenciar frequentes estados de depressividade e alterações de humor ( $DEPI = 5$ ). Denota-se uma reduzida modulação afetiva ( $FC:CF+C = 0:1$ ). Para evitar perder o controlo emocional e afetivo, procura afastar situações de maior sobrecarga

emocional ( $Afr = 0,45$ ). As componentes hostis não parecem ser exteriorizadas ( $SumC':SumpC = 1:1,5$ ), o que potencia processos de somatização ( $An+Xy = 4$ ).

Quanto à percepção de si, apresenta baixa autoestima e desvalorização pessoal ( $3r+(2)/R = 0,13; Fr+rF = 1$ ).

Na percepção das relações interpessoais, P. sugere construir a imagem dos seres humanos em geral com base em aspetos de idealização, ao invés da experiência real ( $H:(H)+Hd+(Hd) = 0:4$ ). Parece apresentar uma necessidade de proximidade ( $T = 1$ ), sem que no entanto esta se associe obrigatoriamente a interesse interpessoal ou a processos de identificação com os demais ( $H = 0$ ).

Ao nível do processamento da informação, P. sugere apresentar um estilo hipoincorporador, ou seja, parece realizar exames pouco cuidadosos do campo estimular, podendo as suas respostas ao meio resultarem de forma precipitada ( $Zd = -6$ ). Evidencia um modo de elaboração impreciso, carente de objectivação da informação processada, a qual permanece vaga ( $DQv = 1$ ).

Na mediação cognitiva, apresenta-se pouco convencional nas suas percepções, percepcionando a informação de forma muito particular e pouco ajustada, o que influencia a capacidade de adaptação e resposta ( $P = 4; X+% = 50%; X-% = 38%$ ). O afastamento da convencionalidade das suas percepções parece encontrar-se aumentado perante a simplificação das mesmas ( $F+% = 38%$ ).

Os processos ideativos encontram-se pautados por uma tendência à intelectualização, ou seja, tende a neutralizar o impacto emocional a partir do processamento cognitivo ( $2AB+(Art+Ay) = 4$ ).

Os procedimentos derivados da aplicação do TAT sugerem uma associação de procedimentos, nomeadamente:

- Série A - procedimentos de controlo (rigidez): (A2.1) (A2.13) (A2.8) (A2.3) (A2.2) (A2.4) (A2.10) (A2.6) (A1.2) (A2.12) (A2.17) (A2.5);
- Série B - labilidade: (B2.1) (B2.3) (B2.5) (B2.9) (B1.1) (B1.2) (B2.4) (B2.10) (B2.11) (B2.12) (B1.4) (B2.8);
- Série C - evitamento do conflito: (C/Fo1) (C/Fo.3) (C/N4) (C/Fo.4) (C/Fa2) (C/N.6) (C/N.10) (C/Fa.1) (C/Fa.3).

A série A caracteriza o pensamento portador do desejo e da defesa em conteúdos intrapessoais (conflitualização). P., sugere um investimento massivo no quadro perceptivo disponível. O deslocar da atenção para pormenores permite não identificar afetos ligados ao conflito pulsional. A intelectualização e a racionalização das interpretações promovem a formulação abstrata dos conflitos e facilitam encenar emoções. Rumina nos conteúdos, numa espécie de querer voltar continuamente aos mesmos temas, o que lhe possibilita não progredir no relato (como se o pensamento se enleasse) e as precauções verbais permitem-lhe não se comprometer em afirmações diretas sobre os conteúdos.

A série B permite encenar as relações interpessoais que figuram o confronto entre as instâncias. P. utiliza massivamente a entrada direta na expressão, o que lhe facilita a situação

percebida e a não expressão de sentimentos. O acento inscrito nas relações interpessoais possibilita que exprima os seus conflitos pulsionais numa encenação interpessoal e dramatizada, onde sente prazer, mas que acontece de uma forma mais ou menos teatral. Sugere uma constante erotização das relações, com a tónica na sexualidade, o que parece revelar o conflito edipiano.

A série C identifica os mecanismos de evitamento do conflito. P. usa massivamente os silêncios que prejudicam consideravelmente a sua construção de narrativas e a encenação entre personagens é anónima. Coloca diferentes posturas para traduzir afetos, como se de uma atitude corporal se tratasse, e raramente revela ou indica os motivos dos conflitos. É um mecanismo que objetiva um distanciamento dos atos ou das relações entre personagens.

Em síntese, poderemos sugerir que o conflito intrapsíquico é racionalizado e intelectualizado, sem expressão emocional ou qualquer investimento. Nas relações interpessoais, sugere uma encenação que lhe permite não se comprometer com os conteúdos. Usa vários esquemas defensivos para não indicar os motivos dos conflitos e manter-se à distância.

### **Psicodiagnóstico e discussão de caso**

A hipótese diagnóstica, segundo a classificação do PDM (2006) face aos aspectos fundamentais da estrutura e dinâmica de personalidade e com base nos resultados da avaliação psicológica e nos processos defensivos ocorridos na progressão terapêutica, recai num enquadramento que parece sugerir, no caso de P. um padrão de carácter autoderrotista/masquista moral, integrado numa organização de personalidade *borderline* (Kernberg, 1984).

Os sinais que caracterizam concomitantemente a organização *borderline* e a personalidade masquista, alguns dos quais espelhados nos resultados da avaliação através do Rorschach, são: reduzido processamento cognitivo e dificuldades na perceção concreta e objetiva da realidade; diminuído controlo interno, que provoca um acentuado nível de angústia e frustrações; representações distorcidas e conteúdos reprimidos em sentido da precária integração emocional; necessidade de estabelecer relações de apoio ao objeto, caracterizadas pela dificuldade de atuar de forma autónoma e independente; interesse pelo mundo externo, mas com uma relação inadequada, por se mostrar significativamente vulnerável aos estímulos internos e consequente retraimento afetivo/emocional (Sugarman, 1980).

McWilliams (2005), refere que os pacientes masquistas são os seus próprios inimigos e preenchem a vida com decisões adversas ao seu próprio bem-estar. As decisões de P. prevalecem sobre a sua comodidade, onde a dor e o sofrimento parecem constituir a única forma de amor que conhece, pelo que relata: “eu penso mais nos outros do que em mim”, “tento resolver os problemas dos outros e esqueço-me dos meus”, “estou sempre disponível para ajudar os outros, muitas vezes em meu prejuízo”; na relação com a figura materna refere que “tenho de aguentar, é mais um peso na minha vida”.

O sofrimento é a tensão central, acompanhada dos sentimentos de tristeza, raiva e culpa. A demonstração e interiorização do sofrimento assumem a sua crença patogénica, esperando

uma valorização permanente dos outros, perante essa angústia. (PDM Task Force, 2006). Reich (1933; cit. por McWilliams, 2005), menciona que o carácter masoquista envolve padrões de sofrimento, queixa e atitudes autodepreciativas. P. parece alimentar-se do sofrimento em várias dimensões, nomeadamente: no contexto de trabalho: “faço o esforço, é muito complicado aguentar”; no contexto relacional/amizades: “sofro ao ver uma amiga assim” e “parecia que estava a ouvir a minha história, que vida de sofrimento vivi e parece não acabar”; na relação com o pai: “é triste, sofro sem merecer, não tive sorte com os meus pais”; na relação com o mundo: “não sei como aguento tanta coisa, mas enfim, parece que nasci para sofrer” e com a vida em geral: “é difícil, tenho muitas dificuldades para enfrentar” e “sinto-me triste, a minha vida é uma infelicidade”. Relativamente à vitimização, P. recorre a ela também em várias dimensões, designadamente: no contexto de trabalho: “aguento situações extremas de trabalho”, “com esforço e sofrimento”, quase “sobre-humano” e “não sei se aguento e a continuar assim, peço novamente baixa (...)”; na relação com a mãe: “a minha mãe prefere o meu irmão”, “deu sempre preferência ao meu irmão” e “quem precisa de ajuda sou eu, estou doente e tenho muitas dificuldades”; na relação com o passado: “sofro e tenho uma vida difícil, igual ao meu passado difícil”; na relação com a vida: “a minha vida é infeliz” e “ainda por cima, não tenho ajuda de ninguém, mas tenho de ajudar todos (...) principalmente a mãe”; nas relações em geral: “tenho azar por só encontrar pessoas insensíveis”. As atitudes autodepreciativas de P. identificam-se identicamente em várias dimensões: no contexto de trabalho/avaliações de desempenho “desmesuradas e exageradas” e “tenho a memória muito fraca”, “não tenho as capacidades de quando era nova”, “nessa secção, já sabem que sou uma pessoa doente (...)” e “estou extremamente fraca, tenho que fazer um esforço muito grande”; em relação ao mundo: “sou uma coitada, que não teve oportunidade de ser feliz e não posso fazer nada contra isso” e “aconteceram-me várias coisas más, parece que atraio a infelicidade (...)”.

Kernberg (1988; cit. por McWilliams, 2005), refere que um paciente masoquista moral impõe um sofrimento que salvaguarda algo mais valioso, além do bem-estar imediato. P. valoriza e suporta a dor na esperança consciente ou inconsciente de um bem maior (atenção/amor do outro) e relata que vale a pena, nomeadamente: “carrego o mundo e talvez um dia seja recompensada”, “(...) um dia serei recompensada por cada sofrimento que passo (...)”, “sinto uma obrigação em ajudar os outros” e “sinto-me bem quando ajudo, é uma questão de moralidade e preocupação pelo próximo”. Segundo Leahy (2001), este sofrimento exhibe uma culpa inconsciente e transparece subtilmente uma sensação de superioridade moral através do sofrimento ou da submissão aparentemente altruísta em relação aos outros, nomeadamente, quando P. refere: “estive a ajudar a filha de uma colega, apesar de querer vir à consulta” e no contexto de trabalho “sobrecarregam-me de trabalho”, “trabalho muito” e “coitada de mim”, mas “concluo sempre o que me pedem”, “(...) não quero mudar, não quero ser egoísta como eles (...)”, “(...) não sou feliz, mas essas pessoas também não podem ser (...), eu pelo menos penso nos outros”, “(...) pensam que são superiores, mas estão enganados (...), mas faço o que pedem”, “(...) não sou obrigada, mas trabalho muito (...)”. Os masoquistas suportam a dor e o sofrimento numa espécie de expectativa, consciente ou inconsciente, de algum bem maior, de algum objetivo que justifique o sofrimento

(McWilliams, 2005). De acordo com Leahy (2001), um paciente masoquista acredita que mudar é violar os seus próprios padrões morais ou éticos.

Kernberg (1988; cit. por McWilliams, 2005), reforça que estes pacientes podem receber o diagnóstico de personalidade depressiva-masoquista e caracterizam-se por uma dinâmica triste e uma autocrítica exagerada. O diagnóstico diferencial assume particular importância se o paciente parecer ofendido ao invés de triste, o que denuncia o predomínio dos traços masoquistas. Stone (1979; cit. por McWilliams, 2005), menciona que um masoquista, diferentemente de um carácter depressivo, procura mais as relações sociais, o que em P. parece ser observado no contexto laboral: “os colegas novos são diferentes”, “quero que me aceitem” e “tenho muitos colegas que desabafam comigo”; na instituição religiosa que frequenta: “tenho lá muitos amigos” e nas férias que realiza em grupo: “vou sempre com muitos amigos de férias”. Um paciente masoquista necessita da proximidade de outros, para que tenha em quem utilizar o seu sofrimento (Leahy, 2001). De acordo com McWilliams (2005), um masoquista, além da tristeza, sente raiva, ressentimento e mesmo indignação, relacionados com as suas expectativas, que no caso de P. parecem estar presentes, nomeadamente, quando refere que sente recorrentemente: “desilusão”, “ressentimentos”, “tristeza”, “amargura”, “raiva” e “desespero em relação ao meu futuro”, com “maus pressentimentos”; na relação com a mãe: “devia ajudar-me, mas não, sou eu que a tenho de ajudar” e “tenho sempre que resolver tudo”; na relação com o pai: “amargurada”, “ofendida” e “infeliz”; na instituição religiosa que frequenta “fiquei revoltada”; no contexto de trabalho: “trabalho muito e sinto-me por vezes irritada” e “não valorizam o meu esforço”; na relação com o mundo: “não consigo perceber a razão de não ser feliz, parece que me falta algo e não consigo perceber o quê”, “toda a vida foi assim e nunca vai mudar” e “é a vida que tenho e tenho de aceitar, não posso fazer nada”.

Galenson (1988; cit. por McWilliams, 2005) refere que existem evidências de que traumas e maus tratos nas relações precoces originam diferentes disposições consoante o sexo. As meninas desenvolvem um padrão masoquista e os meninos evoluem numa direção mais sádica. P., parece adequar-se a esta hipótese ao enquadrar-se num padrão masoquista. O mesmo autor reforça ainda que as mulheres tendem ao estoicismo, autossacrifício e vitória moral, que no caso de P. surge em modo de autoapreciação através da idealização das partes boas, ou seja, tudo o que consegue fazer, nomeadamente: “mostro o meu valor, apesar das dificuldades que tenho”, “sinto que devo ajudar, para ela se sentir melhor, apesar de eu própria ser doente”, “não tive coragem de dizer que não, preferi ser eu a prejudicada”, “tento sempre ajudar os outros, mesmo que não reconheçam, não me importo”, “esforço-me muito, tenho muitas dificuldades”, “não consigo não fazer nada perante uma injustiça”, “tenho de arranjar forças para ouvir e dar conselhos”, “não vou mudar” e “vou apoiar-los no que precisarem”, e em relação ao irmão “(...) prefere que ele a trate mal, do que não se falem”. A autoestima de um paciente masoquista aumenta quando suporta corajosamente o infortúnio, ou seja, sacrificam-se em benefício dos outros numa espécie de deleite, como em P., que diz “sinto-me bem em ajudar quem precisa” (McWilliams, 2005).

De acordo com Freud (1905/1969) as pessoas que sofrem mais na infância são as que sofrem mais em adultas, numa espécie de repetição, uma compulsão de repetição. P., neste sentido, descreve o seu passado como “muito perturbado”, “emocionalmente pobre” e realça a “indiferença do pai pela família”. A relação com a figura paterna é descrita como “fria” e “distante”, e “não se recorda de receber carinhos ou ternuras” da figura materna, que refere como “rígida”, “distante” e “fria”. Os padrões repetitivos indicam o comportamento, isto é, se existiu uma infância segura, um adulto terá uma boa adaptabilidade às oportunidades realistas da vida e repete, emocionalmente as situações positivas (Winnicott, 1965/1994). Thompson (1959; cit. por McWilliams, 2005), menciona que, de um modo em geral, as crianças que foram abandonadas podem assumir que, se estiverem a sofrer, obtêm atenção e reavivam esse padrão em adultos. Segundo Bowlby (1990), uma criança apropria modelos internos que persistem relativamente inalterados ao longo da vida. E continuará com essas expectativas, mesmo perante provas em contrário. Leahy (2001), refere que estes pacientes acreditam na previsibilidade da vida, daí preservarem os esquemas internos que servem de modelo, numa espécie de compromisso com o *self*. Um paciente masoquista é extremamente resistente na exploração de esquemas alternativos mais adaptativos e em experienciá-los. Klein (1933/1996), considera que estes pacientes não superaram a posição esquizoparanóide, que remete para a cisão entre afetos, mundo interno e realidade, com a não sequente individuação de objetos bons e maus, sentimentos bons e maus.

McWilliams (2005), menciona que os pacientes masoquistas consideram o seu sofrimento injusto, como sendo vitimizados, infortunados ou amaldiçoados, sem terem qualquer culpa. P. descreve que vive uma vida injusta, nomeadamente: “é difícil viver assim”, “desvalorizada”, “humilhada” e “diminuída”, “não aguento mais”, e assume-se “vítima” ou “amaldiçoada” e “sempre fui recusada”; no contexto de trabalho: “se a minha colega ficar doente, vou acumular o trabalho dela, devo estar amaldiçoada” e “não aguento mais preparar as reuniões de executivo”, “trabalho por duas pessoas”; na relação com a mãe/irmão: “só me humilham” ou “desvalorizam” e “não percebo porque isto me acontece”, “pareço estar amaldiçoada”; na relação com a vida em geral: “não tenho sorte”, “nunca obtive o que quero” e “estão todos contra mim”, “nunca nada me corre bem”. O mesmo autor reforça que estes pacientes estão resignados ao seu destino. P., na descrição da relação com a mãe: “sobrecarrega-me com pedidos” e “não percebo a razão de me pedir tudo, mas deve existir uma (...)”, “desde “pequena que tento agradar, mas recebo sempre desprezo” e “não vou mudar”; na relação com a mãe e irmão: “trataram-me mal, não mereço, mas é a minha mãe e o meu irmão, que posso fazer”, e em relação às dificuldades perante a vida: “não tenho responsabilidade” ou “posso alterar”.

Reik (1941; cit. por McWilliams, 2005), refere o exibicionismo do paciente masoquista, que procura provas de amor, de atenção e de valorização de si, que P. sugere na 1ª sessão, em relação à sua frequência: “é pena, precisava tanto, espero que só uma sessão por semana seja suficiente para a minha doença” e “não falto mais, sinto-me melhor quando venho (...)”, mas às vezes o que lhe sucede na vida: “tira-me a coragem e põe-me doente”.

De acordo com McWilliams (2005), um masoquista implica os outros, no sentido de os envolver no processo masoquista. P., parece intensificar a submissão no contexto de trabalho



quando refere: “ainda agora cheguei aqui e já trabalho desta maneira” e parece envolver o colega “pensa como eu e até diz que se vai reformar”. Laboralmente, perante o recurso à vitimização e autocomiseração, parece ter sido referido por parte da chefia: “tem de se adaptar, ainda não aconteceu e não esteja sempre a queixar-se”, P. ter-se-á sentido zangada e humilhada, descrevendo a situação como uma “injustiça” perante as “dificuldades que tenho”, porém acrescenta “mesmo assim, é uma das melhores chefes”. O mesmo autor refere que esta é uma forma de continuar a sofrer, para que o outro possa ser culpado. O paciente masoquista sente raiva quando o outro lhe retira o sofrimento e, através da negação, defende a fonte de sofrimento.

Cooper (1988; cit. por McWilliams, 2005), refere que um masoquista parece gostar do seu sofrimento e procura-o. Também P. parece procurar o sofrimento e frequentemente evoca uma atitude fatalista, traduzido em relatos como “um colega meu teve um AVC (...) pressinto que um dia acontece-me o mesmo” e “sinto-me zangada e serei sempre infeliz”. Leahy (2001), reforça que estes pacientes usam estratégias que desvalorizam as mudanças positivas, com o objetivo que as suas expectativas de sofrimento se realizem.

McWilliams (2005), resume o masoquismo como um prazer no sofrimento, ou seja, é a única forma de serem amados e valorizados. A mesma autora refere ainda que estes pacientes querem ser salvos, o que sugere P. após faltar a algumas sessões: “não falto mais, sinto-me melhor quando venho e sei que preciso de mudar (...) talvez tenha outra oportunidade”.

Complementarmente a DSM-IV-TR (2000) classifica como perturbação de personalidade passivo-agressiva (perturbação de personalidade negativista). Refere um padrão global de atitudes negativistas e resistência passiva às exigências de um desempenho adequado, com queixas exageradas e persistentes de incompreensão, desconsideração e infortúnio pessoal. Cruza ainda esta perturbação com as personalidades estado-limite.

### **Metas de aconselhamento psicológico**

De acordo com o psicodiagnóstico e a análise do pedido de P., foram propostas as seguintes metas psicoterapêuticas de apoio:

- Aumento da capacidade de mentalização das experiências traumáticas e da gestão emocional e afetiva, que permitam a melhoria dos sintomas através da reformulação dos esquemas defensivos;
- Promoção da consciencialização das autorrepresentações;
- Promoção do aumento da autoestima e autoconfiança;
- Incremento das capacidades de gestão emocional e diminuição do sofrimento masoquista.

### **Resumo das sessões e análise da progressão terapêutica**

Na 1ª sessão, após a devolução de resultados, P. requer a possibilidade de realizar 2 sessões por semana, o que sugere interesse e/ou disponibilidade para o processo terapêutico e insinua uma vontade consciente de ser salva depressa, muito embora, em supervisão tenha sido

determinado que não seria necessário, ao que reage com a expressão: “é pena, precisava tanto, espero que só uma sessão por semana seja suficiente para a minha doença” e mostra-se indignada e descontente devido à contrariedade vs expectativa, face à magnitude da sua dor. O tema central desta sessão foi a mudança de secção (no emprego) e a aparente satisfação que parecia sentir, ao descrever: “vou ficar melhor, espero (...)” e “nessa secção, já sabem que sou uma pessoa doente (...)”, o que parece demonstrar uma atitude de esperança, protegida pela demonstração prévia do seu sofrimento e adversidades que enfrenta. Em movimento auto-depreciativo, revela sentimentos de inferioridade, nomeadamente: “tenho a memória muito fraca” e “não tenho as capacidades de quando era nova”, mas “vou fazer o esforço necessário (...) vai ser complicado” o que insinua a formação de um esquema defensivo entre dor e êxito, através da submissão e vitimização. Fala do passado e recorda ainda o pai com a frase “tentava abraça-lo e ele empurrava-me” e descreve-o de “violento” e “parecia que não tinha carinho”. Reforça que se sentia desamparada e menciona “como é possível um pai ser assim (...)”, e que ainda hoje “sofro e tenho uma vida difícil, igual ao meu passado difícil”, o que sugere que reserva em si, através da memória, sentimentos de tristeza e abandono e, por isso vive revoltada. A fusão com o passado parece manter a situação de sofrimento, ou seja, uma compulsão de repetição.

Na 1ª parte da 2ª sessão, a mãe é sentida e idealizada negativamente, ao referir que a “desvaloriza” e “tenho de aguentar, é mais um peso na minha vida”, mas que não consegue deixar a mãe sem apoio, apesar de ficar “ressentida”, ou seja, zangada, o que sugere sacrifício perante uma situação adversa ao seu próprio bem-estar. Na 2ª parte, parece ser contentora do sofrimento alheio, nomeadamente, quando refere “encontra-me a ajudar a minha melhor amiga” e “sinto que a devo ajudar, para ela se sentir melhor, apesar de eu própria ser doente”, que reforça “sofro ao ver uma amiga assim”. Termina com “sinto uma obrigação em ajudar os outros” e “sinto-me bem, é um bem espiritual” o que sugere uma necessidade de defender a amiga e salvar o mundo, no desígnio de que esses comportamentos representem uma espécie de superioridade moral e altruísta perante os outros, que ao mesmo tempo promove a sua autoestima e valorização pessoal.

Na 3ª sessão, pede desculpa por faltar à marcação anterior e relata “estive a ajudar a filha de uma colega, apesar de querer vir à consulta” e “não tive coragem de dizer que não, prefiro ser eu a prejudicada, o que sugere novamente a inclinação ao sacrifício espontâneo e excessivo em auxílio dos outros e oposto ao seu próprio bem-estar (presente em sessões anteriores). Descreve uma discussão com a mãe, realçando “devia ajudar-me, mas não, sou eu que a tenho de ajudar”, e refere que a mãe ajuda o irmão, mas é a ela que “sobrecarrega com tudo o que precisa” e “não percebe a razão, mas deve existir uma (...)”, o que sugere uma esperança de ser recompensada em relação ao seu esforço, ao seu sofrimento, ou seja, alguma razão que o justifique, e ruma sobre o tema ao longo da sessão, vitimizandose: “quem precisa de ajuda sou eu, estou doente e tenho muitas dificuldades”. Menciona ainda “que sempre foi assim (...) tudo sempre para o meu irmão” e reforça que é “muito injusto” o irmão ser o filho “preferido”. Recorda que, no passado, após as discussões com pai, a mãe procurava apenas o irmão, preocupada com o que ele tinha assistido, manifestando uma rivalidade fraterna. Conta que cresceu no “meio de gritos” e “quase agressões entre os pais”, e que a mãe não se interessava por ela, o que insinua uma convivência

marcada pela ausência de amor e presença de agressividade, perante um sentimento de desamparo relacional. Reforça que “sempre foi recusada” e sente-se “muito ressentida”, o que sugere uma infância sem uma base segura e uma sensibilidade à rejeição e perda. Relata ainda, que continua a ajudar a melhor amiga e “sinto que devo ajudar, para ela se sentir melhor, apesar de eu própria ser doente”, o que sugere mais uma vez a obrigação em ajudar os outros, numa busca de superioridade moral (presente em sessões anteriores).

Na 4ª sessão, P. encontra-se muito ansiosa e perde-se na fluidez do discurso, relatando “aconteceram-me várias coisas más, parece que atraio a infelicidade (...)”, o que insinua uma espécie de sofrimento persecutório, intrinsecamente necessário. Conta a disputa em tribunal entre a mãe e o pai, relativamente ao valor da pensão, e refere “com que direito o pai nega o valor da pensão à mãe e diz que é muito dinheiro”. Refere que o pai “tem outra família”, o que a deixa “amargurada e ofendida” e com “raiva”, o que manifesta a sua dificuldade em gerir sentimentos e emoções, nomeadamente, a rejeição e a zanga. Menciona ainda que a mãe “está desfeita” e que “sorte” a capacidade dela em “conseguir ser forte a ajudar os outros, apesar de também sentir-se (...) triste e com raiva”, o que sugere a idealização das partes boas, ou seja, do que consegue fazer. Demonstra uma necessidade sentida em termos de rejeição e perda, ao referir “fui infeliz na relação com o meu pai”, e que agora tem a certeza que não quer voltar a falar-lhe, reforçando “é triste, sofro sem merecer, não tive sorte com os meus pais” o que sugere um movimento de angústia depressiva e de permanente insatisfação. Acaba a sessão em sofrimento, referindo “não sei como aguento tanta coisa, mas enfim, parece que nasci para sofrer” e acrescenta que, mais uma vez, não teve dia de anos, porque tudo isto se passou no seu aniversário, parece “uma maldição”, o que revela um movimento com foco em memórias que disparam os seus sentimentos de masoquismo.

Na 5ª sessão, refere “quando saio daqui e vou para casa, sinto-me mais calma e descanso”, o que sugeria estar a conseguir organizar o seu mundo interno e a diminuir os processos ansiosos, ou seja, uma diminuição do sofrimento emocional através do movimento do pensamento. O tema desta sessão foi dominado pela introspeção da sessão anterior e novas ruminações em movimento de vitimização e sofrimento injusto, com queixas, designadamente: “como a minha vida é infeliz” e “ainda por cima, não tenho ajuda de ninguém, mas tenho de ajudar todos (...) principalmente a minha mãe”. Acrescenta novamente (presente em sessões anteriores) a propensão para o sacrifício em benefício dos outros. Fala também da relação com o irmão, que arranjou uma nova namorada e que agora não tem tempo de ir passear com a mãe, e naturalmente, “sobra para ela”, que agora tem de levar a “mãe a todo o lado”, o que sente como injusto. Anda “esgotada” mas não “deixo de fazer”, o que sugere alimentar-se do sofrimento, num movimento repetitivo. Finaliza a sessão a falar da nova secção, onde diz que gosta dos colegas novos, “são diferentes” e “quer que a aceitem”, e por isso, “esforço-me muito, tenho muitas dificuldades”. Reforça ainda, que apesar das “dificuldades” nesta secção, espera não ser “diminuída” nem “desvalorizada”, o que revela várias dinâmicas centrais do seu pensamento, nomeadamente, o medo da rejeição e a procura de valorização e provas de amor.

Na 6ª sessão, pede desculpa por faltar à marcação anterior e relata que o motivo “foi uma discussão na instituição religiosa que pertença”, onde indica “tenho lá muitos amigos”, o que sugere a presença e funcionalidade do objeto externo, que preenche os seus sentimentos de solidão e vazio, pela inexistência de objetos internos suficientemente bons e estáveis. Refere que teve de “defender uma amiga” que é “muito doente” e não conseguia “estar ali e não fazer nada perante uma injustiça”. Viu a sua “amiga a chorar depois de uma discussão com o pastor do grupo” e “ficou revoltada” ao que decidiu intervir. A última parte da sessão é dominada pela “intenção de mudar de vida” e ir para “o Luxemburgo” com o marido, pois devido aos “bons ordenados (...) lá praticados”, podia “não trabalhar (...) precisa de recuperar da sua doença”, o que sugere a exibição do seu sofrimento e a sua necessidade de ser salva perante a sua dor e insatisfação contínua (presente em sessões anteriores).

Na 7ª sessão, apresenta-se muito ansiosa e investe de imediato no movimento de vitimização, ao referir “a nova secção não é o que esperava” e “trabalho muito”. Anda muito preocupada, tem “muito trabalho (...) é uma secção muito desorganizada” e “não sei como vou aguentar (...) se continuar assim peço novamente baixa”. Acrescenta “ainda agora cheguei aqui e já trabalho desta maneira” e uma colega “pensa o mesmo e até diz que se vai reformar”, porém “se isso acontecer, vou acumular o trabalho dela, devo estar amaldiçoada”, o que insinua viver num clima laboral de persistente desconforto. Procura atrair sobre si as atenções, referindo que falou sobre a sua preocupação com a chefia, que lhe disse “tem de se adaptar, ainda não aconteceu e não esteja sempre a queixar-se”, o que vê como incompreensão e “injustiça” perante as “dificuldades que tem”. Terminou a sessão a dizer que sente “raiva” e “tem azar por só encontrar pessoas insensíveis”, mas “é uma boa chefe”, o que parece preservar e defender a fonte de sofrimento, apesar dos sentimentos conscientes de raiva.

Na 8ª sessão, apresentou-se serena e começa a transferência com a expressão “estou muito impressionada”. Relata “vi um homem morrer (...) pensei que a vida é frágil”, e iguala com a dela, ao que compara “a minha vida também é frágil, tenho muitas dificuldades para enfrentar”, o que sugere a dramatização e a fatalidade de si própria, e revela o seu medo perante a finitude da morte. Menciona ainda, durante a sessão que as colegas da câmara “desabafam com ela” e muitas nem sabem que é “doente” e “fraca”, mas consegue “arranjar forças para ouvir e dar conselhos”, ou seja, sugere novamente que suporta a dor e o sofrimento dos outros, apesar de encontrar-se também em sofrimento (presente em sessões anteriores). A última parte da sessão é dominada pela “aflição” que sente em organizar as reuniões de câmara, onde refere “sou eu que tenho o trabalho todo”, e por uma discussão que teve com a mãe, que alude “tenho sempre que resolver tudo”.

A 9ª sessão foi ocupada com a visita a “uma amiga” ao hospital e sobre o que conversaram, sobretudo os “maus tratos na adolescência”, os quais equipara aos seus quando refere: “parecia que estava a ouvir a minha história (...) que vida de sofrimento vivi e parece não acabar”, o que indicia que preserva esquemas internos que servem de modelo ao seu sofrimento repetido e sem responsabilidade própria.

Da 10<sup>a</sup> à 12<sup>a</sup> sessão, o tema central foi a sua preocupação e ansiedade excessiva em relação à nova secção. Refere que “trabalha muito e sente-se por vezes desrespeitada”, porque não “reconhecem isso” e que, quase todos os dias executa um esforço “sobre-humano” para fazer tudo o que lhe pedem, principalmente às quartas-feiras, dia em que se realiza a reunião do executivo (câmara). Menciona, porém que “faz” com “sofrimento” mas que “sinto-me bem, em mostrar que consigo”, o que sugere que encontra-se em repetido sofrimento, mas necessário, numa espécie de triunfo e valorização interna pelo sofrimento vivido.

Na 13<sup>a</sup> sessão o sofrimento volta a ser a tensão central, após uma ausência de 2 semanas, que justifica dever-se ao facto de sentir-se “derrotada” e “humilhada”, assumindo o ponto central da sua crença patogénica. Menciona que teve uma “violenta discussão” com a mãe e irmão, que “não aguenta mais as preparações das reuniões de executivo” e que uma colega sua entrou de baixa e por isso “tem de trabalhar por duas pessoas”, o que manifesta a necessidade de exposição do sofrimento. Parece esperar uma valorização, ao referir “sobrecarregam-me de trabalho” e “ando esgotada” e “não valorizam o meu esforço”, o que considera uma “humilhação”, reforçando a sua necessidade anterior de reconhecimento perante a angústia e exibição do sofrimento. Sente uma injustiça e refere “trabalho muito”, “coitada de mim” e “estou extremamente fraca, tenho que fazer um esforço muito grande” e “concluo sempre o que me pedem”, o que sugere uma resignação e uma repetição dos padrões de sofrimento, numa espécie de submissão. Na última parte da sessão, fala da mãe e irmão e menciona “não me apoiam como mereço”, apesar de “os ajudar em tudo”, e mesmo assim não a “valorizam”, o que repetidamente manifesta a necessidade de reconhecimento. Mesmo a terminar a sessão, refere “não faltou mais, sinto-me melhor quando venho (...) sei que preciso de mudar”, mas às vezes o que lhe sucede na vida “tira-me a coragem”, o que sugere novamente uma aceitação do processo terapêutico e revela ao mesmo tempo a sua diminuída capacidade de elaboração das suas experiências.

Na 14<sup>a</sup> sessão, menciona que “quero mudar de casa (...) vou alugar uma casa, que necessita de ser reconstruída” e que pediu ajuda à sua mãe e ao seu irmão, que a chamaram de “estúpida e inútil”, só porque era uma casa em ruínas e tinha de ser reconstruída. Sentiu “raiva”, mas “aguenta” e que não quer ser “igual a eles”, o que sugere submissão e superioridade moral, através do seu próprio sofrimento e humilhação (presente em sessões anteriores). Reforça ainda que “queria partilhar” a sua “alegria” e que o irmão lhe disse “gastar dinheiro, numa casa que nunca vai ser tua”, “que burrice”. Depois, a mãe também não aceitou a ideia e referiu “nunca tinha ouvido uma estupidez destas”. Menciona que “gostam de deitar-me a baixo (...) gostam de ser superiores” e desde “pequena que tento agradar, mas recebe sempre desprezo” e termina a sessão com a expressão “só me humilham (...) ou “desvalorizam”, mas “não vou mudar” e vou continuar a “apoia-los no que precisarem”, o que insinua que se lhe tiram isso (sofrimento), tiram-lhe tudo, ou seja, assume como um sofrimento necessário. Não “percebo porque isto me acontece” e “pareço estar amaldiçoada”, o que insinua uma espécie de superstição e que, por esse facto, é uma vítima ou encontra-se amaldiçoada.

Na 15<sup>a</sup> sessão, o tema retoma a sessão anterior e centra-se novamente na sua derrota, ao que refere “sinto-me triste (...) a minha vida é uma infelicidade”, porque além de ter sido

“humilhada” pela mãe e pelo seu irmão, sentiu também falta de apoio em alguns colegas com quem partilhou a sua ideia. Refere que “não tenho sorte” e “nunca obtenho o que quero”, num movimento repetido de sofrimento e de nova vitimização, que descreve como “estavam todos contra mim”. Mas o que a fez verdadeiramente “desistir”, foi ver o marido a “chorar na cama” e aí “perdi as forças de vez”, “não suporto ver o meu marido a chorar”. Termina a sessão com a frase “não consigo perceber a razão de não ser feliz, parece que me falta algo e não consigo perceber o quê”, e “toda a vida foi assim e nunca vai mudar”, o que sugere o seu desejo de ser reconhecida e a ausência de qualquer sugestão, numa espécie de resignação ao destino. Mais uma vez, sugere que encontra-se em repetido sofrimento, injusto e sem responsabilidade própria (presente em todas as sessões).

Na 16ª sessão retoma o tema da sessão anterior, pela razão que o mediador do negócio é um colega seu, e quando lhe disse que não ia avançar com o aluguer da casa, “comecei a chorar” e ele contou a “toda a gente” na câmara. Sentiu que “vou ser humilhada”, mas “tenho de andar para a frente”, e “sinto-me zangada com a vida (...) não consigo (...) mas sou sempre infeliz”, acrescentado “estou sempre disponível para ajudar os outros, muitas vezes em meu próprio prejuízo (...) nunca nada me corre bem”, o que insinua que toma decisões contrárias ao seu próprio bem-estar, em que o sofrimento e a dor, são a única forma de amor que conhece. Em termos gerais e em similaridade com as sessões anteriores, sugere encontrar-se em repetido sofrimento, o qual considera injusto e sem responsabilidade própria. Neste sentido, acrescenta ainda que a relação com o irmão encontra-se distante, mas “tenho feito tudo para falar com ele (...) prefiro que me trate mal, do que não me fale”, e é uma injustiça ser “ele a estar zangado”, apesar dela e o marido serem “os verdadeiros prejudicados”, o que mais uma vez sugere que sofre sem responsabilidade e que por esse fato é uma vítima. Na parte final da sessão, antecipa que o irmão “vai estragar as minhas férias e do meu marido”, para os fazer sentir culpados, porque já disse que este ano não quer ir no nosso grupo de amigos, e enaltece “eu tenho muitos amigos”, o que manifesta a necessidade da presença do objeto externo, que preenche o seu vazio interno e reforça a sua necessidade de proximidade de outros, para que tenha em quem utilizar o seu sofrimento. Reforça que “todos os meus amigos vão perguntar a razão” e que não “vou aguentar isso” o que a relaciona ao sofrimento, que acrescenta: “faz-se de vítima”, mas “as vítimas são o meu marido e eu”. Termina com a frase “é a vida que tenho (...) tenho de aceitar”, o que sugere que não está ao seu alcance melhorar a sua própria vida, ou seja, não equaciona uma forma que pudesse melhorar a sua situação, o que desvia de si qualquer culpabilidade, ao que acrescenta “não posso fazer nada”.

Na 17ª sessão, ressurgem o negativismo e em movimento fatalista antecipa o pior, ao que refere “um colega meu teve um AVC”, “pressinto que um dia acontece-me o mesmo (...) senti-me muito ansiosa”. Recupera, temas abordados nas sessões anteriores e insinua as necessidades sentidas em termos de ausência de reconhecimento, considerando que sofre injustamente e sem responsabilidade, ao referir: “trataram-me mal, não mereço, mas é a minha mãe e o meu irmão, que posso fazer”.

P. procura dominar o campo analítico e revela uma acentuada resistência à ajuda terapêutica. Os persistentes ciclos de vitimização e o perpetuar do sofrimento, equilibra a sua necessidade de sucessivas provas de amor. Este movimento é visível pelos relatos no decurso das sessões e pela frequente desmarcação ou alteração das mesmas, no entanto, no final de cada sessão, P. sistematicamente apela ao seu prolongamento no tempo.

As sessões revelam uma história de sofrimentos e um predomínio de fantasias, e comportamentos voltados contra si mesmo, onde a dor e o sofrimento é a única forma de amor que conhece. É de extrema importância preservar a neutralidade face às atuações masoquistas e inevitáveis regressões, que representam a luta que P. trava dentro de si, de modo a organizar o seu mundo interno.

Será necessário continuar a evoluir em termos de consciencialização das suas autorrepresentações, em correlação com o aumento da autoestima e autoconfiança, no sentido de desenvolver as suas capacidades de gestão emocional e de proporcionar a diminuição sucessiva dos seus níveis de frustração, raiva e zanga.

A intervenção objetiva a construção de um ego capaz de viver com as consequências das suas ações e conseqüentemente a redução dos mecanismos de defesa que lhe viabilizam as próprias dificuldades em que vive, e que usa como estratégias de desvalorização perante as mudanças positivas, com o objetivo que as suas expectativas de sofrimento se realizem.

O número de sessões atuais e a confiança estabelecida na relação proporciona uma aliança terapêutica segura, o que lhe facilita a P. uma introspeção no sentido que o seu sofrimento está para lá do seu controlo consciente e assenta em crenças inconscientes, que necessitam de novos significados.

A paciente P. continua em psicoterapia de apoio após o término do estágio académico.

Frank (1952; cit. por McWilliams, 2005) refere que os pacientes masoquistas rejeitam a ajuda, a vida sem sofrimento não lhes faz sentido. Um paciente masoquista procura a psicoterapia para obter simpatia pelos seus infortúnios e investe nessa demonstração, e não se encontra interessado na resolução das suas infelicidades (PDM Task Force, 2006). Um paciente masoquista acredita que a identidade é definida em função da vitimização, e não há nada que se possa fazer para mudar, as infelicidades que lhe acontecem, não dependem de si (Leahy, 2001).

### **Apresentação do caso A.**

A., 53 anos, sexo feminino, casada e com 3 filhos. Trabalhou esporadicamente em hotelaria e ambiciona integrar novamente o mercado de trabalho. Vem à consulta de psicologia por indicação da psicóloga do filho, devido a sucessivos conflitos nas relações, e é acompanhada em psiquiatria. Encontra-se medicamentada com antidepressivos. Na 1ª consulta apresentou-se emocionalmente lábil e com choro insistente, no entanto, o discurso apresentava-se organizado e espontâneo. À data da 1ª consulta encontrava-se a frequentar uma formação em Gerontologia, denotando-se nas suas descrições movimentos de valorização e narcisização, descrevendo “tenho boas qualidades de aprendizagem e sou trabalhadora”, que reforça “sempre fui reconhecida pelo trabalho que desempenhei”. Preocupou-se em justificar a questão de trabalhar esporadicamente,

referindo “tive de cuidar do futuro dos meus filhos, para serem desembaraçados como eu”. Alternadamente, procurou também valorizar-se e narcisar-se quanto às suas qualidades pessoais, e relata que a tudo a que se propôs na vida, realizou “com sucesso” e considera-se “dona de obra”, incluindo as decisões que foram as melhores para a família, que descreve “tratei sempre de tudo” e “resolvi sempre as adversidades ou os maus momentos”. Descreve-se atualmente “sem energia” e “desgostosa”, e refere que aceita ser ajudada, mas, que “a decisão de vir foi minha (...) venho porque quero” e releva que foi seguida por diferentes psicólogos “sem sucesso” no passado. Evidencia que sente-se “completamente desorganizada (...) a perder o controlo de tudo” e “tenho problemas graves com o meu filho”, que qualifica como “discussões feias”. Para além, destes sentimentos de tristeza e zanga, A. manifesta um acentuado auto-centramento e uma necessidade de domínio e controlo de todas as situações envolventes, que sugere quando descreve “gosto de acompanhar os meus filhos (...) de os amparar e estar presente (...) em situações conflituosas, frustrantes ou desafiadoras”, fundamentando que foi “para protege-los (...) e disponibilizar as melhores decisões”. Repetidamente procura a valorização de si e descreve que garantiu aos filhos tudo o que esteve ao seu alcance, principalmente ao filho (mais novo), para quem idealiza “um bom futuro”. Neste contexto (relação com o filho mais novo) evidencia sentimentos de tristeza, zanga e raiva ao perder o controlo da relação e das vivências do filho, com quem tem tido sucessivas discussões, descrevendo-se “estou esgotada (...) fora de controlo” e “sinto-me impotente”, “estou vazia” e “não tenho sentido de vida”. Essencialmente sente “raiva” ao “perdi o controlo da minha vida e da do meu filho”. A. expressa sistemática procura de perfeição, ao que refere “gosto de fazer tudo perfeito”, e evidencia um padrão de sentimentos como raiva e humilhação subjacentes à avaliação negativa ou contrária às suas expectativas. Retrata o filho (mais novo) como “agressivo” e “provocador”. A relação com o marido parece ser instrumental e revela que a situação conjugal que vive é instável, “suportável (...) funcional”. Censura a postura passiva do marido em relação ao seu “conflito com o filho”, que qualifica como “demite-se da situação”. Menciona, dificuldades nas suas relações interpessoais, parecendo sentir-se em muitas circunstâncias “perseguida (...) invejada”. No entanto, este parece ser um movimento de recurso a mecanismos de projeção, de necessidade de domínio, controlo e poder, e comparação interpessoal. Em relação aos colegas de curso (Gerontologia), o seu discurso revela a valorização de si e a desvalorização do outro, que valida, ao referir “sentem inveja perante o meu esforço (...) e capacidade de compromisso” e destaca “gosto de ter boas notas”. Neste movimento de desvalorização dos colegas, distingue que não se revê na atitude dos outros (colegas), a qual reprova “não sei o que andam ali a fazer”, apelidando-os de “preguiçosos” e “incapazes”. Conta que, nos trabalhos de grupo, corrige constantemente a parte dos colegas e não se sente constrangida, perante a indignação destes. Indica que o faz com boa intenção e no sentido de obter “as melhores notas em todas as matérias”, acrescentando “sou muito exigente comigo própria” e evidencia-se “se fosse fácil, havia mais gente com este curso”. O discurso de A. sugere ainda movimentos contínuos de grandiosidade e de competição.



## Resultados e interpretação da avaliação psicológica

Efetuiu-se a avaliação psicológica através do Teste de Rorschach e Teste TAT. Em ambas as provas de avaliação psicológica, A., foi prestativa e não mostrou qualquer sinal de dificuldade aparente e/ou resistência em responder.

No teste Rorschach obtiveram-se 11 respostas, o que segundo Exner & Sendim (1995) sugere: ou uma reduzida capacidade associativa, intelectual e cognitiva; ou a presença de elementos depressivos que diminuem a motivação para a tarefa; ou uma ação defensiva através da inibição. No entanto, e apesar dos parâmetros de validade da prova não serem os ideais (valor de lambda e número de respostas), procurou-se interpretar as projeções obtidas. O valor Lambda é baixo ( $L = 0,38$ ) e sugere o uso reduzido ou a pobreza dos recursos internos disponíveis, que condiciona o processamento de emoções, afetos, construções intelectuais e consequente comportamento manifesto.

A constelação/índice de depressão encontra-se positivo (DEPI = 5). Sugere a existência de perturbações afetivo-emocionais e a ocorrência de episódios depressivos, com eventuais perdas de controlo devido ao aumento da sobrecarga interna. O índice de deficit relacional (CDI = 5) sugere a propensão para a desorganização funcional e dificuldades na gestão das situações com que se depara no dia-a-dia, que compreendam uma tensão incomum ou envolvam expectativas ao nível interpessoal. O índice esquizoafetivo (SCZI = 3) está no limiar da patologia e as restantes constelações não tem valores interpretativos.

De acordo com as estratégias de interpretação das variáveis chave e a sequência de exploração de agrupamentos (Exner & Sendin, 1995), o esquema para análise é o seguinte:

- Controlo e tolerância ao *stress* (CS);
- Perceção de si (PS);
- Perceção e relacionamento interpessoal (PI);
- Processamento de informação (PI);
- Mediação cognitiva (Md);
- Ideação (Id).

Nos aspetos afetivos. A. apresenta marcada presença de rasgos depressivos (DEPI = 5) e diminuída resposta no processamento de estímulos afetivos ( $Afr = 0,38$ ). Denotam-se sérios problemas de modulação afetiva ( $FC:CF+C = 0:6$ ;  $C = 4$ ).

Na capacidade de controlo e tolerância ao stress. A. denota um estilo vivencial extratensivo na tomada de decisões e resolução de problemas ( $EB = 1:6$ ). Apresenta aumento da irritação interna ( $eb = 4:4$ ). Face ao reduzido controlo em situações emocionalmente sobrecarregadas, apresenta um maior risco de sofrer episódios de desorganização e de impulsividade, uma vez que a tensão interna se apresenta elevada e pode ser disruptiva para a sua estrutura psíquica ( $C'3$ ).

A imagem de si, sugere baixa auto-estima associada a uma análise negativa de si nos processos de introspecção ( $3r+(2)/R = 0,27$ ;  $FD = 1$ ;  $MOR = 1$ ).

Na percepção e relacionamento interpessoal. A. apresenta reduzido interesse nas relações interpessoais ( $H:(H)+Hd+(Hd) = 1:1$ ). Tende a um funcionamento de “tudo ou nada” e pouco holístico ( $H+A : Hd+Ad = 6:1$ ). O ambiente é sentido tendencialmente como hostil ( $AG = 1$ ).

Ao nível do processamento da informação sugere dificuldades nos processos de análise e síntese da informação proveniente do exterior ( $DQ+ = 1$ ;  $DQv = 0$ ).

Na mediação cognitiva, parece perceber a informação de forma muito pessoal, encontrando-se favorecida a distorção das suas percepções quando realiza esforços de simplificação das mesmas ( $X+% = 27\%$ ;  $X-% = 36\%$ ;  $Xu% = 36\%$ ;  $F+% = 0\%$ ). Denotam-se distorções emocionais e afetivas perante o aumento da tensão e irritação interna ( $S-% = 25\%$ ).

Na ideação, utiliza a intelectualização, como defesa principal de compensação contra impulsos percebidos como emocionalmente intensos ( $2AB+(Art+Ay) = 5$ ), o que resulta na reduzida expressão espontânea de ideias ou representações, com distorção do verdadeiro impacto da situação.

Os procedimentos derivados da aplicação do TAT sugerem uma associação de procedimentos, nomeadamente:

- Série A - procedimentos de controlo (rigidez): (A2.1) (A2.8) (A2.17) (A2.2) (A2.18) (A2.9) (A2.11) (A2.12) (A2.13) (A2.3) (A2.6) (A2.7);
- Série B - labilidade: (B2.1) (B2.3) (B2.5) (B1.4) (B1.1) (B1.2) (B2.4) (B2.9) (B2.10) (B2.11);
- Série C - evitamento do conflito: (C/Fo.1) (C/Fo.4) (C/Fa.1) (C/Fo.6) (C/N.4) (C/Fo.3) (C/N.1) (C/N.2) (C/N.8).

A série A caracteriza o pensamento portador do desejo e da defesa em conteúdos intrapessoais (conflitualização). A. sugere o deslocamento da atenção para o pormenor de modo a isolar os afetos ligados ao conflito pulsional, ou seja, o apego aos pormenores permite a utilização da realidade externa para lutar contra as emergências da realidade interna. A ruminação constante sugere conteúdos primitivos recalcados e o conflito reflecte exigências internas contrárias.

A série B permite encenar as relações interpessoais que figuram o confronto entre as instâncias. A. utiliza massivamente a entrada direta na expressão, o que lhe facilita a situação percebida e a não expressão de sentimentos. O acento inscrito nas relações interpessoais possibilita que exprima os seus conflitos pulsionais numa encenação interpessoal, dramatizada e de forma teatral, que lhe confere prazer.

A série C identifica os mecanismos de evitamento do conflito. A. usa massivamente os silêncios que prejudicam consideravelmente a sua construção de narrativas e os motivos dos conflitos não são revelados. O estímulo é investido como objeto real, onde a realidade exterior, factual, supre o mundo interno enfraquecido. Sugere mecanismos narcísicos de funcionamento psíquico para comunicar e produzir sentido.

Em síntese, poderemos sugerir que o conflito intrapsíquico incide entre as exigências internas e a realidade externa. Nas relações interpessoais, sugere uma encenação o que lhe permite não expressar os seus sentimentos e medos. Usa vários esquemas defensivos de modo a proteger o mundo interno enfraquecido.

## Psicodiagnóstico e discussão de caso

A hipótese diagnóstica, segundo a classificação do PDM (2006) face aos aspetos fundamentais da estrutura e dinâmica de personalidade, e com base nos resultados da avaliação psicológica e nos processos defensivos ocorridos na progressão terapêutica, parece sugerir, no caso de A. um padrão de caráter narcisista, integrado numa organização *borderline* (Kernberg, 1984).

Os sinais que caracterizam concomitantemente a organização *borderline*, a personalidade narcisista e os resultados da avaliação através do Rorschach são: reduzido processamento de desenvolvimento cognitivo, com dificuldades na perceção concreta e objetiva da realidade; agressividade, desvitalização e predomínio das relações objetais marcadas pela cisão e medo de invasão, que resulta da frágil diferenciação do eu e outro; pensamento desorganizado, impulsivo e com reduzida emocionalidade; relação de objeto dependente e que satisfaz necessidades, ou seja, quando não sente confirmações daquilo que idealizou de si, através dos outros, ou ainda quando se sente invadido além dos seus limites, resulta em agressão e impulsividade (Sugarman, 1980).

De acordo com McWilliams (2005), os pacientes narcísicos não admitem o que quer que seja, pela razão que admitir é sinónimo de manifestar uma deficiência do *self*. Procuram, então, insinuar que o problema é a insensibilidade dos outros. Neste sentido, A. parece sugerir uma incapacidade em reconhecer os pontos de vista dos outros devido a estar centrada em si e descreve: “uma mãe é sempre culpada, ou fez demais, ou fez de menos, ou protegeu, ou não protegeu”, “qualquer mãe gosta de estar ao pé dos seus filhos, e acho que isso não é errado, mas ultimamente, já não sei (...)” e “dizem para não ver o meu filho como adversário, como contestatário, mas de onde veio essa ideia”. O *self* de um paciente narcísico assenta na ilusão de não ter falhas, nem necessidades. Funciona pelo investimento em si próprio e no uso patológico da relação de objeto, negando essa dependência e necessidade (PDM Task Force, 2006).

Exigem o sentido de enaltecimento de si e de superioridade que caracterizam a sua polaridade interna, ou seja, um esforço incansável em substituir a falta interna de admiração externa (Kernberg, 1970). Segundo Freud (1914/1980), estes pacientes são prisioneiros de um passado insatisfatório e de um presente sempre incompleto. Jones (1913; cit. por McWilliams, 2005), refere que revelam prazer nos comportamentos exibicionistas e sobrevalorizam as suas capacidades. Vivem num clima avaliativo de contínuo enaltecimento e de aprovação, que lhes alimenta a autoestima, e exterioriza-se numa elevada alteridade. A identificação e relação de A. com o objeto sugerem uma constante valorização de si, que equilibra o seu ego ideal, e enaltece apenas as partes boas, especificamente, em relação ao trabalho: “tenho boas qualidades de aprendizagem e sou trabalhadora” e “sempre fui reconhecida pelo trabalho que desempenhei”; em relação à vida em geral: “não é bonito este elefante, sou eu, sou uma pessoa forte” (perante um quadro que pintou e levou para a sessão), “faço sempre a vida andar para a frente”, “sou dona de obra”, “tratei sempre de tudo”, “resolvi sempre as adversidades ou os maus momentos” e “tenho muita experiência de vida”; em relação ao curso que frequenta: “gosto de ter boas notas”, “as melhores notas em todas as matérias” e “se fosse fácil, havia mais gente com este curso”; na

relação com a família em geral: “faço muitos sacrifícios pela minha família e construí uma vida para todos” e na relação com o filho mais novo: “presenciou algumas desgraças” mas “estive presente e fiz a vida andar em frente”. Freud (1974), refere que o investimento pulsional em si mesmo equilibra a falta e a inferioridade em que o mesmo foi construído.

Um paciente narcisista despende uma elevada energia na avaliação e a desvalorização domina as relações de objeto, na tentativa de sentir-se superior (PDM Task Force, 2006). A., refere sentimentos de desvalorização e um comportamento defensivo, nomeadamente, no passado frequentou vários psicólogos: “sem sucesso”; nas relações interpessoais: “perseguida e invejada”; em relação aos colegas de curso: “não sei o que andam ali a fazer”, são “preguiçosos”, “incapazes” e “burros”; na relação com a psiquiatra: “é uma completa depreciação das opções que tomei, mas quem lá estava era eu”. Estes pacientes atacam os outros no sentido de se promoverem (Feldman, 2007). Inveja e ódio estão presentes, que consubstanciando a tentativa ativa de destruir o outro, no sentido de apenas o si próprio existir (Klein, 1932/1975).

De acordo com Kernberg (1970), estes pacientes estão convencidos da sua superioridade, e perante uma opinião que frustre as suas expectativas, sentem-se enganados e não amados. Sentem-se ofendidos com sugestões contrárias às suas crenças. Também em A. parece que quando a sua valorização é posta em causa, a autoestima cede, e demonstra comportamentos de resistência em aceitar ideias divergentes das que espera, designadamente: “tentei vários psicólogos” e “só me fazem críticas”; na relação com a psiquiatra: “é fácil dar opiniões”. Segundo Freud (1914/1980), um paciente narcísico recusa-se em aceitar as contrariedades, o que sugere A. na relação com o filho (mais novo) quando relata “estou a ser gozada”, “não vou continuar a ser ofendida constantemente” e “não consigo suportar mais as ofensas do meu filho”. É uma espécie de representação narcísica de si frustrada (Vaz, 2006).

Kernberg (1970), menciona que o paciente narcisista acredita que é perfeito. A procura da perfeição pode ser expressa numa crítica permanente aos outros que os enfrentam, o que resulta na incapacidade de encontrar alegria nas ambiguidades da existência humana. A. refere: “gosto de fazer tudo perfeito”, “sou exigente comigo própria” e parece “que me levam a mal”, sinto “inveja” e “crítica”; em relação ao curso que frequenta: “gosto de aprender” e “de me envolver naquilo a que me proponho a fazer” e na relação com o filho (mais novo): “gosto de ser perfeita e uso essa qualidade para ajudar o meu filho e outras pessoas”. A crença patogénica destes pacientes reside em serem perfeitos para se sentirem bem (PDM Task Force, 2006). O narcisismo não significa amor por si próprio, mas uma espécie de dor em si mesmo (Feldman, 2007).

De acordo com Kernberg (1970), os pacientes narcísicos necessitam de alimentar constantemente a sua identidade e evidenciam o excessivo orgulho que têm nas suas realizações, no sentido de conservarem o equilíbrio do sentimento de si. A., sugere valorizar-se positivamente e realça as suas realizações, sobretudo, nas relações com os filhos: “gosto de acompanhar os meus filhos”, “amparar e estar presente” nas “situações conflituosas, frustrantes ou desafiadoras”, “proteger”, “disponibilizar as melhores decisões” e com o filho (mais novo): “sei que lhe facilito a vida em tudo”. Segundo Feldman (2007), é uma patologia do sentimento de si e, representa uma defesa rígida que evidencia falhas do objeto primário. A ausência do reconhecimento do outro

durante o desenvolvimento, resultou no investimento do eu, que em adulto procura continuamente o reconhecimento que esteve ausente ou foi conflituante em estados mais precoces.

Kernberg (1970), menciona que utilizam os outros como uma extensão narcísica, porque o seu sistema de crenças inclui a convicção e a idealização de si, através dos outros. As relações de A. sugerem ser instrumentais e relata o “cuidar do futuro dos meus filhos, para serem desembaraçados como eu”; em relação ao filho (mais novo): “com a idade dele, já tinha responsabilidade e não me comportava assim” e “não tem soluções para a sua vida e precisa da minha ajuda”; na relação com os filhos: “sempre dei o melhor aos filhos, em meu detrimento e trabalhei muito para serem alguém..., basta seguirem o meu exemplo, que não é assim tão difícil”; no curso que frequenta: “gosto de partilhar, de ensinar e ser útil”. Vaz (2006), refere que formam uma imagem ou uma idealização de si, inteiramente desfasada da realidade, para que ao viver com essa idealização, obtenham o prazer e o reconhecimento que necessitam. Por consequência, os outros podem assumir uma extensão deles próprios, no sentido de manter a sua posição onnipotente (Feldman, 2007).

De acordo com Kernberg (1970), estes pacientes necessitam dos outros, mas o seu amor por eles é superficial. A. parece viver uma relação conjugal “suportável” e “funcional”, que sugere que o parceiro é um objeto de apoio. O carácter narcísico é uma organização psíquica que pretende a adaptação relacional, ou seja, as relações de objeto são anaclíticas (Bergeret, 2004).

Kernberg (1975), relata que um sentido de vazio e incompletude estão presentes nestes pacientes, e sentem um medo intenso de descompensar e de irrefletidamente perderem a autoestima e o controlo da vida. A. sugere encontrar-se ameaçada pela desintegração, necessita de ser aceite e sente um vazio interior, nomeadamente: “cansada”, “sem energia”, “desgostosa”, “completamente desorganizada” e a “perder o controlo de tudo”. Menciona ainda sentimentos de “impotência”, “vazio” e “falta de sentido de vida”. Estes pacientes vivem uma experiência de sensação de vazio interior e uma falta de sentido de vida, que requer constantes confirmações externas da sua importância e valor (PDM Task Force, 2006). Vaz (2006) reforça que a procura narcísica é uma satisfação interna constante, adaptada às exigências externas, que visa a satisfação em si mesmo, mas que ao mesmo tempo é impossível de ser realizada.

De acordo com Kernberg (1970), o paciente narcísico exhibe uma falta de tolerância e de controlo e os níveis elevados de ansiedade são propícios à agressividade. A. experimenta sensações de “raiva” originada pela “perda de controlo da própria vida e do filho”, e no curso que frequenta “por vezes sinto raiva” e apetece-lhe “confrontar os colegas” e perguntar “o que andam ali a fazer (...)”, acrescenta “sou mal interpretada pelos colegas” e fica “furiosa”, são “mesquinhos” e “vivem de intrigas”. São também frequentes as fortes discussões com o filho mais novo. Vaz (2006), refere que quando a realidade externa provoca sofrimento, o investimento em si próprios é a forma de diminuir as suas deceções e frustrações. Existe uma ausência de competências face às contrariedades e situações que diminuam o seu domínio, manifestando-se em perda de controlo e agressividade.

McWilliams (2005), menciona que estes pacientes aumentam o seu orgulho com a aceitação. A. parece procurar a valorização de si e ao referir que a professora disse “bom

trabalho”, sentiu-se “valorizada e cheia de orgulho”, ou seja, necessitam de constantes confirmações daquilo que idealizam de si, para se sentirem valorizados (Kernberg, 1970).

Alice (1975; cit. por McWilliams, 2005), refere que estes pacientes na infância sentiram uma necessidade intuitiva de manter uma elevada autoestima e crescem confusos em relação ao seu equilíbrio. É uma espécie de talento inato que propicia um adulto narcísico. Winnicott (1965/1994) reforça que uma criança não investida afetivamente apresentará dificuldades em estabelecer relações em adulta, onde se voltará para si própria com a ilusão de completude em si mesma, e desvalorizando os outros. Klein (1932/1975) menciona que o narcisismo é uma atitude agressiva em relação ao objeto, existe a intenção de agredir. A renúncia ao desejo narcísico é a elaboração da posição depressiva. A estabilidade psicológica resulta da capacidade e sucesso de uma relação de apego segura em idade precoce, para que se obtenha uma base segura externa da realidade e uma base segura interna. O mesmo autor refere que a perda de uma posse valorizada, em estado precoce, constitui um trauma que põe em causa a autoestima e desestrutura o funcionamento psíquico (Bowlby, 1989).

De acordo com McWilliams (2005), a organização narcísica deve ser diferenciada das reações narcísicas, da psicopatia, da personalidade depressiva (melancólica), da estrutura obsessiva e compulsiva e da histeria. A. parece demonstrar consistentemente comportamentos compensatórios, com os quais procura manter um sentido de *self* valorizado. Utiliza as defesas de idealização e desvalorização, e usa a relação de objeto para equilibrar a sua autoestima. Todas as suas atividades, pensamentos e significações, sentimentos ou relações de vínculo são vividos em termos qualitativos de si. Vaz (2006), menciona que a perturbação narcísica resulta da tensão entre fatores externos e internos, que redundam de carências não suprimidas ao nível da identificação, autorreconhecimento e autoestima.

Complementarmente, a DSM-IV-TR (2000) classifica como perturbação de personalidade narcísica. Refere a extrema vulnerabilidade da autoestima, a incapacidade de aceitação e humilhação perante a crítica ou derrota, com consequentes comportamentos de raiva e provocações. A negatividade deste quadro assenta na diminuição de relações pessoais e sociabilidade, devido à intolerância que manifestam em relação aos outros. Cruza ainda esta perturbação com as personalidades estado-limite.

### **Metas de aconselhamento psicológico**

De acordo com o psicodiagnóstico e a análise do pedido de A., foram propostas as seguintes metas psicoterapêuticas de apoio:

- Aumento da capacidade de mentalização das experiências traumáticas e da gestão emocional e afetiva, que permitam a melhoria dos sintomas através da reformulação dos esquemas defensivos e sequente diminuição da impulsividade;
- Fortalecimento dos recursos internos para melhorar a interação social, através da expressão individual, eventualmente sujeita à crítica e com promoção da capacidade de confronto e objetividade;
- Diminuição do excessivo auto-centramento;

- Promoção do aumento da autoestima e autoconfiança, para que os processos de valorização-desvalorização sejam diminuídos;
- Promoção do bem-estar psicológico, da autonomia e incremento das capacidades de gestão emocional de modo a diminuir o sofrimento narcísico.

### **Resumo das sessões e análise da progressão terapêutica**

Na 1ª sessão, após a devolução de resultados, A. refere “pensei sobre a devolução e acredito que existem aspetos que posso mudar”, o que sugere interesse e/ou disponibilidade para o processo terapêutico. Acrescenta “tentei vários psicólogos” mas “só me fazem críticas”, o que revela um padrão de rejeição sobre opiniões que contrariem as suas expectativas ou que não a valorizem. Admitir seria sentido como uma manifestação de imperfeição. Menciona, durante a semana “consegui parar a tempo” várias discussões com o filho. No entanto, na ida com o filho à Pedopsiquiatria, não aceitou “as opiniões da médica”, referindo “é fácil dar opiniões”, e sente como “uma completa depreciação das opções que tomei, mas quem lá estava era eu”, retomando o movimento defensivo, que sugere uma incapacidade em reconhecer os pontos de vista dos outros e num comportamento de quem se tem a si mesma como principal centro de decisão e poder. Assume “gosto de participar na vida do meu filho” e tem medo “que lhe aconteça alguma desgraça”, reforça que o filho é “uma criança ingénua” e pensa “que conhece a vida” o que a deixa “preocupada”, sugerindo uma necessidade de domínio e controlo. Refere ainda: “tenho discussões feias com o meu filho”, mas que “com a idade dele já tinha responsabilidade e não me comportava assim” o que parece revelar a ilusão de não ter falhas e considera o filho (mais novo) uma extensão narcísica de si.

Na 2ª sessão, retoma a sua relação com o filho. Refere que discutiu com o filho sobre “o seu futuro”, e que ficou “muito preocupada” devido ao facto de sentir “que ele não sabe o que quer”, o que sugere novamente a necessidade de controlo e de decisão sobre os outros (presente na sessão anterior). Menciona, que confrontou o filho e que ele lhe disse “burra, deixa-me em paz”, o que deixou a “zangada”. Realça “faço muitos sacrifícios pela minha família e construí uma vida para todos”, e “uma mãe é sempre culpada, ou fez demais, ou fez de menos, ou protegeu, ou não protegeu” o que sugere um movimento de valorização de si e das suas realizações. Compara o filho mais novo com os dois mais velhos, que considera “são felizes”, pelo que não percebe o seu comportamento e “nada justifica isto”. No fim da sessão, menciona que estas a deixam “mais serena”.

Na 3ª sessão, refere logo de início que a semana “correu bem”. Refere que um dos filhos mais velhos, vive no Luxemburgo e vem visita-la, o que a deixa “extremamente feliz e emocionada”. Menciona “qualquer mãe gosta de estar ao pé dos seus filhos, e acho que isso não é errado, mas ultimamente, já não sei...” e amplia “por vezes sinto-me culpada”, o que revela a valorização do seu sistema de crenças interno, no qual, faz de si própria o ponto de referência à volta do qual organiza toda a sua experiência emocional e relacional de vida. Na parte final da sessão, refere “já não tinha uma semana assim há muito tempo”, ou seja, “sem discussões” e em “família”. No entanto, realça que o filho mais novo “não tem soluções para a sua vida e precisa da

minha ajuda”, o que mais uma vez demonstra a necessidade de domínio e controlo de todas as situações envolventes e revela que funciona pelo investimento em si própria (presente em sessões anteriores).

Na 4ª sessão, inicia com a expressão “a semana foi boa” e “sinto-me emocionalmente mais controlada, sinto-me melhor”, apesar de comentar “tive uma discussão com o meu filho” devido ao facto de não cumprir o que “combinam” e relatando que “tudo começou quando lhe pedi para passear o cão”. Reforça que o filho tem “pequenas tarefas” e que, quando não as cumpre, fica “zangada” e sente “estou a ser gozada”, visto que o filho “levanta-se às duas da tarde e diz que está cansado”, o que sugere uma falta de tolerância perante a frustração, sentindo-se zangada. É a insuportabilidade de pensar no outro como um ser diferente e separado de si e com um ritmo próprio.

Na 5ª sessão, apresenta-se extremamente agitada e pergunta “Dr., soube dos acontecimentos?”. Refere que o filho “descontrolou-se e andou desesperado”, porém, acredita que se deveu ao facto de o mesmo sentir da parte dela que “não vou continuar a ser magoada e insultada”, o que sugere uma intolerância perante situações que não se adequam à sua expectativa e parece esquecer-se do outro como ser humano. Realça que o filho “não saiu bem da consulta de psicologia”. “agia de modo estranho” e transformou-se “numa agressividade anormal”. Menciona que tudo o que aconteceu a deixou “impotente” e que só lhe sabem dizer “tem a culpa, que o amparei demais”, mas admite “sei que lhe facilito a vida em tudo” e refuta “dizem para não ver o meu filho como adversário, como contestatário, mas de onde veio essa ideia”, o que novamente revela a dificuldade em aceitar opiniões diferentes das suas expectativas e contrárias à sua valorização de si, e que alimenta o seu retraimento narcísico (presente em sessões anteriores). Na última parte da sessão refere “faltei devido aos acontecimentos” mas quero “continuar o processo”.

Na 6ª sessão, refere que a “semana foi calma e sem incidentes”, mas no curso teve “chatices com alguns colegas”. Conta “tenho muita experiência de vida” e “gosto de ajudar os outros” mas parece “que me levam a mal”. Reforça que os colegas de curso dizem “és demasiado exigente” e que “gosto da perfeição”, mas não vê qual o problema em ser assim, o que sugere similarmente às sessões anteriores, a necessidade de domínio e controlo de todas as situações envolventes, na qual procura continuamente a perfeição. Menciona que sentem “inveja” e “crítica” persistente, só porque tem as melhores notas do curso, o que insinua a sua crença interna na sua superioridade e capacidade de realização. Refere que “por vezes sinto raiva” e apetece-lhe “confrontar os colegas” e perguntar “o que andam ali a fazer (...)” e não percebe porque não se interessam pelo curso, como ela, que “gosto de aprender” e “de me envolver naquilo a que me proponho a fazer”, o que sugere um ataque no sentido de se promover e de enaltecer. Sente “sou mal interpretada pelos colegas” e fica “furiosa”, acrescenta que são “mesquinhos” e “vivem de intrigas”. Termina a sessão com a expressão “gosto de partilhar, de ensinar e ser útil”. Toda a sessão parece ser um movimento de recurso à projeção, com necessidade de domínio, controlo e comparação interpessoal.

Na 7ª sessão, mostra-se zangada e indica “voltei a discutir com o meu filho e isto tem de acabar”. Reforça que “não vou continuar a ser ofendida constantemente” e que o filho a procura



“com a intenção de provocar” o que parece revelar um movimento de projeção, o qual é presente em diversas descrições do mesmo, que tem dificuldade em alcançar. Relata “não percebo o comportamento dele, onde errei (...), proporcionei sempre o melhor a todos”. Reforça “gosto de ser perfeita e uso essa qualidade para ajudar o meu filho e outras pessoas”, o que revela novamente um sentimento de perfeição, de não ter falhas e de impor isso ao filho; e reforça, que o filho “presenciou algumas desgraças” mas “estive presente e fiz a vida andar em frente”, o que sugere mais uma vez movimentos contínuos de valorização de si e de grandiosidade (presente em sessões anteriores). Termina a sessão com a expressão “o meu filho não tem evoluído conforme esperava, não percebo que ajuda psicológica lhe dão...”, o que mais uma vez revela rejeição sempre que a sua expectativa não é correspondida.

Na 8ª sessão, A. apresenta-se abatida e com sentimentos de impotência e raiva, ao que refere “a semana foi a pior de sempre” e “não consigo suportar mais as ofensas do meu filho”. Sente-se com “raiva” e muito “impotente para ajudar”, relatando “tive uma discussão na ida para o ginásio com o meu filho” devido ao facto de “ter-se esquecido dos calções de propósito”. Na sua aceção o filho é “mentiroso e manipulador” e acredita que “faz de propósito”. Menciona ainda, que nessa ida ao ginásio, foi “agredida com um murro na boca” por parte do seu filho e que, naturalmente, “fiquei ofendida e não vi qualquer arrependimento no meu filho”. Realça as suas realizações, nomeadamente “sempre dei o melhor aos filhos, em meu detrimento e trabalhei muito para serem alguém (...), basta seguirem o meu exemplo, que não é assim tão difícil”. Em toda a sessão sugere, um acentuado auto-centramento e a procura de valorização de si, sentindo-se ofendida e impotente na relação com o filho (mais novo), na qual não se sente amada. Em projeção, o filho é visto como manipulador e dominador, mas manifesta dificuldades em objectivar esses comportamentos, o que a conduz a essa percepção, sendo vaga na sua descrição ou mudando o assunto.

Na 9ª sessão, refere que a semana “foi calma” e que “não permiti discussões ao meu filho”. Conta que esteve sempre “ocupada” com “projetos de arte” e tinha consigo um quadro, que mostrou e disse “não é bonito este elefante, sou eu, sou uma pessoa forte”, o que revela repetidamente o excessivo orgulho nas suas realizações e, a procura e necessidade de valorização de si. Reforçou “faço sempre a vida andar para a frente”, principalmente com os filhos, o que parece revelar um sentido de enaltecimento de si, num esforço incansável de procura de admiração externa e de sobrevalorização das suas capacidades. Assume “gosto de ser responsável pela vida dos meus filhos” mas no sentido de “os ajudar com as dificuldades”, o que sugere (presente em praticamente todas as sessões) a necessidade de domínio e controlo de toda a sua envolvência. Na segunda parte da sessão, refere “tive novamente problemas com os meus colegas”, são “burros” e “preguiçosos”, o que insinua um movimento de crítica e apreciação aos outros, revelando-se completamente centrada em si, ao validar que fez um trabalho de grupo, no qual, não gostou da contribuição dos seus colegas, e resolveu “corrigir” devido à “má qualidade” do que fizeram e porque parecia um “trabalho de crianças”. A. sugere uma constante procura de perfeição e de exigência consigo própria, e refere que após os colegas se terem apercebido da “minha ajuda e que entreguei dessa forma à professora”, ficaram “indignados” o que lhe pareceu

uma “injustiça”, visto que gosta de “ser perfeita” e “ter boas notas”, o que acabou por acontecer, mas “para o meu grupo (...) e feito por mim”. Acrescenta “quem trabalhou fui eu” e “ainda ficaram ofendidos”, mas a professora gostou muito e disse “bom trabalho” e naturalmente “senti-me valorizada e cheia de orgulho”, o que parece revelar um movimento de desvalorização dos outros e um movimento de valorização de si, numa tentativa de sentir-se superior e promover a sua autoestima.

A. sugere um forte sentido de egocentrismo, ou seja, parece não conseguir-se colocar no lugar do outro, porque está constantemente ocupada com o seu "eu" e com os seus próprios interesses. Este movimento está presente em todas as sessões, contudo, demonstra uma permissão de entrada no seu espaço próprio e uma vontade em manter o processo terapêutico.

Não é possível conceber qualquer relação humana em que não esteja presente a necessidade de algum tipo de um mútuo reconhecimento, o qual é determinante para a manutenção da autoestima e construção da identidade, no entanto, A. exibe uma necessidade vital de ser reconhecida pelos demais, como alguém que é aceito, valorizado, admirado, amado e desejado.

As sessões são dominadas pela sistemática procura e valorização do próprio valor, onde emergem sentimentos de raiva, humilhação e vazio, quando a avaliação é negativa ou contrária às suas expectativas. As relações, portanto, são de decepção e desilusão, sempre que não enquadradas nos seus próprios valores ou perante resultados não favoráveis a si própria.

É imprescindível evoluir no sentido da consciencialização de que deve diminuir a sua necessidade de domínio em todas as situações envolventes, sem que se sinta incomodada com a possibilidade de não deter o pleno controlo e conseqüente procura por perfeição. O número de sessões atuais e a confiança estabelecida na relação proporciona uma aliança terapêutica segura, que possibilita o experimentar através da transferência dos mecanismos de autoregulação, sem uma sensação de fragmentação com padrões emocionais e cognitivos desadaptativos.

A paciente A., continua em psicoterapia de apoio após o término do estágio académico.

De acordo com Feldman (2007), um paciente narcísico procura manter uma imagem de perfeição e desvaloriza o processo terapêutico. Leahy (2001) refere que a neurose narcísica é praticamente inacessível a qualquer esforço terapêutico. Um paciente narcísico é um desafio para qualquer terapeuta, por mais experiência que tenha (Sá, 2003).

## **Conclusão**

A realização deste estágio foi uma experiência extremamente enriquecedora, pois foi o primeiro contacto com a prática clínica em termos de Psicologia, onde pude e tive a oportunidade de intervir em situações reais no contexto de clínica privada.

É um complemento formativo imprescindível em contexto real de trabalho, que reúne conhecimentos científicos, competências técnicas e práticas, e a componente de análise, revisão e investigação contínua das hipóteses e conjeturas de trabalho terapêutico.

Saliento, por um lado, o desenvolvimento de uma competência instrumental, que integrou a capacidade de incorporação dos aspetos teóricos e práticos no que concerne à avaliação psicológica, cognitiva e da personalidade. Por outro, o desenvolvimento de competências interpessoais, onde colocaria em destaque a relação de trabalho e a discussão permanente das práticas clínicas.

Considero que todos os objetivos propostos para este estágio foram atingidos através das várias atividades realizadas, e que permitiu-me adquirir competências profissionais, teóricas e práticas, indispensáveis a um exercício competente e responsável da atividade de Psicologia, não descurando a sua vertente científica e deontológica.

Os casos apresentados neste relatório continuam em acompanhamento psicoterapêutico de apoio, após o término do estágio académico.



## Reflexão Final

O estágio acadêmico é o culminar de um processo de aprendizagem e intervenção teórica e prática, desde o primeiro dia de aulas da licenciatura até à entrega do relatório.

É indispensável: uma perseverança desmesurada, porque há momentos em que começamos a duvidar de nós próprios e a questionar se vale a pena o esforço; uma prática constante, porque como qualquer outro desafio temos de estar sempre a praticar e a experimentar sem reservas, com o intuito de fazer cada vez melhor, mas sobretudo não ter medo de falhar, porque só quem tenta é que eventualmente falha. Os outros continuam a viver no mundo do “se”.

Uma reflexão final é uma tarefa complicada, pois na minha opinião implica ao mesmo tempo, uma autoavaliação e a distância suficiente em relação a essa autoavaliação, de modo a que consigamos durante a releitura do relatório, uma postura simultaneamente crítica e construtiva, que permita apreender se o que construímos será compreendido por aqueles que o observarem.

Um estágio acadêmico é um palco decisivo na capacitação de um principiante, pela sua capacidade de confronto com uma multiplicidade de experiências, desafios e responsabilidades. Para além deste contexto formativo, sinto que ao nível pessoal também houve transformações e que considero um período único e significativo na minha vida pessoal e profissional.

Acredito que o desenvolvimento profissional requer não só uma acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas também um trabalho de reflexividade crítica sobre a prática e de construção permanente de uma identidade pessoal.

Realço a importância da supervisão, onde o mestre ensina as artes do ofício ao seu aprendiz, funcionando como um modelo para as suas práticas. É um apoio incondicional na exploração e compreensão dos processos e contextos, na atuação sobre os mesmos e na sistematização do conhecimento necessário à intervenção, até ao atingir do nível de perícia técnica desejada.

Para finalizar, a consciência de que o início da prática de Psicologia exige uma formação sólida e um desenvolvimento permanente, conducente a uma prática clínica responsável, mas que isso só é possível mediante o compromisso de todas as partes, ou seja, do psicólogo estagiário, das instituições e do orientador de estágio.



## Referências

- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341. Recuperado através de <http://www.imamu.edu.sa/topics/IT/IT%206/An%20Ethological%20Approach.pdf>
- Aguilar, J., Oliva, M., & Marzani, C. (2003). *A Entrevista Psicanalítica*. Coimbra: Almedina.
- Ajuriaguerra, J., Marcelli, D. (1986). *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Alexander, F. & French, T. (1965). *Terapêutica Psicanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Anzieu, D. (1983). Possibilités et Limites des recours aux points de vue psychanalytiques par le Psychologue clinicien. *Conexions*, 40, 31-37.
- Appelbaum, A. (2012). Review of psychodynamic psychotherapy: a clinical manual. *Psychoanalytic Psychology*, 29(2), 274-275. doi: 10.1037/a0026431
- Avellar, L. (2009). A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura e obra de Winnicott. *Contextos Clínicos*, 2(1), 11-17. doi: 10.4013/ctc.2009.21.02
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Bergeret, J. (2004). *Psicopatologia, teoria e clínica*. São Paulo: Artmed.
- Bion, W. R. (1991). *Learning from Experience*. Londres: Karnac. (original publicado em 1962).
- Bloch, S. (Coord.) (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. Lisboa: Climepsi.
- Bocca, F. (2011). Histeria: primeiras formulações teóricas de Freud. *Psicologia*, 22(4), 879-906.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *Apego* (2ª ed.) (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Barcarena: Presença.

- Brito, S. (2008). A psicologia clínica: procura de uma identidade. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 5(1), 63-68.
- Brum, E. H., & Schermann L. (2003). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: Abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 457-467. doi: 1590/S1413-81232004000200021.
- Campos, R. C. (2012). *Textos sobre psicopatologia e diagnóstico psicodinâmico*. Lisboa: Climepsi.
- Cloninger, S. (1999). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O Desespero*. Lisboa: Climepsi.
- Cole, M. & Cole, S. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. (4ªed.). Porto Alegre: Artmed Editora, S.A.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. et. al. (2000). *Psicodiagnóstico – V* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Couch, P. A. (1995). Anna Freud's adult psychoanalytic technique: A defense of classical analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 153-171.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2013). Acedido em 21 Outubro 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>
- Dialógicos (2013). Informação da Instituição. Consultado em dezembro 12, 2013, em <http://www.dialogicos.pt>
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi
- Douglas, A. (2009). The mystery of personality: a history of psychodynamic theories. *Choice:Current Reviews for Academic Libraries*, 47(4), 774.
- Eizirik C. L., Aguiar, R. W., & Schestatsky, S. S. (2008). *Psicoterapia de orientação analítica*. (2ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Eizirik C. L., Kapczinski F. P. (1991). Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*, 56, 174-81.



- Exner, J., & Sendin, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach para el sistema comprensivo*. Madrid: Prismática.
- Exner, J. R. (1994). *Rorschach and the study of the individual*. *Rorschachiana*, 19 (1), 7-23. doi:10.1027/1192-5604.19.1.7.
- Exner, J. E. (2003). *O Rorschach: um sistema abrangente: fundamentos básicos e princípios de interpretação* (vol.1. 4ª ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Feldman, R.S. (2007). *Introdução à psicologia* (6ª ed.). Brasil: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, Lda.
- Freud, S. (1974). O mal-estar na civilização. In: J. Strachey (Ed. & Trad.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1930[1929]).
- Freud, S. (1980). Sobre o narcisismo. In: J. Strachey (Ed. & Trad.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1914).
- Freud, S. (1987). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: J. Strachey (Ed. & Trad.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1905).
- Gabbard, G. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Porto Alegre: Artmed.
- Golse, B. (2005). Sigmund Freud. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 23-56). Lisboa: Climepsi.
- Gouveia, M. J. (2001). Tendências da investigação na psicologia do desporto, exercício e atividade física. *Análise Psicológica*, 1(19), 5-14.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (2003). *Relações de objeto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Harr M. (1979). *Introdução à psicanálise Freud*. Lisboa: Edições 70.

- Hansen, D., & Drov Dahl, R. (2006). The holding power of love: John Wesley and D. W. Winnicott in conversation. *Journal of Psychology & Christianity*, 25(1), 54-62.
- Hegenberg. (2003). *Borderline: Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hollway, W. (2012). Rereading Winnicott's: primary maternal preoccupation. *Feminism & Psychology*, 22(1), 20-40. doi: 10.1177/0959353511411692
- Jesuino, J. C. (1994). *O que é Psicologia*. Lisboa: Quimera.
- Kernberg, O. F. (1970). Factors, psychoanalytic treatment of narcissistic personalities., *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 18:51-85.
- Kernberg, O. F. (1984). *Transtornos Graves de Personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- Kernberg, O. et. al. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Porto Alegre: Artmed.
- Kernberg, O.F. (1996). The analyst's authority in the psychoanalytic situation., *Psychoanal. Q.*, 65:137-157.
- Kernberg, O. (2000). A concerned critique of psychoanalytic education. *Int. J. Psychoanal.*, 81:97-120.
- Klahr, M. (2005). Melanie Klein. In B. Golse (Coord.), *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 77-90). Lisboa: Climepsi.
- Klein, M. (1996). O desenvolvimento inicial da consciência na criança. *Obras Completas de Melanie Klein: Volume I Amor culpa e reparação e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago (original publicado em 1933).
- Klein, M. (1975). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1932).
- Klein, M. (1980). A técnica psicanalítica através do brinquedo: sua história e significado. In M. Klein, P. Heinman, & R. Money-Kyrle (Eds.), *Novas tendências na psicanálise* (pp. 25-48). Rio de Janeiro: Zahar.
- Klein, M. (1991). *Desenvolvimentos da teoria e da técnica*. Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1957)

- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. Guilford: New York.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Lopes, R. (2010). *Psicologia da Educação*. Lisboa: Abdul's Angels, Lda.
- Magalhães, M. (2004). Narcisismo primário e desejo. *Pulsional: revista de psicanálise*, 17(178), 52-61.
- Malpique, C., & Fleming M. (2010). *Psicanálise e Mudança Psíquica: Cartografias para uma viagem*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Marcelli, D. (2005). *A Infância e a psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Martinho, J. (2000). *A minha Psicanálise*. Lisboa: Fim de Século, Edições, Lda.
- McWilliams, N. (2004). *Formulação psicanalítica de casos*. Lisboa: Climepsi.
- Mcwilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Mcwilliams, N. (2006). *Psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Mijolla, A., & Mijolla-Mellor (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi.
- Marques, M. E. (1994). Do desejo de saber ao saber do desejo: contributo para a caracterização da situação projectiva. *Análise Psicológica*. 1994. 4 (XIII), 431-439.
- Negreiros, J. N. C. (1991). *Prevenção do Abuso do Álcool e drogas nos Jovens*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (C.I.F.)*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). *Código deontológico*. Lisboa: OPP.
- Pacheco, L., & Sisto, F. F.(2003). Aprendizagem por interação e traços de personalidade. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7 (1), 69-76.

- Parada, A. P., & Barbieri, V. (2011). Reflexões sobre o uso clínico do TAT na contemporaneidade. *Psico-USF*, 16(1), 117-125.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2008). *O Estudo de caso e a observação clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Piéron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: PUF.
- Primi, R. (2005). *Temas em Avaliação Psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prata, F. P. (2008). *Terapia sistémica de casal: Respigando ideias e experiências*. Lisboa: Climepsi.
- Reimão, C. (coord.) (2008). *Ética e profissão: desafios da modernidade: atas de colóquio*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Ribeiro J.P., & Leal I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4 (14), 589- 599.
- Richard, M. (1977). *A psicologia e os seus domínios*: Lisboa: Moraes
- Rodrigues, F. (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*. Lisboa: Climepsi.
- Romano, B. W. (1999). *Princípio para a prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sá, E. (1995). Aspectos Psicológicos da dor. *Revista Portuguesa de Reumatologia*. vol 6, nº 54.
- Sá, E. (2003). *Textos com Psicanálise*. Lisboa: Fim de Século.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Sheldler, J. (2010). *The efficacy of psychodynamic psychotherapy*. *American Psychologist*, 65, (2), 98-109.

Shentoub, V. e colaboradores (1999). *Manual de utilização do TAT*. Lisboa: Climepsi.

Sugarman, A. (1980). The Borderline Personality Organization as Manifested on Psychological Tests. In: KWAWER, J. S; LERNER, H. D.; LERNER, P. M. & SUGARMAN, A Borderline Phenomena and the Rorschach Test. New York: International Universities Press, p.39-67.

Tyson, P., & Tyson, R. (1990). *Psychoanalytic theories of development: an integration*. New Haven: Yale University Press.

Tomka, M. (1997). *A fragmentação do mundo das experiências na época moderna*. Concilium, 271, 11-27.

Tordjman, G. (1976). *A sexologia*: Lisboa: Ática

Vaz, C. (2006). *Tudo pela fama: idealizações narcísicas na contemporaneidade*. Universidade de Brasília, Brasil.

Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.

Winnicott, D. (1994). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes Editores. (Trabalho original publicado em 1965).

Zimerman, D.E. (2004-2008). *Manual de técnicas psicanalíticas*. São Paulo: Artmed.



### **Lista de Anexos**

Anexo A – Orientação vocacional escolar e profissional.

Anexo B - Conteúdos: “vencer a vida” e “comunicar com eficácia”.

Anexo C - Observação naturalista de comportamentos.

Anexo D – Síntese - Psicanálise e Mudança Psíquica-Cartografias para uma Viagem.

Anexo E – Mentoria.

Anexo F - Resultado da avaliação psicológica do paciente - caso P.

Anexo G - Resultado da avaliação psicológica do paciente - caso A.





## **ANEXO A**

Orientação vocacional escolar e profissional.





## DEVOLUÇÃO DE RESULTADOS – PERFIL DE INTERESSES

SERVIÇOS PROFISSIONAL	ARTE TÉCNICO	SERVIÇOS TÉCNICO	BUROCRACIA
Nível - Frequência universitária.	Nível - prático / aprendizagem no trabalho.	Nível - prático / aprendizagem no trabalho.	Nível - prático / aprendizagem no trabalho.
Responsabilidade, envolve relações interpessoais em áreas como o cuidado aos outros e necessidades pessoais: serviço social; saúde e educação.	Habilidades artísticas no campo das artes gráficas e do design.	Habilidades artísticas no campo das artes gráficas e do design.	Registrar, afixar e arquivar registos: elevada atenção aos pormenores e detalhes, precisão, cuidado, habilidade, ordem.
Assistente Social; Diretor de Pessoal; Educador de Infância; Enfermeira; Estomatologista; Instrutor de Automóveis; Instrutor de Educação Física; Optometrista; Pediatra; Psicólogo; Psiquiatra; Professor; Terapeuta da fala; Ocupacional; Treinador Desportivo; Sociólogo;	Desenhador; Decorador; Criador de Interiores; Desenhador humorístico; Compositor Musical; Designer de Produtos Industriais; Florista; Fotógrafo; Publicitário; Ilustrador Técnico; Modelo; Operador de Câmara e/ou repórter; Fotografo; Técnico de Restauro.	Bagageiro de Hotel e/ou Transporte; Barbeiro; Barman; Bombeiro; Cabeleireiro; Carteiro; Empregado de Balcão; Governanta; Manicura; Massagista; Monitor Desportivo; Motorista de Autocarro; Parteira; Porteira; Revisor de Bilhetes; Técnico de Enfermagem; Auxiliar de Ação Educativa.	Áreas de escritórios e realização de relatórios. Arquivista; Angariador de Seguros; Empregado Bancário e/ou Escritório; Dactilógrafo; Guardo Livros; Operador de Computadores; Rececionista; Secretário de Direção ou Administração; Telefonista.
Fisioterapeuta.			
+			-



BPRD Folha de resposta

Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: 22 AN  
 Ano Escolar: Lic. FISIOTERAPIA

Data: 29.03.2014

**12. RACIÓCNIO NUMÉRICO**    **12. ABSTRAÇÃO**    **12. VERBAL**    **12. ESPACIAL**    **12. MECÂNICO**

PROVA NR ①	PROVA AR ④	PROVA VR ②	PROVA SR ③	PROVA MR ⑤
Exemplo A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Exemplo A <input type="checkbox"/>	Exemplo A <input type="checkbox"/>	Exemplo A <input type="checkbox"/>	Exemplo A <input type="checkbox"/>
Exemplo B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Exemplo B <input type="checkbox"/>	Exemplo B <input type="checkbox"/>	Exemplo B <input type="checkbox"/>	Exemplo B <input type="checkbox"/>
Exemplo C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Exemplo C <input type="checkbox"/>	Exemplo C <input type="checkbox"/>	Exemplo C <input type="checkbox"/>	Exemplo C <input type="checkbox"/>

① <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$	① <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$	① <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$	① <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$	① <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$
② <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> $\sqrt{2}$	② <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{2}$	② <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{2}$	② <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{2}$	② <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{2}$
③ <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> $\sqrt{3}$	③ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{3}$	③ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> $\sqrt{3}$	③ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{3}$	③ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{3}$
④ <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> $\sqrt{4}$	④ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{4}$	④ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{4}$	④ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑤ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑤ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{5}$	⑤ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑤ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> $\sqrt{5}$	⑤ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> -
⑥ <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> $\sqrt{5}$	⑥ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> -	⑥ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> -	⑥ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{5}$	⑥ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{5}$
⑦ <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> $\sqrt{6}$	⑦ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{6}$	⑦ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{6}$	⑦ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{6}$	⑦ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> -
⑧ <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> $\sqrt{2}$	⑧ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> $\sqrt{2}$	⑧ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{6}$	⑧ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{6}$	⑧ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> -
⑨ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑨ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$	⑨ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{25}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑨ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$	⑨ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{25}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑩ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑩ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{4}$	⑩ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{26}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑩ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$	⑩ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{26}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑪ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑪ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> $\sqrt{10}$	⑪ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{27}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑪ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{10}$	⑪ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{27}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑫ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑫ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{11}$	⑫ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{26}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑫ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑫ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{28}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑬ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑬ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑬ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{29}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑬ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑬ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{29}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑭ <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$	⑭ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{25}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑭ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{30}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑭ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑭ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{30}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑮ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑮ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{26}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑮ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{31}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑮ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑮ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{31}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑯ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑯ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> $\sqrt{27}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑯ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{32}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑯ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑯ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{32}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑰ <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 243 <input type="checkbox"/> $\sqrt{1}$	⑰ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{28}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑰ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{33}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑰ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑰ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{33}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑱ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -	⑱ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{29}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑱ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{34}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑱ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑱ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{34}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑲ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> = 25 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑲ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> $\sqrt{30}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑲ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{35}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑲ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{25}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑲ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{35}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑳ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> = 26 <input type="checkbox"/> 106 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/>	⑳ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{31}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑳ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{36}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑳ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{26}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑳ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{36}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
㉑ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> = 27 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉑ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{32}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉑ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{37}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉑ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{27}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉑ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{37}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
㉒ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> = 28 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉒ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> $\sqrt{33}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉒ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> $\sqrt{38}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉒ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{28}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉒ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{38}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
㉓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> = 29 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{34}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉓ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{39}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{29}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉓ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> $\sqrt{39}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
㉔ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> = 30 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉔ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> $\sqrt{35}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉔ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> $\sqrt{40}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉔ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> $\sqrt{30}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	㉔ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> $\sqrt{40}$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

TOTAL <u>10</u> ✓	TOTAL <u>19</u> ✓	TOTAL <u>22</u> ✓	TOTAL <u>10</u> ✓	TOTAL <u>10</u> ✓
Valor T Percentil <u>39</u>	Percentil <u>44</u>	Percentil <u>44</u>	Percentil <u>37</u>	Percentil <u>35</u>
<u>13%</u>	<u>21%</u>	<u>25%</u>	<u>10%</u>	<u>41%</u>



## DEVOLUÇÃO DE RESULTADOS – PERFIL DE APTIDÕES

<b>RACIOCÍNIO NUMÉRICO</b>	<b>RACIOCÍNIO ABSTRACTO</b>	<b>RACIOCÍNIO VERBAL</b>	<b>RACIOCÍNIO MECÂNICO</b>	<b>RACIOCÍNIO ESPACIAL</b>
Aptidão para números e <b>relações entre números.</b>	Aptidão para compreender <b>relações entre coisas.</b>	Capacidade de <b>raciocinar com palavras,</b> compreender e <b>usar conceitos expressos em palavras.</b>	Princípios mecânicos e das leis da física. <b>Índole prática.</b>	Capacidade de reconhecimento ou de visualização de elementos figurativos: capacidade rotação ou de acompanhar movimentos no espaço. <b>Fator espacial.</b>
Exige um bom raciocínio analítico e capacidade de <b>concentração e perseveração.</b>	Objetos, desenhos, diagramas ou <b>esquemas.</b>	Capacidades de <b>compreensão e de expressão verbal</b> e/ou níveis elevados de <b>autoridade e responsabilidade.</b>	Observação e prática quotidiana.	Proporcionar formas e o seu movimento no espaço.
<b>Matemática; Química; Física; Engenharia.</b>	<b>Desenho; laboratório; Matemática; Programação; Avarias eléctricas ou mecânicas.</b>	<b>Tarefas administrativas ou de gestão.</b>	Sectores técnicos e industriais e/ou <b>áreas técnicas e práticas.</b>	Áreas técnicas mecânicas, artísticas com apelo à percepção de formas e figuras, enquadramentos e relações.
Profissões: engenheiro, técnico de laboratório, técnico de farmácia, estatístico, carpinteiro.	Profissões: trabalho de oficina, de desenho e de laboratório, em matemática, em cursos de programação de computadores, na eliminação de avarias eléctricas ou mecânicas.	Profissões: administração ou gestão, em profissões que exigem muita comunicação escrita ou oral e empregos envolvendo níveis elevados de autoridade e responsabilidade.	Profissões: reparação mecânica, em engenharia e numa variedade de profissões fabris. É um tipo de raciocínio importante nos sectores técnicos, mas também prático e industriais.	Profissões: carpinteiros; arquitetos; maquinistas; engenheiros; dentistas; estilistas e outros que seja necessário a visualização de figuras e de espaços.
+				-

## DEVOLUÇÃO DE RESULTADOS – PERFIL DE APTIDÕES

PERSONALIDADE	ORIENTAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE RESULTADOS
<p>Tende a recorrer aos processos ideativos na tomada de decisão, procurando analisar todas as possibilidades antes de proceder à mesma (EB=10:2);</p> <p>As percepções são realizadas de uma forma mais particular e pouco convencional, o que poderá resultar distorcido face à realidade envolvente;</p> <p>As interferências emocionais favorecem a diminuição dos esforços no processamento dos dados (<math>Z_f = 7</math>);</p> <p>Tende a uma forma mais prática de análise do campo estimular e de resposta às tarefas (W:D:Dd = 6:12:8);</p> <p>Manifesta carência ao nível da energia despendida na organização dos recursos a aplicar na realidade, podendo funcionar aquém das suas potencialidades (W:=6:10);</p> <p>Sente-se invadida por sentimentos de indefesa e desvalorização pessoal, o que promove paralisação da sua conduta (Y=5);</p> <p>Tende à formulação de uma imagem de si negativa e pessimista durante a realização de processos de introspeção (<math>3r+(2)/R = 0,38</math>; FD=2; MOR=3);</p> <p>Tende a assumir um papel passivo, não necessariamente submisso, nas suas relações interpessoais (a:p=6:11);</p> <p>A percepção de si e dos seres humanos em geral encontra-se frequentemente formulada a partir de parâmetros de fantasia ao invés da realidade (H:(H)+Hd+(Hd)=4:8).</p>	<p>Discussão das áreas aumentadas nos interesses;</p> <p>Indicação de que tem aptidões necessárias às mesmas;</p> <p>Na personalidade, foco nas características "ser mais mental que afetiva", visão prática do campo estimular, autoestima baixa e tendência ao pessimismo, papel passivo nas relações interpessoais e nas situações em geral; tendência a sentir-se emocionalmente invadida, sem saber como agir;</p> <p>Formas de pro-atividade na procura de trabalho.</p>



## **ANEXO B**

Conteúdos: “vencer a vida” e “comunicar com eficácia.”

# VENCER A VIDA

Seja mais forte do que a sua melhor desculpa  
(anónimo)

# VENCER A VIDA

## PLANEAMENTO ESTRATÉGICO PESSOAL

PERCURSO A SER ELABORADO, QUE ORIENTA A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE VIDA

CADA UM DE NÓS CONSTRÓI O NOSSO DESENVOLVIMENTO E O NOSSO FUTURO



VENCER A VIDA

## VALORES

CRENÇAS, AQUILO EM QUE ACREDITAMOS E QUE NOS FAZ AGIR COMO AGIMOS  ESTABELECE PRIORIDADES MORAIS E ÉTICAS QUE SERVEM COMO GUIA PARA TODAS AS ACTIVIDADES  SUPORTA A NOSSA INTEGRIDADE E SÃO EXPRESSOS NO NOSSO COMPORTAMENTO DIÁRIO	<h3 style="text-align: center;">DESCREVE OS TEUS VALORES</h3>
DESCREVE SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES	

VENCER A VIDA

## PLANO DE ACÇÃO

DESCREVE OBJECTIVOS			
O QUE QUEREMOS VS O QUE PRECISAMOS			
CURTO PRAZO	PESSOAL	PROFISSIONAL	FINANCEIRO
MÉDIO PRAZO			
LONGO PRAZO			

VENCER A VIDA

## ANÁLISE SITUACIONAL

OPORTUNIDADES, AMEAÇAS, FORÇAS E FRAQUEZAS QUE PODEM AFECTAR O CUMPRIMENTO DA MINHA MISSÃO  AVALIAR AS SITUAÇÕES EXTERNAS ACTUAIS OU FUTURAS QUE, SE ADEQUADAMENTE APROVEITADAS, IRÃO INFLUENCIAR POSTIVAMENTE OU NEGATIVAMENTE  AVALIAR AS CARACTERÍSTICAS PRÓPRIAS QUE INFLUENCIAM POSTIVAMENTE OU NEGATIVAMENTE	<h4 style="text-align: center;">PONTOS FORTES</h4> VANTAGENS  QUALIDADES  MELHOR IMAGEM PERCEBIDA  VALORES	<h4 style="text-align: center;">PONTOS FRACOS</h4> IDENTIFICAÇÃO DE CONFLITOS  MELHORIA DOS ASPECTOS IDENTIFICADOS  ANÁLISE DE TAREFAS REALIZADAS NÃO SATISFATORIAMENTE
	<h4 style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</h4> ENFOQUE NAS FORÇAS QUE NÃO ESTÃO APROVEITADAS  ATENÇÃO ÀS TENDÊNCIAS  AVALIAÇÃO DAS VERDADEIRAS OPORTUNIDADES	<h4 style="text-align: center;">AMEAÇAS</h4> VISUALIZAÇÃO DO MUNDO EXTERIOR PARA IDENTIFICAR AMEAÇAS  SITUAÇÕES E PESSOAS QUE PODEM AJUDAR A ATINGIR OS OBJECTIVOS E QUAIS OS QUE PODEM DIFICULTAR RESISTÊNCIAS INTERNAS VALORES

**ASSENTA** SENTIMENTOS, MOTIVAÇÕES, EMOÇÕES...

**REFLETE** SOBRE O QUE SENTISTE, PRÁTICA A AUTO-REFLEXÃO...

SE **CORAJOSO**, NÃO OMITAS INFORMAÇÃO OU SENSações...

VENCER A VIDA			
ANÁLISE SITUACIONAL			
DESCREVE			
PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS

VENCER A VIDA	
PARCERIAS / NETWORKING	
<p>IDENTIFICAR AS PESSOAS QUE FAZEM PARTE DA ENVOLVÊNCIA E QUE PODEM AJUDAR A ALAVANCAR OS OBJECTIVOS, QUER SEJAM NO AMBIENTE PESSOAL, PROFISSIONAL, FAMILIAR OU OUTRO</p> <p>MANUTENÇÃO DE RELACIONAMENTOS PRODUTIVOS E PESSOAS QUE PODEM SERVIR DE MENTORES OU REFERÊNCIAS EM ALGUMAS ÁREAS DE VIDA</p> <p>TRAÇA NOVOS CAMINHOS. DESCOBRE, HÁ MUITO PARA ENCONTRAR...</p>	<b>DESCREVE PARCERIAS / NETWORKING</b>
<p>DESCREVE</p> <p>SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES</p>	

VENCER A VIDA **PROPÓSITO DE VIDA (MISSÃO PESSOAL)**

DESCREVE O TEU PROPÓSITO DE VIDA

PROPÓSITO DE VIDA É UMA LEMBRANÇA DE QUEM SOMOS E QUE IMPACTO CAUSAMOS NOS OUTROS

AQUILO QUE PRECISAMOS DE FAZER PARA NOS REALIZAR COMO SER HUMANO COMPLETO

É O QUE NOS INSPIRA E MOTIVA A FAZER A DIFERENÇA EM CADA DIA DA NOSSA VIDA

DESCREVE SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES

VENCER A VIDA **VISÃO DE FUTURO**

DESCREVE A TUA VISÃO DE FUTURO

IMAGENS MENTAIS QUE NOS INSPIRAM A AGIR E A TORNAR OS NOSSOS SONHOS EM REALIDADE

VISÃO COM DIRECÇÃO E SIGNIFICADO DE VIDA

QUANDO EXISTE UMA VISÃO CLARA, NÃO É NECESSÁRIO DETERMINAR TODOS OS DETALHES POIS A VISÃO ORIENTA TODAS AS ACÇÕES QUE IRÃO DECORRER NO TEMPO

DESCREVE SENTIMENTOS E/OU EMOÇÕES

VENCER A VIDA **PLANO DE ACÇÃO**

**REESCREVE OBJECTIVOS**

O QUE QUEREMOS VS O QUE PRECISAMOS

	PESSOAL	PROFISSIONAL	FINANCEIRO
CURTO PRAZO			
MÉDIO PRAZO			
LONGO PRAZO			

**CELEBRA**, A CONCRETIZAÇÃO DE ACONTECIMENTOS IMPORTANTES OU NOTÁVEIS, ALGO QUE SERÁ TÃO IMPORTANTE QUANTO A EXIGÊNCIA DE CUMPRIR OS OBJECTIVOS



## COMUNICAR

É MAIS DO QUE UMA SIMPLES TROCA DE IDEIAS  
INTERAGIMOS COM OS "OUTROS" E PROCURAMOS INFORMAÇÃO ESSENCIAL PARA A VIDA

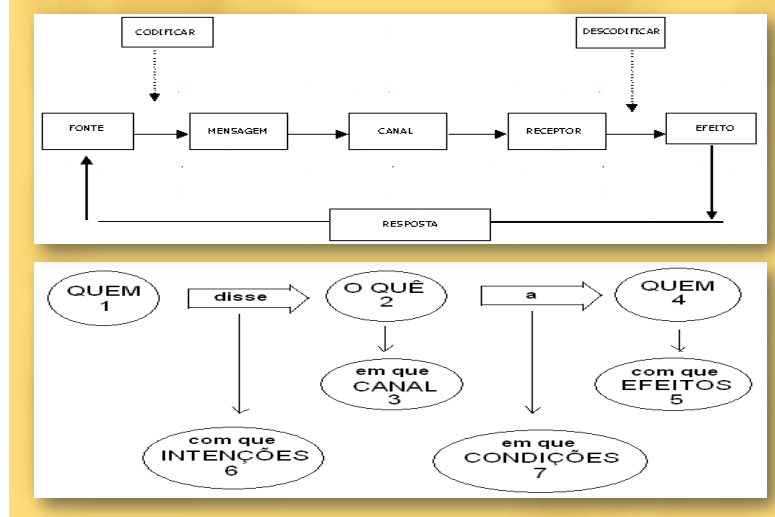
**COMUNICAÇÃO**  
ENVOLVE EMISSORES E RECEPTORES QUE CODIFICAM E DESCODIFICAM MENSAGENS, QUE SÃO TRANSMITIDAS NUM CANAL E PODEM SER IMPEDIDAS POR "INTERFERÊNCIAS"

**COMUNICAMOS POR SÍMBOLOS COM SIGNIFICADOS ACORDADOS**

A FINALIDADE É RECEBER UM **FEEDBACK** A FIM DE SE CRIAR UM **EFEITO** OU **RESULTADO**

SE PENSARMOS COMO A TRANSFERÊNCIA DE UM SIGNIFICADO, ENTÃO O SUCESSO DE UMA COMUNICAÇÃO SIGNIFICA QUE COMPREENDEMOS ALGUMA INFORMAÇÃO, EU E TU. E QUE ESTAMOS DE ACORDO SOBRE O QUE PRETENDE O EMISSOR E O QUE O RECEPTOR INTERPRETA

## MODELO COMUNICAÇÃO



## PRINCIPIOS

O PROCESSO ENVOLVE:

**DINÂMICO**, ESTÁ SEMPRE EM MUDANÇA;

**CONTÍNUO**, SE FICA CALADO, É PORQUE NÃO TEM MAIS NADA A DIZER;

**CIRCULAR**, RARAMENTE TEM SÓ UM SENTIDO;

**IRREPETÍVEL**, MESMO REPETINDO A MESMA INFORMAÇÃO, QUEM OUVI RESPONDE DE FORMA DIFERENTE;

**COMPLEXA**, ATRIBUÍMOS SIGNIFICADOS, QUE DEPENDEM DA NOSSA ORIGEM, EDUCAÇÃO, EXPERIÊNCIAS E

SIGNIFICA QUE PODE GERAR UM **POTENCIAL MAL-ENTENDIDO!**

## NÍVEIS

### INTRAPESSOAL

COM NÓS PRÓPRIOS,  
ENVIANDO  
MENSAGENS PARAAS  
DIFERENTES PARTES  
DO NOSSO CORPO

### INTERPESSOAL

ENTRE DUAS OU  
MAIS PESSOAS, O  
OBJECTIVO É  
TRANSFERIR UM  
SIGNIFICADO DE  
UMA PESSOA  
PARA OUTRA

### ESTRUTURAL

ENVIA E RECEBE  
MENSAGENS DE  
VÁRIOS NÍVEIS DE  
AUTORIDADE E  
UTILIZA VÁRIOS  
CANALS

### MASSAS OU PÚBLICO

DE UMA PESSOA  
OU FONTE PARA  
MUITAS PESSOAS  
EM SIMULTÂNEO

## REFLEXÃO

PESSOAS BRILHANTES FALAM DE IDÉIAS

PESSOAS NORMAIS FALAM DE COISAS

PESSOAS MEDÍOCRES FALAM DE OUTRAS PESSOAS

SÓCRATES

## BARREIRAS

A COMUNICAÇÃO FALHA? HÁ 2 BARREIRAS QUE EVITAM O SUCESSO: O FUNCIONAMENTO DO CORPO E DA MENTE E O ASSUMIRMOS QUE OS OUTROS ENTENDEM E REAGEM À VIDA COMO NÓS

## DESIMPEDIR

RECEBEMOS INFORMAÇÃO PELOS SENTIDOS. OS NOSSOS SENTIDOS PODEM ESTAR CANSADOS OU A FONTE DE MENSAGEM FORNECER INFORMAÇÃO INADEQUADA PARA SER DESCODIFICADA. AO ENVIAR UMA MENSAGEM, DEVEMOS SER SENSÍVEIS AO FACTO DE QUE "OS OUTROS" PODEM NÃO VER, NÃO OUVIR, NÃO TOCAR, NÃO TER PALADAR OU CHEIRO, DA MESMA FORMA QUE NÓS

## COMPREENSÃO

É MAIS DO QUE ENVIAR E RECEBER MENSAGENS; SE A MENSAGEM NÃO FOR COMPREENDIDA, NÃO HOUE COMUNICAÇÃO. O AMBIENTE CULTURAL, NORMAS, CRENÇAS INFLUENCIAM A FORMA COMO ENTENDEMOS AS MENSAGENS, OS ACONTECIMENTOS E AS EXPERIÊNCIAS DE VIDA

AS FORMAS DE PENSAR  
PESSOAIS, COMO AS LIGADAS A  
ESTEREÓTIPOS, PODEM ERGUER  
BARREIRAS, E AFECTAM A  
NOSSA COMPREENSÃO E  
REACÇÃO AOS ESTÍMULOS  
EXTERIORES

APRENDER A  
RECONHECER AS  
BARREIRAS QUE  
BLOQUEAM A  
COMUNICAÇÃO E  
O QUE FAZER  
PARA AS  
ULTRAPASSAR

QUANDO ESTIVER A  
FALAR COM ALGUÉM,  
MONITORIZA AS  
REACÇÕES DESSA  
PESSOA PARA  
CONFIRMAR QUE ESTÁ A  
SER COMPREENDIDO

**CULTURA**, CONSCIÊNCIAS DAS DIFERENTES ORIGENS, EDUCAÇÃO E EXPERIÊNCIAS FACULTAM EXPECTATIVAS DIFERENTES. A SUA FORMA DE VER A VIDA NÃO É ÚNICA

CONTROLE AS **EMOÇÕES**, MANIFESTE OS ARGUMENTOS DE FORMA RACIONAL E NÃO EMOCIONAL E ACEITE QUE OS OUTROS PODEM TER OPINIÕES DIFERENTES

SEM **PRECONCEITOS**, NÃO FAZER JULGAMENTOS SEM CONHECER OS FACTOS E A SITUAÇÃO

LUTE CONTRA OS **ESTEREÓTIPOS**, NEM TODOS PARTILHAMAS MESMAS CARACTERÍSTICAS



VIGIE A **LINGUAGEM**, EXISTEM VÁRIOS NÍVEIS DE SIGNIFICADO. RESPONDEMOS DE FORMA DIFERENTE ÀS MESMAS PALAVRAS

## HÁ SEMPRE UM ESTILO E CONTÉUDO PREFERIDO PELO "OUTRO"

COMPREENDE OS **HÁBITOS** DO "OUTRO"  
ADAPTOU O SEU ESTILO ÀS **EXPECTATIVAS** DOS HÁBITOS DO "OUTRO"  
OBSERVOU QUE **PREFERÊNCIAS** DE COMUNICAÇÃO O "OUTRO" ADOPTA



O MUNDO ESTÁ SEMPRE EM MUDANÇA. A COMUNICAÇÃO DEVE ADPTAR-SE ÀS CONDIÇÕES EM SE ENCONTRA



A COMUNICAÇÃO É ESSENCIAL PARA A EXPERIÊNCIA HUMANA  
AJUSTE A COMUNICAÇÃO, O ESTILO DA MENSAGEM E DO CONTEÚDO  
ADPTAR A APROXIMAÇÃO ÀS NECESSIDADES

ADAPTE OS HÁBITOS EXISTENTES EM VEZ DE TENTAR MODIFICÁ-LOS OU DE ADAPTÁ-LOS A SI

### PASSIVO

SENTE-SE BLOQUEADO E PARALISADO QUANDO LHE APRESENTAM UM PROBLEMA PARA RESOLVER, EVIDENCIANDO UMA ELEVADA FALTA DE INICIATIVA; TEM MEDO DE AVANÇAR OU DE DECIDIR PORQUE RECEIA A DECEPÇÃO. PRESTA ATENÇÃO AOS ASPECTOS NEGATIVOS DE TODOS OS FENÓMENOS. ISTO LEVA-O A EFECTUAR NUMEROSAS ANTECIPAÇÕES NEGATIVAS E A MANTER ELEVADOS PADRÕES DE ANSIEDADE DEBILITANTE.

A SUA "COR" É A "COR " DO AMBIENTE; FUNCIONA COMO O "CAMALEÃO". TEM TENDÊNCIA A FUNDIR-SE COM O GRUPO.

### SINAIS CLÍNICOS

ROER A UNHAS; MEXER OS MÚSCULOS DA FACE, RANGENDO OS DENTES; BATER COM OS DEDOS NA MESA; MEXER FREQUENTEMENTE OS PÉS; APRESENTA-SE ANSIOSO, COM UMA POSTURA "ARTIFICIAL" E ESTUDADA, COM ELEVADA RIGIDEZ, O DISCURSO É "DECORADO" E RARAMENTE APRESENTA A ESPONTANEIDADE IDEAL.

### AGRESSIVO

DOMINAR OS OUTROS; VALORIZAR-SE À CUSTA DOS OUTROS; IGNORAR E DESVALORIZAR DE FORMA SISTEMÁTICA O QUE OS OUTROS FAZEM OU DIZEM.

SE HIERARQUICAMENTE SUPERIORES, PAUTAM O SEU COMPORTAMENTO PELO AUTORITARISMO, FRIEZA, MENOSPREZO E INTOLERÂNCIA. SÃO OS DITADORES DE BOLSO.

SE HIERARQUICAMENTE INFERIORES SÃO CONTESTATÁRIOS, HOSTIS E CONTRA TUDO E CONTRA TODOS.

### SINAIS CLÍNICOS

FALAR ALTO; INTERROMPE CONSTANTEMENTE; FAZ BARULHO PARA EVITAR QUE OS OUTROS SE PRONUNCIEM; INCONTROLADO QUANDO COMUNICA; OLHA DE REVÉS O OUTRO; USA A IRONIA E O SORRISO SARCÁSTICO; MANIFESTA POR MÍMICA O SEU DESPREZO PELOS OUTROS OU A SUA DESAPROVAÇÃO; USA IMAGENS CHOCANTES QUANDO COMUNICA.



## MANIPULADOR

PROCURA APERCEBER-SE DO QUE OS OUTROS PRETENDEM PARA ADEQUAR O SEU "PAPEL". DIFICILMENTE ACEITA A INFORMAÇÃO DIRECTA, PREFERINDO FAZER INTERPRETAÇÕES PESSOAIS. DIZ COM FREQUÊNCIA: "PODERÍAMOS ENTENDER-NOS! ..." O SEU COMPORTAMENTO FÍSICO, PARTICULARMENTE A SUA LINGUAGEM CORPORAL, LEMBRAM UM ACTOR EM CENA. NUNCA APRESENTA AS SUAS REAIS INTENÇÕES E OBJECTIVOS.

## SINAIS CLÍNICOS

APRESENTA UMA RELAÇÃO TÁCTICA COM OS OUTROS; TENDE A DESVALORIZAR O OUTRO ATRAVÉS DE FRASES QUE SEJAM HUMORÍSTICAS E QUE DENOTEM INTELIGÊNCIA E CULTURA; EXAGERA E CARICATURA ALGUMAS PARTES DA INFORMAÇÃO EMITIDA PELOS OUTROS. REPETE E DESFIGURA A INFORMAÇÃO FORNECIDA PELOS OUTROS E MANIPULA-A A SEU GOSTO; NEGA FACTOS E INVENTA HISTÓRIAS PARA MOSTRAR QUE AS COISAS NÃO SÃO DA SUA RESPONSABILIDADE; É ESPECIALISTA EM RUMORES E "DIZ-QUE-DISSE"; A SUA ARMA PREFERIDA É A CULPABILIDADE. ELE EXPLORA AS TRADIÇÕES, CONVICÇÕES E OS ESCRÚPULOS DE CADA UM; EMPREGA FREQUENTEMENTE O "NÓS" E NÃO O "EU"; "... FALEMOS FRANCAMENTE ...", "... CONFIEMOS UM NO OUTRO ..."; APRESENTA-SE SEMPRE CHEIO DE BOAS INTENÇÕES.

## ASSERTIVO

EVIDENCIA OS SEUS DIREITOS E ADMITE A SUA LEGITIMIDADE SEM IR CONTRA OS DIREITOS DOS OUTROS. TRATA-SE DE UMA PESSOA QUE SE PRONUNCIA DE FORMA CLARA, OBJECTIVA E CONSTRUTIVA. DESENVOLVE EM PROFUNDIDADE AS SUAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS PRIVILEGIANDO A RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL DE FORMA CLARA E CONSTRUTIVA E EVITA A NEUROTIZAÇÃO DOS RELACIONAMENTOS.

## COMPORTAMENTOS

ESTÁ À VONTADE NA RELAÇÃO FACE A FACE; É VERDADEIRO CONSIGO MESMO E COM OS OUTROS, NÃO DISSIMULANDO OS SEUS SENTIMENTOS; COLOCA AS COISAS DE FORMA CLARA E OBJECTIVA AOS OUTROS, NEGOCIANDO NA BASE DE OBJECTIVOS PRECISOS E CLARAMENTE DETERMINADOS; PROCURA COMPROMISSOS REALISTAS, EM CASO DE DESACORDO, NEGOCEIA NA BASE DE INTERESSES MÚTUOS E NÃO MEDIANTE AMEAÇAS; ESTABELECE COM OS OUTROS UMA RELAÇÃO FUNDADA NA CONFIANÇA E NÃO NA DOMINAÇÃO, NEM NO CALCULISMO.

## APROXIMAÇÃO

FAZER COM QUE O "OUTRO" OUA O QUE DIZ. CONVENCER O "OUTRO" DA IMPORTÂNCIA DA MENSAGEM. ASSEGURAR QUE A COMUNICAÇÃO ALCANÇA O OBJECTIVO.

**DESDE O CONTEÚDO DA MENSAGEM ATÉ AO MEIO DE COMUNICAÇÃO TERÁ UM IMPACTO NOS RESULTADOS**

**MENSAGEM**, QUAL O CONTEÚDO, COMO SER TRANSMITIDA, DEVE SER CURTA, LONGA, DETRALHADA

**MEIO** DE COMUNICAÇÃO, QUAL A MELHOR FORMA DE ENVIAR A MENSAGEM, QUAL O MEIO? HÁ UM MEIO MAIS RÁPIDO E MAIS BARATO DO QUE OUTRO. QUAL OFERECE UM FEEDBACK MELHOR

**CÓDIGO**, O "OUTRO" IRÁ COMPREENDER AS SUAS PALAVRAS, AS PALAVRAS E AS IMAGENS TERÃO O MESMO SIGNIFICADO. ESSAS PALAVRAS E IMAGENS TERÃO SIGNIFICADOS MÚLTIPLOS

**FEEDBACK**, COMO CONSEGUIR? FOI-BEM SUCCEDIDO, SERÁ FILTRADA ATRAVÉS DE OUTRA VIA



**INTERFERÊNCIA**, QUANTAS PESSOAS ESTÃO A ENVIAR MENSAGENS, EXISTE COMPETIÇÃO, O "OUTRO" TENTA DESVIAR, DISTORCER OU INUTILIZAR A SUA TENTATIVA DE COMUNICAÇÃO.

**EFEITO**, QUE OBJECTIVOS OU RESULTADOS ESPERA, FORAM ATINGIDOS, O "OUTRO" PERCEBE A UTILIDADE DA COMUNICAÇÃO

## ALVOS

TRABALHAR COM **OBJECTIVOS**, TODA A COMUNICAÇÃO DEVE SER COERENTE E DE APOIO DIRECTO AOS OBJECTIVOS – VISÃO, VALORES, CRENÇAS

**MOTIVAR** O "OUTRO", ENCORAJAR O "OUTRO", SUGERIR MODELOS DE REFERÊNCIA OU QUE ADMIREM

**ADAPTA** AO "OUTRO", OBSERVE ÀS NECESSIDADES BÁSICAS DO "OUTRO" (SEGURANÇA, SUBSISTÊNCIA, COMPANHEIRISMO), OU AOS SENTIDOS (GESTOS, CORES, SONS) E O QUE FAZER PARA CAPTAR A ATENÇÃO DO "OUTRO"

SABER **LIDAR** COM "OUTRO", PEDIR COMPROMISSO E/OU EXPLICAR OS BENEFÍCIOS QUE PODEM OBTER

EXPLICAR **POSIÇÕES**, PALAVRAS ENTENDIDAS PELA AUDIÊNCIA E CONCEITOS QUE SE RELACIONAM. SIGNIFICA QUE É ESSENCIAL CONHECER O "OUTRO" E O QUE ELE CONHECE E SENTE SOBRE O ASSUNTO

CONDUZIR **EXPECTATIVAS**, O "OUTRO" SÓ FICA DESAPONTADO SE AS EXPECTATIVAS EXCEDEM O QUE REALMENTE RECEBEM



## REFLEXÃO

É MELHOR FICAR EM SILÊNCIO E DEIXAR QUE PENSEM QUE É INSENSATO, DO QUE FALAR E ACABAR COM A DÚVIDA

ABRAHAM LINCOLN

## CONHECER O "OUTRO"

ABRANGER  
PROBLEMAS,  
ESPERANÇAS,  
NECESSIDADES

### ANTECEDENTES

IDADE MÉDIA, ESTÃO FAMILIARIZADOS COM OS CONCEITOS E QUE TIPO DE EXPERIÊNCIAS DE VIDA POSSAM TER TIDO

QUE GRAU DE EDUCAÇÃO EXISTE

AS CONVICÇÕES DO "OUTRO" É UM FACTOR IMPORTANTE, QUAL A PREFERÊNCIA POLÍTICA, RELEGIÃO, PONTO DE VISTA SOCIAL

### ETNIA

IMPORTANTE, NUNCA SOBRESTIMAR O SEU VALOR

A UTILIDADE DA INFORMAÇÃO E CONHECER OS PROBLEMAS E POSIÇÕES

O LIMITE PODE ESTAR NOS ESTEREOTIPOS E OPINIÕES

### ESTATUTO

A POSIÇÃO E O ESTATUTO ECONÓMICO E O ESTILO DE VIDA

Ocupação, motivações e interesses

rendimento, preocupações (hierarquia de Maslow)

socioeconómico, descrição única que explica o prestígio do "OUTRO"





## HOMENS / MULHERES

NÃO EXISTE UMA DIFERENÇA ESTATÍSTICA SIGNIFICATIVA NAS RESPOSTAS DOS HOMENS E DAS MULHERES, A UM GRANDE NÚMERO DE ESTÍMULOS

### NÍVEL CERTO DE CONHECIMENTOS

NÃO FALE PARA O "OUTRO" SOBRE O QUE ELE JÁ CONHECE, DEVE CONSEGUIR UM PONTO CONFORTÁVEL E COMEÇAR DÁÍ

FORA DE PERCURSO	FUNÇÕES DO "OUTRO"
ASSUMIR QUE O "OUTRO" SABE TUDO OU NADA SOBRE O ASSUNTO	<b>PRIMÁRIA</b> , RECEBEM DIRECTAMENTE, PREOCUPAÇÃO COM NECESSIDADES, INTERESSES E PREOCUPAÇÕES
ACTUAR COMO SE O "OUTRO" JÁ PARTILHASE IDEIAS E INTERESSES	<b>SECUNDÁRIA</b> , RECEBEM INDIRECTAMENTE, UM CONCORRENTE...
NÃO VERIFICAR QUEM FAZ PARTE DA SUA AUDIÊNCIA E O QUE PRECISA DE SABER	<b>VIGILANTES</b> , PODERÃO FILTRAR OU BLOQUEAR, PODEM COLOCAR-SE ENTRE SI E O "OUTRO"
ASSUMIR QUE AS SUAS IDEIAS SÃO SUFICIENTEMENTE BOAS E NÃO NECESSITAM DE DISCUSSÃO	<b>LÍDERES DE OPINIÃO</b> , EXERCEM INFLUÊNCIA SIGNIFICATIVA
	<b>AUTORES DE DECISÃO</b> , COM PODER PARA INFLUENCIAR O RESULTADO DA COMUNICAÇÃO

## EMOÇÕES

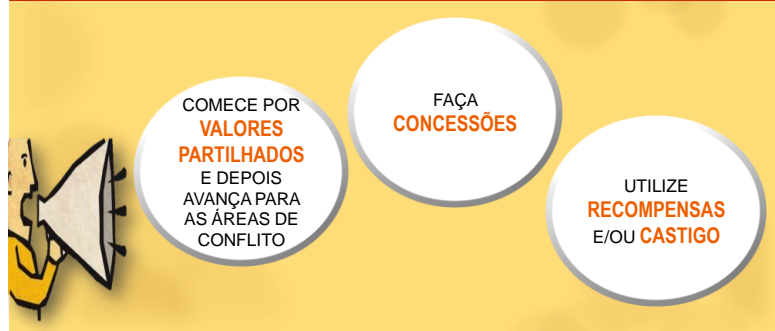
QUAL É A **RESPOSTA EMOCIONAL**

TEREMOS QUE NOS AJUSTAR ÀS RESPOSTAS EMOCIONAIS, E QUANTO MAIOR O ENVOLVIMENTO DO EGO (OU RESPOSTA EMOCIONAL) A UM ASSUNTO

**MENOR SERÁ ABERTURA DO "OUTRO"**



AS PESSOAS TÊM UMA ABERTURA MUITO MAIOR AOS TÓPICOS QUE LHE SÃO INDIFERENTES DO QUE AOS QUE LHE INTERESSAM



## DESLIGUE O PILOTO AUTOMÁTICO

UTILIZAMOS DE IMEDIATO A NOSSA FORMA DE COMUNICAÇÃO PREFERIDA. APRENDA A PARAR, TENHA EM CONTA AS OPÇÕES E ESCOLHA, O CANAL E O MEIO DE COMUNICAÇÃO PARA A SUA MENSAGEM

PENSE NAS PREFERÊNCIAS DE QUEM VAI RECEBER A MENSAGEM E, NAS CARACTERÍSTICAS



## CONFIANÇA

ACREDITAR QUE CONSEGUE COMUNICAR COM CONFIANÇA. CONHECER BEM A COMUNICAÇÃO E, ESTAR ORGANIZADO



## MANTER O INTERESSE



## OUVIR, CAPTAR E DAR FEEDBACK

### OUVIR

É UMA CAPACIDADE QUE SE APRENDE NATURALMENTE

MAS PODEMOS MELHORAR E, PRIMEIRO PASSO PARA SER MELHOR OUVINTE É PARAR

PARAR DE FALAR, PARAR DE TENTAR MAIS UMA CONVERSA E PARAR DE INTERROMPER

PODE NO ENTANTO ESCLARECER O QUE FOI DITO

### CAPTAR

TENTE VER AS COISAS DO PONTO DE VISTA DO "OUTRO" E DEIXE AS SUAS ATITUDES DEMONSTREM ISSO

MOSTRE INTERESSE COM A LINGUAGEM CORPORAL: OLHE NOS OLHOS E MANTENHA UMA POSTURA ABERTA E NÃO INTIMIDANTE

OUÇA COM ATENÇÃO. AJUSTE-SE À MESMA DISPOSIÇÃO E INTENÇÃO DO "OUTRO".

AVALIE OS FACTOS E AS EVIDÊNCIAS.

### FEEDBACK

CONSTRUTIVO E ÚTIL.

TER EM CONTA O CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO, INTENÇÕES E OS OBJECTIVOS

ESCOLHA O MOMENTO CERTO

DÊ FEEDBACK POSITIVO E NEGATIVO

ACEITAMOS RECLAMAÇÕES SE TAMBÉM TIVER RECEBIDO ELOGIOS

## COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

MUITOS SIGNIFICADOS TRANSFERIDOS DE UMA PESSOA PARA OUTRA NUMA CONVERSA NÃO VEM DAS PALAVRAS QUE SE DIZEM, MAS DE SINAIS NÃO VERBALIZADOS.

o **MOVIMENTO**, a **POSIÇÃO** e a **UTILIZAÇÃO** DO CORPO

PARA DESTACAR OU DÁ ÊNFASE A ALGUMA PARTE DA MENSAGEM VERBAL

PARA REGULARIZAR O FLUXO, O RITMO E A NATUREZA INCONSTANTE DA MENSAGEM

PARA REFORÇAR O TOM OU A ATITUDE DA MENSAGEM

PARA REPETIR O QUE AS MENSAGENS VERBAIS TRANSMITEM

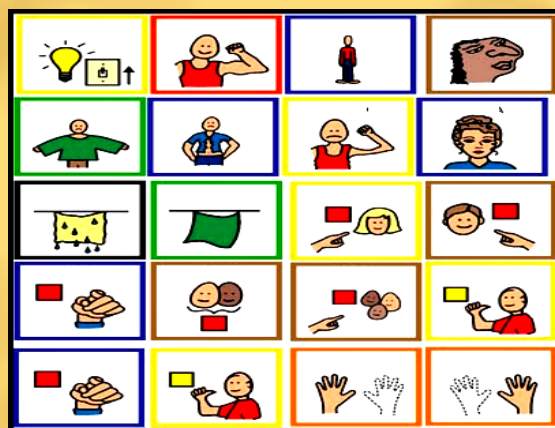
PARA SUBSTITUIR A MENSAGEM VERBAL



AO PROCURAR SIGNIFICADOS PARA CERTOS MOVIMENTOS, POSIÇÃO OU GESTO, TENHA CUIDADO PARA NÃO PERDER SINAIS IMPORTANTES, QUE REVELAM OS VERDADEIROS SENTIMENTOS

A LINGUAGEM CORPORAL PODE CONTRARIAR A MENSAGEM VERBAL

## VAMOS TENTAR IDENTIFICAR ESTAS MENSAGENS SIMPLES



## CONFLITO

**ESCUTAR** COM ATENÇÃO, O QUE SE PASSA E O QUE SENTEM

**SENTIMENTOS**, QUAL RAZÃO POR TRÁS DO PROBLEMA

INVENTE **OPÇÕES**, DESCUBRA ALTERNATIVAS PARA UM GANHO MÚTUO, ONDE A MUDANÇA DE DINÂMICA VAI DA COMPETIÇÃO PARA A COOPERAÇÃO

SEPRE AS **PESSOAS** DOS **PROBLEMAS**

DESCUBRA **FONTE**, QUAL É A FONTE DE CONFLITO. NÃO ACEITE AS PRIMEIRAS RESPOSTAS QUE ENCONTRA

**INTERESSES**, ACEITE OS SENTIMENTOS DOS "OUTROS" E COMUNIQUE COM EMPATIA

COMUNICAÇÃO, MANTENHA A LINHA DE COMUNICAÇÃO **ABERTA** E SEJA CLARO

SUMARIZE O **ACORDO**, REVEJA DETALHES COM OS ENVOLVIDOS. QUAL É O ACORDO POSSÍVEL



**X! BASTA!**

**POR VEZES O CONFLITO FOI LONGE DE MAIS**

## REFLEXÃO

VENCER-SE A SÍ PRÓPRIO É A MAIOR DE TODAS AS VITÓRIAS

PLATÃO

## PARTE PRÁTICA

**ROLE-PLAYING = JOGO DE INTERPRETAÇÃO DE PERSONAGENS**

**ANEXO C**

Observação naturalista de comportamentos.

**EXTERNATO Nº. Sª. DA CONCEIÇÃO**  
**Berçário, Creche, Jardim de Infância e actividade de ATL**  
**(aberto todo o ano das 07:30 às 19:30)**  
**Rua Domingos Saraiva, 16-16ª – 2725-286 Mem Martins**  
**Tel – 219200011 – Telemóvel 927953394**

**Observação naturalista e sinalização de comportamentos, com crianças dos 6-9 anos:**  
**Intervenção Mestre Patrícia Roseira e estagiário académico Marco Barata.**

Tendo em vista a prossecução dos objetivos analisaram-se (observação direta e naturalista dos comportamentos) as crianças em sala de aula (ATL), no dia 19 de Dezembro das 10h às 12h. Após, realizou-se uma reunião de análise e discussão, perante os resultados achados em observação, com a Diretora Escolar do referido Externato.

A finalidade é o despiste precoce (resultará em expectativas mais adequadas em relação às capacidades das crianças) e a sinalização de comportamentos externos problemáticos, com a subsequente comunicação e sensibilização dos encarregados de educação e sugestão de avaliação psicológica, no Centro Dialógicos.

Esta sinalização, inclui as respostas comportamentais e relacionais que foram observadas enquanto as crianças se encontravam no decurso normal das suas atividades (ATL), sem qualquer tipo de intervenção ou dinamismo por parte dos psicólogos.

A base de observação assenta na premissa da análise de comportamentos, que podem ser caracterizados como excessivos e/ou deficitários. Os excessivos ocorrem com uma alta frequência, intensidade, duração e nos deficitários a frequência e a intensidade é abaixo do esperado e não ocorrem de maneira apropriada ou em condições previstas. Espontaneamente, é difícil determinar as fronteiras entre o padrão normal e anormal do comportamento num espaço de tempo curto e daí a necessidade de aconselhar uma avaliação em contexto clínico perante as suspeitas.

Partindo da observação de um grupo de 11 crianças (3 do sexo feminino e 8 do sexo masculino), a análise global dos comportamentos, revelou a sinalização de 4 crianças, particularmente:

**D.H.:**

- Sugere insegurança (ambivalência autonomia - dependência) e uma preocupação excessiva com o seu próprio comportamento - comportamentos ansiosos;
- Sugere desatenção e impulsividade, está constantemente em movimento e revela dificuldades em participar nas atividades sedentárias, mesmo, que a totalidade dos seus pares participe dessa atividade;
- Mostrou curiosidade e inquietude, pela nossa presença e exibiu algum comportamento teatral, eventualmente para estabelecer contacto.

**Informação da Diretora Escolar:**

- Dificuldades escolares: na escrita, em construir frases, raciocínio abstracto e atenção nos trabalhos.



**H. (irmão do M. - gémeos):**

- Sugere lentidão cognitiva e psicomotora. Não conseguiu realizar o trabalho de casa, mesmo com ajuda;
- Realiza poucos contactos visuais e não aceita ajuda (da técnica auxiliar);
- Pouca sociabilidade, com falta de interesse pelos outros e inibição nas brincadeiras em grupo, sugere retraimento, apatia e isolamento. Não procura o irmão como par da brincadeira e/ou suporte;
- Mostrou curiosidade pela nossa presença.

**Informação da Diretora Escolar:**

- Incluídos num plano de desenvolvimento especial – espectro autista.

**R.P.:**

- Sugere comportamento sexualizado excessivo e exhibe conteúdos de dominância sexual (em particular em relação ao Rodrigo Braga);
- Indica agressividade e revela comportamentos desafiadores, opositivos/irritabilidade relativamente aos pares na brincadeira;
- Sugere dificuldades em aceitar críticas dos seus pares na brincadeira e quer sempre vencer nas atividades em que participa (tenta modificar as regras para satisfazer as suas necessidades);
- Não mostrou curiosidade pela nossa presença e sugeriu falta de empatia.

**Informação da Diretora Escolar:**

- Bebé grande, mas percebe o que está a fazer e um pouco conflituoso e irritável;
- Está sempre a fazer “queixinhas” dos outros;
- Dificuldades escolares: articular a fala, na escrita dá muitos erros, sabe como se escreve, mas não consegue escrever.

**R.B.:**

- Indica dificuldades relacionais, procura a relação como forma de colaborar e uma preocupação excessiva em perder o seu lugar na brincadeira (sentimentos de inferioridade);
- Indica ansiedade nas brincadeiras, com medo de ser rejeitado;
- Sugere explosões emocionais, que podem representar problemas vivenciais actuais, conflitos, medos, traumas.
- Procura o afeto e a proximidade dos pares (rapazes, em particular o Rodrigo Pinto).
- Não mostrou curiosidade pela nossa presença e sugeriu falta de empatia.

**Informação da Diretora Escolar:**

- Chora muito, mas está melhor e tinha muito medo de vir para a escola;
- Raramente traz trabalhos e a fala é pobre e inibida.



## **ANEXO D**

### **Síntese - Psicanálise e Mudança Psíquica-Cartografias para uma Viagem**

**PSICNÁLISE E MUDANÇA PSÍQUICA**  
**CARTOGRAFIAS PARA UMA VIAGEM**  
**CELESTE MALPIQUE, MANUELA FLEMING**

**Apreciação global**

As metáforas são usadas neste livro (a Viagem, o Mar – o movimento e a mudança), que relevam a comunicação frequente no par analítico. Esta relação permite a escuta do inconsciente, onde se cruzam memórias e emoções, e o pré-consciente ativa-se, e o caótico adquire sentido e significado. A psicanálise é uma experiência intersubjetiva, e o par analista/paciente navegam no mesmo barco, numa viagem ao interior que proporciona uma vivência partilhada, que é dramatizada no “aqui e agora”, e que produz o autoconhecimento e a mudança em ambos. Cada análise é única, individual e irrepitível, numa espécie de aventura onde o mapa é desconhecido, e a navegação é à vista.

A psicanálise estabelece um quadro e um método, que fundamenta uma técnica, mas a necessidade humana de conhecermo-nos a nós próprios, faz parte, da nossa essência e vimos equipados para essa viagem interior!

**Síntese do capítulo 1**

**“Eu sou a minha história que reconstruí junto de alguém.” (Sigmund Freud, 1930)**

A premissa assenta no recalçamento. A interpretação solta os conteúdos reprimidos, o qual passam do inconsciente para o consciente. É um esforço de dar sentido, encontrar significado no ato falhado ou no sintoma neurótico. O sonho é uma atividade do desejo reprimido, onde o conteúdo encoberto surge do conteúdo manifesto e o analista deve interpretar em sentido inverso, reduzindo a censura e as defesas.

Após, concebe a interpretação como o deslocamento da libido, da representação do objeto (processo primário), para a representação de palavra (processo secundário). O sistema pré-consciente é crucial na mudança, pela simbologia dos sonhos e dos mecanismos de projeção-introjeção, indispensáveis à interpretação e, a explicação do significado deve prosperar numa elaboração afetiva e transferencial positiva.

Em 1920, reestrutura o modelo e dá relevo ao conflito entre o EU/SUPER-EU/ID, e afirma que onde estava o ID, deve estar o EU, como sentido de mudança psíquica.

Em 1937, no ensaio sobre “Construções em Análise” realiza uma síntese do trabalho analítico sobre a narrativa e interpretação e propõe uma construção-reconstrução da narrativa que preencha lacunas e distorções mnésicas. A interpretação recai sobre acontecimentos do passado, atualizados na transferência e em repetição através dos padrões inter-relacionais, que permitem uma nova elaboração em conjunto analista/analizado da narrativa. Para Freud, a construção da narrativa em conjunto proporcionava almejar a cura, flexibilizar os mecanismos de defesa, diminuir

as resistências e tornar o superego menos rígido. O Édipo seria resolvido na análise da neurose de transferência. O objetivo é uma construção-reconstrução de uma narrativa coesa, que reforce a identidade perante o fluxo da temporalidade.

**“Eu superei a inveja e sou grato a alguém que sobreviveu aos meus ataques, por tolerância e amor.” (Melanie Klein, 1950)**

É um novo conceito de identidade projetiva, pela valorização da relação com o objeto na construção do *self*. O processo é a projeção/introjeção até adquirir o conceito verdadeiro de identificação projetiva. É em relação com o objeto que o *self* constrói-se e põe em causa a existência de um *self* prematuro unitário. A clivagem do *self* expulsa as pulsões sádicas e conserva o bom objeto, que é gratificante.

A integração da diferenciação *self*//objeto permite a definição das posições esquizo-paranóide (Ps) e posição depressiva (D), onde predominam as angústias persecutórias ou angústias depressivas. As angústias persecutórias ou idealizadas projetam-se no objeto e esvaziam o *self*. Para serem recuperadas é necessário superar a dor da separação e fazer o luto do objeto.

A transferência, já não é explicada pelo passado, mas, numa constante atualização do indivíduo com o objeto, que é a expressão do funcionamento psíquico.

O outro é ameaçador e gera angústia persecutória, através de fantasias inconscientes sádicas e só pela consecutiva interpretação das defesas na transferência será conseguido o alívio da angústia. A tolerância do analista, que sobrevive aos ataques do paciente, vai permitir a integração da culpa e elaboração de angústias depressivas, facilitando a reparação dos processos esquizo-paranóides.

A focalização da interpretação é no “aqui e agora” da transferência. A transferência ajuda-nos a compreender o passado e não é o passado que nos ajuda a compreender a transferência).

Os significados, a simbolização, o alívio da angústia pela interpretação da fantasia são reconstrutivos, mas, a narrativa e reparada com base da via emocional através da relação terapêutica e não pela intelectual. É criado um *self* cada vez mais coeso e integrado, com reconhecimento da identidade.

O que é verdadeiramente gerador da mudança é a constância, a sobrevivência do analista aos ataques, pela tolerância e integridade. A introjeção de um objeto bom não retaliador, valoriza o amor do objeto, supera a inveja, perdoa e acede à gratidão.

Este modelo desenvolvimentista, procura a maturidade pela reparação, com uma intervenção atenta e ativa do analista, como um educador.

**Eu sou o próprio e tenho agora “capacidade de estar só” porque cresci junto de alguém que me deu esperança de poder criar a minha história. (Donald Winnicott, 1960)**

Parte de paradoxos, nomeadamente “interno/externo, destruição/criação, sujeito/objeto, fantasia/realidade, vida /morte, estar só junto de alguém” para a construção da vida psíquica.

Um bebé tem potencialidades ilimitadas de desenvolvimento e a mãe-ambiente, deve satisfazer as suas necessidades, através de uma ilusão suficiente e introduzindo gradualmente a frustração. Nega a pulsão de morte e as invejas primárias, mas concorda com Klein, onde a culpa é imprescindível à integração de pulsões agressivas no estabelecimento da posição depressiva. Faz a distinção entre relação com o objeto e a sua utilização - só é possível se destruído (ausente/introjetado) e descoberto com subjetividade própria, separado e real.

A mãe-ambiente deve oferecer suficiente holding (cuidar-segurar-conter), para que o bebé seja ele próprio a criar o objeto, um verdadeiro *self* e o desenvolvimento emocional esperado.

O analista representa uma mãe suficientemente boa, para ser utilizada e criar condições de *holding* favoráveis à regressão, que vai permitir o contacto com o verdadeiro *self* e retomar o desenvolvimento (*new beginning*). Nesta relação, não há lugar para a interpretação, visto que seria perturbadora, invasiva e geradora de raiva.

Este modelo é desenvolvimentista, mas menos interventivo, em que a regressão vai a níveis arcaicos (comunicação não-verbal), onde se releva o “espaço transicional”, intersubjetivo, com o objetivo de estabelecer uma nova relação e desbloquear o desenvolvimento. A potencialidade existe e, é expectável que o final do processo analítico seja uma maior “capacidade de estar só” com o verdadeiro *self*.

**Eu “estou sendo”, na medida em que me questiono sobre quem sou. (W. R. Bion, 1965)**

Com base no princípio prazer / realidade (Freud) e conceito identificação projetiva (Klein), releva a dimensão empática e comunicativa, e menos como mecanismo de defesa. A posição esquizo-paranóide (Ps) e depressiva (D) são mais flexíveis, menos genéticas (Klein). Ao espaço potencial (Winnicott) releva a capacidade de *rêverie* (estado mental da mãe, recetividade para sentir e acolher o que lhe chega do bebé e lhe atribui um significado).

A inovação, é a importância da experiência emocional e não considerar a relação objeto, como geradora de pensamento, mas sim a tríade L/H/K, amor, ódio e conhecimento que designa por vínculos.

O conhecimento (K) permite o desenvolvimento mental em função da experiência emocional, que exige um equilíbrio entre L e H, nomeadamente prazer / desprazer ou satisfação / frustração.

A realidade é atingida, quando existe harmonia entre L/H/K. No entanto a realidade / verdade inerente ao desenvolvimento mental, é algo frustrante e a uma certa renúncia de L e H, que causa dor mental. A preconceção admite que a verdade / realidade pré-existe no pensamento.

A vontade de encontrar “algo de verdade que se possa pensar”, varia com a tolerância de cada paciente, perante a frustração e à dor mental, e ainda à capacidade do analista em apreciar a tolerância do paciente face à interpretação.

Para Freud a interpretação é trazer à consciência o inconsciente, para Bion, é transformar em pensamento (função alfa) o que até aí era impensável (elementos beta).

A interpretação – construção é imprescindível à oscilação esquizo-paranóide e depressiva, e as angustias que daí resultam, o crescente significado, concedido na relação continente / conteúdo (géneros), que possibilita um pensamento criativo no presente e despoleta o processo do IR SENDO (crescimento mental).

O objetivo é um constante questionar sobre SI-MESMO na procura de uma Verdade Última (O) que não será alcançada. É importante intuir a tolerância do paciente à interpretação, que cria turbulência, que provoca dor intolerável, na medida em que introduz um facto novo que aguarda transformação.

**Eu agora sou menos ambicioso e mais seguro do meu valor, porque cresci junto de alguém que reconheceu essa minha necessidade de admirar e ser admirado. (H. Kohut, 1970)**

O narcisismo é um suporte estrutural imprescindível do desenvolvimento da personalidade.

A angústia do EU, liga-se à consciência sobre a fragilidade narcísica do *self*. Há uma incapacidade de regular a autoestima, entre as exigências de um *Self*-grandioso e o sentimento de vergonha / depressão, com medo de perder o amor do objeto.

É um modelo desenvolvimentista e procura restaurar as deficiências narcísicas precoces que originam a fragilidade da coesão do *self* e resultam numa baixa autoestima, atribuídas às falhas comunicativas entre pais-filhos.

O analista é um *self*-objeto e, proporciona a regressão com empatia, que irá satisfazer as falhas narcísicas do paciente (amor próprio).

O analista interpreta com cuidado, o medo de dececionar o outro ou de ficar dececionado pelo outro e assim permite que o paciente perceba o seu próprio valor, e promove a narcisação da relação de objeto.

**Eu vou sendo através das personagens das muitas possíveis “estórias” que imaginei com alguém. (Bion, Baranger, Antonino Ferro, 1990)**

A capacidade de escuta e rêverie é num registo onírico de vigília (sonho), que permitira captar narrativas figurativas próximas do sonho, pictogramas, *flashes* visuais, vivências transferenciais, turbulência emocional que são elementos beta ou alfa que necessitam de transformação. O analista deve manter essa transformação beta-alfa, numa espécie de *barreira de contacto*, no pré-consciente (espaço de transformação) que separa e une o consciente/inconsciente (Bion). A comunicação do par analítico (analista/paciente), na intersubjetividade e, identificação projetiva empática facilita o acesso à fantasia inconsciente vivida

(campo dinâmico de relação bipessoal, *setting* terapêutico). O par analítico tem como conteúdo manifesto o verbal, o conteúdo latente é a fantasia inconsciente vivida pelo par (jogo cruzado de identificações projetivas).

É construída uma narrativa a dois, um conteúdo linguístico/afetivo/emocional, com uma dimensão transicional (Winnicott), onde se satisfazem as necessidades comunicativas do par e, são agentes de *insight* e transformação.

Para Ferro, o campo analítico é um meio de operações transformadoras narrativas, pequenos e consecutivos *insights*, que não necessitam de interpretação, onde o campo ao ser explorado, amplia-se e, torna possíveis outras histórias.

A “fragilidade do aparelho de pensar os pensamentos” do paciente (tolerância à interpretação - Bion) é importante, visto que a transformação das emoções mais primitivas em pensamento acarreta sofrimento, dor mental que pode ser intolerável.

É necessária uma enérgica paciência e esperança, para que o par se mantenha. O analista deve manter a empatia e, todos os obstáculos do processo analítico, do princípio ao fim, serão compreensíveis.

Ferro defende que a verdade analítica constrói-se pelo diálogo e não existe à partida, é a base da relação analítica.



**ANEXO E**

Mentoria.



Universidade Lusíada de Lisboa

# CERTIFICADO

Certificamos que

**Marco Barata**

Completo o processo de Mentoria: Educação pelos pares com 6 horas de formação e 15 horas de supervisão ao longo de 6 meses, organizada e supervisionada pelo Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde no ano lectivo de 2012-2013, na Universidade Lusíada de Lisboa.

O Director da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

A Directora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

(Prof. Doutor Carlos Motta)

(Prof. Doutora Tania Gaspar)



Universidade Lusíada de Lisboa

# CERTIFICADO

Certificamos que

**Marco Barata**

Completo o processo de Mentoria: Educação pelos pares com 6 horas de formação e 15 horas de supervisão ao longo de 6 meses, organizada e supervisionada pelo Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde no ano lectivo de 2013-2014, na Universidade Lusíada de Lisboa.

O Director da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

A Directora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

(Prof. Doutor Carlos Motta)

(Prof. Doutora Tania Gaspar)

**ANEXO F**

Resultado da avaliação psicológica do paciente - caso P.

CASO P.

SUMÁRIO ESTRUTURAL - RORSCHACH / EXNER

LOCALIZAÇÃO	DETERMINANTES	CONTEÚDOS	ABORDAG. SUM.
Zf=13 ZSum=35,5 ZEst=41,5	Combinções	Indiv.	Cartão
W=13 (Wv=1)		H=2 (H)=2 Hd=2 (Hd)= Hx=1 A=5 (A)=1 Ad=3 (Ad)= An=3 Art=1 Ay=1 Bl= Bt= Cg= Cl= Ex= Fd= Fi=1 Ge= Hh=1 Ls= Na=1 Sc= Sx= Xy=1 ld= Ma=1 Mp=1	Localização
D=2 Dd=1 S=3		FC=1 Cn=1,5 FC=1 C=1 FT=1 TF= T= FV= VF= V= FY=1 YF= Y= Fr=1 rF= FD= F=8 a=3 p=1 Ma=1 Mp=1	I: II: III: IV: V: VI: VII: VIII: IX: X:
	Total =		
	Qualidade Desenvolvimento (FQ-)		Pont. Especial
+=1 o=13 w+=1 v=1	( ) ( ) ( ) ( )		Nível 1 Nível 2
	Qualidade Formal		DV= x1 INC= 1 x2 DR= x3 FAB= x4 ALOG= x5 CON= x7 RAW SUM 6= 1 Wgtd SUM 6= 2 AB= 1 AG= CFB= COP=
FQx	FQf	MQual	SQx
+= o=3 u=2 -=-6 none=	+= o=3 u=4 -=-1 none=	+= o= u=1 -=-1 none=	+= o=2 u= -=-1 none=
			(2) = 1 P = 4

CONTROLO	AFFECTO	INTERPESSOAL
R=16 EB=2 : 1,5 eb=2 : 3 EA=3,5 es=5 Adj es=5 FM=2 m=φ C=1 V=φ	L=1 FC:CF+C=0:1 SumC:SumC=1:1,5 C Puro=1 Afr=0,45 S=3 Comb:R=1:16 CP=	COP= AG= Fd= Isolamento/R=0,06 H:(H)+Hd+(Hd)=φ :4 (1)+(Hd):(A)+(Ad)=2 :1 H+A:Hd+Ad=5 :5
IDEAÇÃO	MEDIAÇÃO	PROCESSAMENTO
a:p=3 :1 Ma:Mp=1 :1 2AB+(Art+Ay)=4 M=1 Sum 6=1 Nível 2=φ WSum6=2 M none=	P=4 X+%=50% F+%=67% X-%=28% S-%=17% Xu%=13%	Zf=13 Zd=-6 W:D:Dd=13:2 :1 W:M=13:2 DQ+=1 DQv=1

IMAGEM DE SI  
3rt(2)R=0,13  
Fr+rF=1  
FD=φ  
Ant+Xy=4  
MOR=φ

SCZI=3  DEPI=5  COI=4  S-con=7  HVI=  CBS=

5/VALOR INTERPRETATIVO






limite









### Teste de Rorschach do caso P.

Cartões aplicados: I; II; III; IV; V; VI; VII; VIII; IX; X.

Pranchas	Associação livre	Inquérito
I 	<ol style="list-style-type: none"> <li>Uma espécie de caraça, um pouco feia.</li> <li>Uma espécie de inseto, com asas, tipo traça, um inseto indefinido.</li> </ol>	<p>Uma caraça, no meio os olhos, de lado as orelhas, aqui o formato da cara e boca em baixo. Mas, o conjunto é feio.</p> <p>Vejo, no meio a cabeça do inseto, de lado as asas, e as partes brancas em baixo, são manchas, nas asas.</p>
II 	<ol style="list-style-type: none"> <li>Esqueleto do corpo humano, a bacia. As partes vermelhas não me dizem nada. Só faz sentido nesta posição (posição inicial).</li> </ol>	<p>É um corte transversal, da parte do corpo (da anca), é exatamente este formato que a bacia tem. Estas partes em cima vermelhas, não me dizem nada e não me fazem lembrar nada.</p>
III 	<ol style="list-style-type: none"> <li>É um inseto, com membros, olhos e parte do corpo de inseto. Mesmo que volte o cartão vejo o mesmo. Nas partes vermelhas não consigo encontrar lógica ou enquadrar.</li> </ol>	<p>Os olhos e a cabeça, aqui em baixo, aqui ao lado da cabeça as patas da frente, depois é a continuação do corpo do inseto, mas está incompleto.</p>
IV 	<ol style="list-style-type: none"> <li>Algo, como uma figura aberrante, um monstro.</li> <li>Uma cabeça, em cima e outra em baixo, com os membros, algo feio, um animal medonho com duas cabeças.</li> </ol>	<p>É o todo, uma aberração, um monstro sem formas.</p> <p>Aqui a cabeça de cima, parece uma cabeça de texugo. Os braços aqui. Depois, em baixo outra cabeça, aqui.</p>
V 	<ol style="list-style-type: none"> <li>Um inseto, uma traça.</li> <li>Um pássaro com umas asas e com o bico aberto. Tem cauda e as asas são iguais. Está em voo. Vejo, dois animais diferentes.</li> </ol>	<p>Aqui a cabeça do inseto, as asas logo a seguir e em baixo o rabo do inseto.</p> <p>Se vir o cartão, assim de lado, é um pássaro a voar, que vai de bico aberto, aqui é o bico e as asas, uma em cima, outra em baixo.</p>
VI	<ol style="list-style-type: none"> <li>Um tapete, tipo pele de um</li> </ol>	<p>É o formato o todo, parecem</p>

	<p>animal.</p> <p>10. Uma pele de um bicho uma rena.</p>	<p>aqueles tapetes de peles.</p> <p>Aqui em cima a cabeça, as patas da frente, depois as patas de trás e o rabo.</p>
<p>VII</p> 	<p>11. A imagem ampliada de uma vértebra da coluna. Já fiz TAC à coluna vertebral, e é a mesma imagem. Tenho hérnias.</p>	<p>É o todo, parece um TAC à coluna, mas as partes vermelhas não existem, aqui e aqui. O próprio espaço no meio do desenho, é igual, a uma vértebra.</p>
<p>VIII</p> 	<p>12. Desenho de uma parte de uma vértebra.</p> <p>13. Dois desenhos iguais, um tipo de espelho. Os animais estão a saltar de um sítio para outro, podem ser rochedos.</p>	<p>É o todo, se olhar no conjunto é o que parece.</p> <p>Os animais estão aqui de lado, e estão a saltar de um rochedo para outro, tem as patas da frente num rochedo e as de trás em outro. Os animais são iguais, pode ser um espelho.</p>
<p>IX</p> 	<p>14. Uma pintura abstrata, algum pintor terá decidido fazer algo indefinido.</p> <p>15. Vejo ali alguém a espreitar, no meio do desenho.</p>	<p>É o conjunto, parece uma pintura abstrata, que alguém fez.</p> <p>Está aqui, no meio, estão aqui os olhos, está a espreitar para o lado de cá.</p>
<p>X</p> 	<p>16. V Vejo no verde, uma pessoa com asas, um anjo, um ser supremo. No preto, vejo um dragão de cada lado, a cuspir fogo. É um ambiente estranho, um mundo apocalíptico. O preto em baixo, um ser que é o mal, o bem está em cima, no verde.</p>	<p>Aqui no verde, é o ser supremo, com umas enormes asas. Os dragões estão aqui, e estão a cuspir fogo, está um de cada lado. Isto tudo no conjunto é um mundo apocalíptico, com dragões, o mal. Aqui no preto, o ser que representa o mal.</p>

## **Avaliação Psicológica caso P. - Teste de Apercepção Temática (TAT)**

Cartões aplicados segundo o sexo e a idade – Mulher: 1; 2; 3BM; 4;5; 6GF; 7GF; 8BM; 9GF; 10; 11; 12BG; 13B; 13MF; 19; 16.

### **Procedimentos (contagem)**

- (+) – Até 2 procedimentos, presente;
- (++) – 3 ou 4 procedimentos, utilização frequente;
- (+++)

#### **Conflitualização intrapessoal**

- (+++) (A2.1) (A2.1) (A2.1) (A2.1) (A2.1) (A2.1) (A2.1) (A2.1) – Descrição com apego aos pormenores.
- (+++) (A2.13) (A2.13) (A2.13) (A2.13) (A2.13) (A2.13) (A2.13) (A2.13) – Intelectualização.
- (+++) (A2.8) (A2.8) (A2.8) (A2.8) (A2.8) (A2.8) (A2.8) (A2.8) – Mastigação, ruminação.
- (+++) (A2.3) (A2.3) (A2.3) (A2.3) (A2.3) (A2.3) (A2.3) (A2.3) – Precauções verbais.
- (+++) (A2.2) (A2.2) (A2.2) (A2.2) (A2.2) (A2.2) (A2.2) (A2.2) – Justificação das interpretações através desses pormenores.
- (++) (A2.4) (A2.4) (A2.4) (A2.4) (A2.4) (A2.4) (A2.4) (A2.4) – Afastamento têmporo-espacial.
- (++) (A2.10) (A2.10) (A2.10) (A2.10) (A2.10) (A2.10) (A2.10) (A2.10) – Elementos tipo formação reativa.
- (++) (A2.6) (A2.6) (A2.6) (A2.6) (A2.6) (A2.6) (A2.6) (A2.6) – Hesitações entre interpretações diferentes.
- (+) (A1.2) (A1.2) (A1.2) (A1.2) (A1.2) (A1.2) (A1.2) (A1.2) – Recurso a referências literárias, culturais, ao sonho.
- (+) (A2.12) (A2.12) (A2.12) (A2.12) (A2.12) (A2.12) (A2.12) (A2.12) – Insistência no fictício.
- (+) (A2.17) (A2.17) (A2.17) (A2.17) (A2.17) (A2.17) (A2.17) (A2.17) – Acento inscrito nos conflitos intrapessoais.
- (+) (A2.5) (A2.5) (A2.5) (A2.5) (A2.5) (A2.5) (A2.5) (A2.5) – Precisoões numéricas.

#### **Conflitualização interpessoal**

- (+++) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) – Entrada direta na expressão.
- (+++) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) – Acento inscrito nas relações interpessoais.
- (+++) (B2.5) – Dramatização.
- (+++) (B2.9) – Erotização das relações, invasão da temática sexual e/ou simbolismo.
- (+) (B1.1) – História construída à v.olta de uma fantasia pessoal.
- (+) (B1.2) – Introdução de personagens que não figuram na imagem.
- (+) (B2.4) – Expressão verbalizada de afetos fortes ou exagerados.
- (+) (B2.10) – Apego aos pormenores narcísicos com valência relacional.
- (+) (B2.11) – Instabilidade nas identificações.
- (+) (B2.12) – Acento inscrito numa temática do estilo: ir, correr, dizer, fugir.
- (+) (B1.4) – Expressões verbalizadas de afetos variados, modulados pelo estímulo.
- (+) (B2.8) – Exclamações, comentários, digressões, referências/apreciações pessoais.

#### **Evitamento do conflito**

- (+++) (C/Fo1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fa.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) – Importantes silêncios intra-relato.
- (+++) (C/Fo.3) – Anonimato de personagens.
- (+++) (C/N4) – Postura significativa de afetos.
- (+++) (C/Fo.4) – Motivos dos conflitos não indicados, relatos banalizados.
- (+) (C/Fa2) – Acento inscrito no quotidiano, no fatural, no atual, no concreto.
- (+) (C/N.6) – Insistência na demarcação dos limites e dos contornos.
- (+) (C/N.10) – Pormenores narcísicos. Idealização de si.
- (+) (C/Fa.1) – Apego ao conteúdo manifesto.
- (+) (C/Fa.3) – Acento inscrito no fazer.



## Análise cartão a cartão

### Cartão 1



**Material manifesto:** rapaz, com a cabeça entre as mãos, olhando um violino.

**Solicitações latentes:** imaturidade funcional, angústia de castração.

**D –** Um rapaz, Um violino - **Dd –** mesa, arco e folha de partitura.

**Narrativa do analisado:** Um menino, que está..., que lhe foi oferecido um violino. Ele está a pensar, está muito pensativo e a olhar para o violino. Está muito pensativo e triste. Foi-lhe oferecido, provavelmente já tinha aulas e estará a pensar que na última aula que fez não correu bem, e agora está preocupado com as lições de violino. Está a pensar sobre a sua aprendizagem no violino. Um menino chama-se Lucas, é um nome que gosto muito. O Lucas é muito pensativo.

**Procedimentos:** Entrada direta (B2.1) e um silêncio (C/Fo1). Revela a atividade intrapsíquica (A2.17) com ruminação (A2.8) e que resulta na expressão de um afecto modulada pelo estímulo (B1.4). Segue-se a intelectualização da história (A2.13) com novas ruminações (A2.8) sobre o estado (...pensativo...).

**Procedimentos:** (B2.1), (C/Fo1), (A2.17), (A2.8), (B1.4), (A2.13).

**Problemática:** A criança e o violino são identificados na sua integridade, o que denota a capacidade de se situar inteira face a um objeto inteiro. Reconhece a dificuldade de realização (preocupação / aprendizagem) no tempo presente de servir o objeto (violino), o que parece remeter para uma imaturidade funcional e passividade perante a resolução de problemas. A sua impotência atual (passividade / conformidade) põe em evidência a insuficiência do investimento de si: afetos depressivos.

### Cartão 2



**Material manifesto:** cena campestre com 3 personagens.

**Solicitações latentes:** conflito edipiano.

**D –** Um homem, duas mulheres - **Dd –** Livro, charrua, cavalo, gravidez da personagem encostada à árvore e paisagem de fundo.

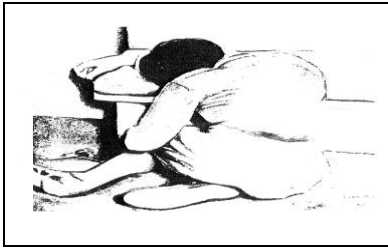
**Narrativa do analisado:** A mãe, pela pose madura e pensa em algo, por causa dos braços cruzados. A filha, com os livros que vai para a escola. Jael, é o nome da filha. Super-homem musculado, andou a fazer musculação ou faz trabalhos forçados no campo, tem uma grande robustez física, parece um modelo. Está a lavar as terras da família, não vejo a cara, para identificar se é o pai da Jael ou irmão. Não dou nome ao pai e à mãe... Vivem no campo, tem uma vida trabalhosa e dura, é a vida do campo.

**Procedimentos:** Entrada direta (B2.1). Descreve cada personagem (A2.1 e C/N4) e identifica os laços de parentesco entre eles (B2.3) o que assinala o reconhecimento da triangulação edipiana. Conflito intrapsíquico intelectualizado e racionalizado (A2.13). O foco na figura masculina denuncia o conflito onde se denota a invasão da temática sexual, embora exista uma instabilidade na identificação (pai/irmão) (B2.11). Parece manifestar uma afirmação impregnada de simbolismo transparente (o simbolismo transparente está na descrição do pai) (B2.9 e B2.10) (pela forma como descreve o pai) e na mãe coloca intelectualização (A2.13).

**Procedimentos:** (B2.1), (A2.1), (C/N4), (B2.3), (A2.13), (B2.11), (B2.9), (B2.10), (A2.13).

**Problemática:** Existe uma efetiva diferenciação entre as três personagens (identidade estável). Identifica o triângulo edipiano, pai-mãe-filha, com a mãe em primeiro plano e depois a filha e o pai / irmão, mas não elabora o conflito edipiano, embora se denote um desejo libidinal pelo pai (parece um modelo), mas a ausência de rivalidade com a mãe. No papel feminino (filha) identifica a realização profissional (escolar). Na percepção de ambiente revela "vida trabalhosa e dura". A atitude face aos pais e/ou irmão é de anonimato (nomes) o que revela proteção.

### Cartão 3BM



**Material manifesto:** indivíduo caído junto a um banco.

**Solicitações latentes:** perda de objecto, elaboração da posição depressiva.

**D –** Uma personagem - **Dd –** Banqueta. Um objecto no chão.

**Narrativa do analisado:** Pessoa ajoelhada, sobre a cama ou sofá... Poderá estar a chorar, ou a dormir, mas acho que não é a posição para dormir, não é acolhedora... Está caída, triste, esteve a chorar e encontra-se agachada. A anca é larga, é uma senhora.

**Procedimentos:** A dramatização inicia-se sob a cobertura do anonimato da personagem (C/Fo.3) com invocação de Dd (A2.1) e de um silêncio (C/Fo.1). Segue com uma precaução verbal (A2.3) e (A2.6) (pode estar a chorar ou a dormir) e recorre à postura significativa de afetos (C/N.4) e termina com um silêncio (C/Fo.1). Após o silêncio, o relato prossegue com afetos fortes (B2.4), mas mais uma vez encontra-se justificado pela postura (A2.2, C/N.4) Retoma o relato, sob um modo banalizado (C/Fo.4) e com nova justificação.

**Procedimentos:** (C/Fo.3), (A2.1), (C/Fo.1), (A2.3), (A2.6), (C/N4), (C/Fo.1), (B2.4), (A2.2), (C/N4), (C/Fo.4).

**Problemática:** Acede à posição depressiva e evoca a tristeza e reforça pela postura corporal, mas não relaciona com a perda de objeto, nomeadamente abandono / desespero, mantendo o anonimato do conflito. Face à personagem de sexo indefinido demonstra necessidade de identificação sexual (processo identificativo).

### Cartão 4



**Material manifesto:** Mulher junto a um homem que se afasta.

**Solicitações latentes:** Conflito pulsional numa relação heterossexual.

**D –** Um homem e uma mulher - **Dd –** Uma personagem em segundo plano.

**Narrativa do analisado:** É um Filme de Hollywood, com um galán e uma senhora bonita dos tempos antigos, anos 50 ou menos. Ela disse-lhe algo, algo, que ela, gostava de sentir a reacção dele, não sei, se foi uma coisa positiva, mas ela queria ver a expressão dele. Quer ver a cara dele, a expressão pela cara.

**Procedimentos:** Inicia com o situar das personagens e o relato longe no tempo e no espaço (...Hollywood...) (A2.4) com assento no fictício (...tempos antigos...) (A2.12) com apego aos pormenores narcísicos (...senhora bonita...) (B2.10). A entrada direta na expressão (B2.1) com uma encenação interpessoal entre protagonistas (B2.3) que permanece anónima (C/Fo.3) mas, que faz transparecer um conflito erotizado e dramatizado (B2.5, B2.9) cujos motivos permanecem imprecisos (C/Fo.4) e com precaução verbal (...não sei...) (A2.3). Finaliza com uma ruminação (A2.8).

**Procedimentos:** (A2.4), (A2.12), (B2.1), (B2.3), (C/Fo.3), (B2.5), (B2.9), (C/Fo.4), (A2.3), (A2.8).

**Problemática:** Perante a relação (diferença de sexos) manifestamente conflituosa (agressividade e/ou libido), utiliza a placagem, transformando a história num enredo de um filme de Hollywood (espaço e distância longe). O conflito inconsciente (movimento pulsional) poderá sugerir questões de rejeição. Indicia dificuldades na relação heterossexual. Conteúdos de imagem "mulher bonita" - narcisismo.

### Cartão 5



**Material manifesto:** Mulher de meia-idade com a mão na maçaneta de uma porta, olhando para o interior de uma sala.

**Solicitações latentes:** Modalidades de relação, registos conflituais, com imagem materna.

**D – Uma mulher - Dd –** Mobiliário, jarra com flores, livros, estante, mesa, candeeiro, aparador.

**Narrativa do analisado:** Vejo uma senhora, que foi espreitar, nesta divisão (sala de estar), porque foi chamar alguém que não se vê, ou então, foi ver o que essa pessoa estava a fazer.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) com intelectualização (A2.13) e anonimato das personagens (C/Fo.3). A introdução de uma personagem que não figura na imagem (B1.2) favorece uma encenação interpessoal (B2.3) entre protagonistas idealizados onde não se identifica o conflito (C/Fo.4). Este relato revela uma hesitação entre interpretações conflitantes diferentes (A2.6) (...foi chamar...) (...foi ver...) e está construído sobre um modo factual, com uma tónica nas atividades quotidianas (C/Fa.2, C/Fa.3).

**Procedimentos:** (B2.1), (A2.13), (C/Fo.3), (B1.2), (B2.3), (C/Fo.4), (A2.6), (C/Fa.2, C/Fa.3).

**Problemática:** Accede à imagem feminina que penetra e olha, num registo persecutório. Sugere um conflito com a imagem da mãe / esposa (controladora, vigilante, castradora).

### Cartão 6GF



**Material manifesto:** Jovem, sentada volta-se para um homem que se inclina sobre ela e tem um cachimbo na boca.

**Solicitações latentes:** Fantasmas de sedução.

**D – Uma mulher e um homem - Dd –** Cachimbo, mesinha.

**Narrativa do analisado:** Uma imagem de Hollywood, década de 30,40,50... Ele disse-lhe algo, e ela, olhou para ele e como tem a boca semiaberta, vai-lhe responder. A resposta é, segundo a expressão, um assunto sério.

**Procedimentos:** Inicia com o situar das personagens e o relato longe no tempo e no espaço (...Hollywood...) (A2.4) com assento no fictício (...década de 30, 40, 50...) (A2.12) e com precisões numéricas (A2.5) e segue-se um silêncio (C/Fo.1). As personagens estão no anonimato (C/Fo.3) e revela o iniciar de um diálogo (B2.3) com carga dramatizada (B2.5) que indica um investimento na relação do objeto. Conflito e encenação entre os personagens, intrapessoal é conflito interno) embora não revele o conteúdo que é (...sério...) (C/Fo.4).

**Procedimentos:** (A2.4), (A2.5), (C/Fo.1), (C/Fo.3), (B2.3), (B2.5), (C/Fo.4).

**Problemática:** Accede à relação (diferença de sexos) em contexto de mal-estar e identifica um conflito com a figura masculina no seio de uma relação de desejo: sedução / rejeição = figura paterna e/ou parceiros (relações anteriores e/ou presente).

### Cartão 7GF



**Material manifesto:** Mulher com um livro na mão inclinada para uma menina com expressão sonhadora, que segura um boneco nos braços.

**Solicitações latentes:** Relações mãe – filha numa dupla dimensão: rivalidade e identificação / interações precoces.

**D –** Uma mulher, uma menina e um boneco - **Dd –** Mesa, livro, poltrona, olhar da menina, posição da boneca nos braços da menina.

**Narrativa do analisado:** Uma mãe que está a ler algo para a filha, e que a faz pensar. A filha tem um boneco, porque é criança, com 12 anos, bem constituídos. A mãe lê e ela pensa, mas está séria e a ouvir com atenção. A menina chama-se Laura.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1). O relato incide de imediato sobre a relação (B2.3) e intelectualiza (A2.13). Segue com apego ao pormenor (A2.1) e justifica (A2.2) com precisão numérica. Prossegue com uma mastigação do conteúdo em relato (A2.8).

**Procedimentos:** (B2.1), (B2.3), (A2.13), (A2.1), (A2.2), (A2.8).

**Problemática:** Acede ao conteúdo, demonstra que a figura materna (está a ler algo para a filha) fala e a filha fica pensativa e é um assunto sério (pode ser um obstáculo à satisfação das próprias necessidades. Surge uma relação com a figura materna sentida como pouco afetiva (como no violino, ficou a pensar).

### Cartão 8BM



**Material manifesto:** Rapaz adolescente sozinho, com espingarda ao lado. Em segundo plano, dois homens inclinam-se sobre um outro, estendido. Um deles segura um objecto cortante.

**Solicitações latentes:** angústia de castração e/ou agressividade para com imagem paterna.

**D –** Jovem em primeiro plano, homem deitado em segundo plano, dois homens debruçados sobre ele. Espingarda - **Dd –** Luminosidade.

**Narrativa do analisado:** Um jovem adulto, a recordar-se, provavelmente de algo que assistiu. Ele recorda-se, se ele é estudante de medicina, então foi uma aula de anatomia, onde recorda-se da aula em que abriram um corpo para estudar. Ou pode ter assistido a uma tortura e isso marcou, se sim, está ao lado dele uma espingarda.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) com uma precaução verbal (...provavelmente...) (A2.3) e a partir de uma personagem anónima (...ele...) (C/FO.3). Retoma o discurso com distância e segue-se uma nova precaução verbal (...ou pode...) (A2.3) que dá lugar a uma hesitação entre duas interpretações (...aula de anatomia/uma tortura...) (A2.6) com denegação e identificação de um Dd (A2.1).

**Procedimentos:** (B2.1), (A2.3), (C/Fo.3), (A2.3), (A2.6), (A2.1).

**Problemática:** Manifesta ambivalência perante a estimulação de agressividade para com a figura paterna

### Cartão 9GF



**Material manifesto:** No primeiro plano uma jovem, por trás de uma árvore, com objectos na mão. Em segundo plano, uma outra jovem corre. Paisagem de fundo.

**Solicitações latentes:** Problemática identitária, de individuação, identificação sexual feminina.

**D – Duas jovens - Dd –** Objecto que a personagem em primeiro plano segura, árvore, vestidos, ondas, mar.

**Narrativa do analisado:** Duas moças, no tempo antigo, que sendo a de baixo é a patroa e a outra em cima, trás aquilo que lhe pediu a patroa. Estão num riacho, num jardim. Os vestidos são diferentes, um é de uma criada e o outro de patroa.

**Procedimentos:** Afastamento temporal (...tempo antigo...) (A2.4) em formação reativa (pela parte da criada, do servir, do fazer o que lhe pediu) (A2.10) e assento inscrito nas relações interpessoais (B2.3). Prossegue com apego ao conteúdo manifesto (C/FA.1) explorando a paisagem de fundo. Segue-se um movimento com interpretação (...vestidos são diferentes...) (A2.2) e apego aos pormenores narcísicos com valência relacional.

**Procedimentos:** (A2.4), (A2.10), (B2.3), (C/Fa.1), (A2.2).

**Problemática:** Conflito organizado ao nível de identidade / identificação entre duas personagens femininas (relações com outras mulheres - mãe, amigas, chefia-sexo feminino) e releva a diferença de papéis, individualização e competência feminina.

### Cartão 10



**Material manifesto:** Proximidade num casal, do qual só são representados os rostos.

**Solicitações latentes:** Expressão libidinal num casal, apresenta também solicitações identitárias.

**D – Duas personagens - Dd –** Contraste branco e negro, mão.

**Narrativa do analisado:** Marido e mulher e estão a dar um abraço de ternura. É um consolo, simplesmente afeto.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (...marido/mulher...) (B2.1) com postura significativa de afetos (C/N.4) e relato muito curto com mastigação (...simplesmente...) (A2.8) sobre a relação interpessoal (B2.3).

**Procedimentos:** (B2.1), (C/N.4), (A2.8), (B2.3).

**Problemática:** Acede à expressão libidinal e de aproximação no casal e demonstra uma relação heterossexual satisfatória, embora refira “simplesmente uma ligação de afeto”.

### Cartão 11



**Material manifesto:** Material ambíguo, paisagem caótica com alguns elementos estruturados: estrada, ponte, pormenor à esquerda (serpente, dragão...).

**Solicitações latentes:** Apela para a capacidade de elaboração de solicitações pré-genitais ansiogénicas, de fantasmas arcaicos.

**D** – Precipício, ponte, parede, estrada, rochedos, grupo central, dragão, queda de água - **Dd** – Não existem.

**Narrativa do analisado:** Parece um cenário do filme Indiana Jones. É o Indiana Jones numa cruzada épica, em situação limite, como faz sempre e lá no fundo está o Indy. Mais em cima, vejo um Dinossauro, é uma espécie de Indiana Jones com o Parque Jurássico. Quero dinossauros no próximo filme do Indiana Jones...

**Procedimentos:** Inicia com uma precaução verbal (...parece...) (A2.3) e faz recurso a uma referência cinematográfica (A1.2). Introduce um personagem (...Indy...) (B1.2) que não figura na imagem e dramatiza a sua ação (...situação limite...) (B2.5) numa aparência lábil e fóbica (B2.12). Prossegue com insistência no fictício (...Dinossauro...) (A2.12) com mastigação (A2.8) no recurso à referência cinematográfica (A1.2) e finaliza com um pedido pessoal (...quero...) (B2.8) e segue-se um silêncio (C/Fo.1).

**Procedimentos:** (A2.3), (A1.2), (B1.2), (B2.5), (B2.12), (A2.12), (A2.8), (A1.2), (B2.8), (C/Fo.1).

**Problemática:** Estrutura o material manifesto e põe o conflito nas atitudes frente ao desconhecido, ao perigo, ao instintivo em situação limite. Foge para a fantasia – fuga do real. Desejos e curiosidade (criatividade) de ver coisas novas "...quero dinossauros no próximo filme do Indiana Jones..."

### Cartão 12BG



**Material manifesto:** Paisagem com árvores na margem de um riacho, barco.

**Solicitações latentes:** Referência às experiências pré-genitais positivas e à capacidade de introduzir uma dimensão objectal, na ausência da personagem figurada.

**D** – Árvore, barco, curso de água - **Dd** – Tonalidade clara.

**Narrativa do analisado:** Uma amendoeira em flor, com flores brancas e debaixo dela, parece ser um barco. Porque a amendoeira está ao pé do riacho e de um pequeno barco em madeira. O passeio é bom, calmo, com amendoeiras nas margens.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) e apego ao conteúdo manifesto (C/FA.1). Descreve os pormenores (A2.1) e justifica as interpretações (A2.2) com precaução verbal (...parece...) (A2.3).

**Procedimentos:** (B2.1), (C/Fa.1), (A2.1), (A2.2), (A2.3).

**Problemática:** Acede à experiência pré-genital positiva, mas não introduz a dimensão objectal. A dimensão desiderativa (afetiva) sugere uma conotação de "calmo".

### Cartão 13B



**Material manifesto:** Menino sentado na ombreira de uma porta, numa cabana.

**Solicitações latentes:** Solidão num contexto de precariedade do simbolismo materno, figurado pela casa de tábuas desunidas, capacidade de estar só.

**D** – Um rapaz e uma casa - **Dd** – Pés descalços, obscuridade no interior da casa, tábuas desunidas.

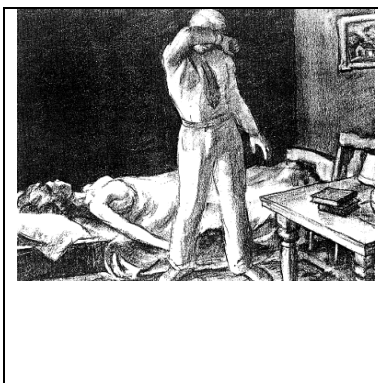
**Narrativa do analisado:** É o Lucas do violino e continua muito pensativo, com os braços debaixo do queixo e a olhar em frente. A casa parece um barracão. Está ali à espera dos amigos, sempre a pensar, ou a observar quando os amigos chegam.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) com intelectualização (A2.13) e ruminação relacionada com o cartão 1 (...Lucas/pensativo...) (A2.8). Descrição com apego aos pormenores de expressão e postura (...braços debaixo do queixo/olhar em frente...) (A2.1). Segue um comentário sobre a “casa” (C/N6) (é o limite, a “pele” dele) com assento inscrito nas relações interpessoais (B2.3).

**Procedimentos:** (B2.1), (A2.13), (A2.8), (A2.1), (C/N.6), (B2.3).

**Problemática:** Postura passiva (imaturidade funcional) perante o abandono e as expectativas. Perante o refúgio materno simbolizado pela cabana refere que é “um barracão” o que sugere a precariedade do simbolismo materno.

### Cartão 13MF



**Material manifesto:** No primeiro plano, homem de pé com um braço diante do rosto, em segundo plano uma mulher deitada com o peito desnudado.

**Solicitações latentes:** Expressão da agressividade e da sexualidade no casal.

**D** – Um homem com o braço diante da cara, uma mulher desnudada, uma cama - **Dd** – Braço da mulher descaído, livros, mesa-de-cabeceira, candeeiro, quadro, cadeira.

**Narrativa do analisado:** É complicado. A senhora está numa cama de solteira. Ele não é o marido, nem vive com ela. Ela está deprimida, nua, pelo menos da cintura para cima. A relação deles pode ser de amantes e ela lhe terá dito algo, desagradável que a expressão corporal dele revela. Por ter sido algo desagradável, ele está a chorar. Mas ela está indiferente, nem se vira, nem fala com ele (do tipo para vir para ao pé dela...). Foi um encontro de amantes e ela disse algo desagradável, mas está segura do que disse e ficou impávida e serena e ele até perdeu o interesse.


**Procedimentos:** Inicia com a dramatização (...complicado...) (B2.5) e põe em conflito duas personagens anónimas (A2.1, C/Fo.3) numa relação fortemente erotizada (...relação de amantes...) (B2.3, B2.9). O desejo objetual está ressentido através da defesa por formação reativa (A2.10), com expressões verbalizadas de afetos exagerados (...desagradável/chorar...) (B2.4), onde a tónica é posta no conflito intrapsíquico (...indiferente...) (A2.17) através da erotização da relação (...encontro de amantes...) (B2.9). A ruminação é constante (A2.8), (C/N.4) em todo o relato do cartão.

**Procedimentos:** (B2.5), (A2.1), (C/Fo.3), (B2.3), (B2.9), (A2.10), (B2.4), (A2.17), (B2.9), (A2.8), (C/N.4).

**Problemática:** História dramática onde triunfa na sexualidade (dominância) e com rejeição de ambos - ela rejeita, ele também. Não integra a agressividade da relação no casal – conjugal (ambivalência face ao tipo de relação).



### Cartão 19

	<p><b>Material manifesto:</b> Carácter não figurativo, paisagem com uma casa sob a neve ou cena marítima com barco na tempestade, rodeado de formas vagas e espectrais.</p> <p><b>Solicitações latentes:</b> Problemática pré-genital na evocação de um continente (imagem materna pré-genital), incita à regressão, capacidades de delimitação dentro / fora.</p> <p><b>D – Barco, casa, fantasmas, chaminé - Dd – Janelas iluminadas, sombras, ondas.</b></p>
---	---

**Narrativa do analisado:** Vejo uma casinha na neve. É um país Nórdico. Este desenho é feito por uma criança e lá atrás está um lobo. A casa tem uma chaminé e dentro da casa está lá uma pessoa, na janela, na outra é uma portada em madeira.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) com afastamento temporal e de espaço (...país Nórdico...) (A2.4). Intellectualiza (A2.13) (...desenho é feito por uma criança...). Introduce uma personagem (...está lá uma pessoa...) (B1.2) e justifica a interpretação através de pormenores (A2.2). Existe uma centralização nos pormenores da imagem do cartão (A2.1).

**Procedimentos:** (B2.1), (A2.4), (A2.13), (B1.2), (A2.2), (A2.1).

**Problemática:** Reativação de regressão e da imagem materna - lobo mau e um menino o que sugere a necessidade de proteção e amparo frente a um ambiente inóspito. Projeção do mau objeto - relação precoce – frio e reativação de problemática arcaica depressiva e persecutória. Recurso a elementos de suporte, neste caso, desamparo na relação primária (neve, madeira).

### Cartão 16

	<p><b>Material manifesto:</b> Cartão branco.</p> <p><b>Solicitações latentes:</b> Remete para a capacidade de estruturar um objecto interno e de negociar a separação do conflito.</p>
--	--

**Narrativa do analisado:** Vivo numa quinta, grande, com muitos hectares. Vivo com o meu marido, não tenho filhos, não tenho esse apelo, não tenho vontade de ser mãe. Tenho galinhas, ovinhos, burrinhos de Mirandela, que são peludos e felpudos. Tenho economias para não poder trabalhar e o meu marido sustenta a casa. Vivo feliz, com problemas de saúde. Estou num sítio que gosto, tenho muitos animais abandonados comigo. Tenho pena deles e agora são meus e são felizes. Tenho uma vaquinha, ovelhitas, cabrinhas e posso fazer queijo de cabra. A casa é rústica, tipo Nórdica de madeira, com primeiro andar, toda a decoração é rústica, como gosto. A propriedade é grande, tenho dinheiro, mas não sou materialista. Tenho um trator para lavrar a terra, uma carrinha e o meu marido tem o carro dele. A carrinha é para ir às compras e levo os cães. Faço voluntariado em Instituições de animais abandonados.

**Procedimentos:** história construída à volta de fantasias pessoais (B1.1) onde se denotam os pormenores narcísicos com valência relacional (B2.10, C/N.10) com formação reativa (A2.10) e descrição do quotidiano (C/Fa2).

**Procedimentos:** (B1.1), (B2.10), (C/N.10), (A2.10), (C/Fa2).

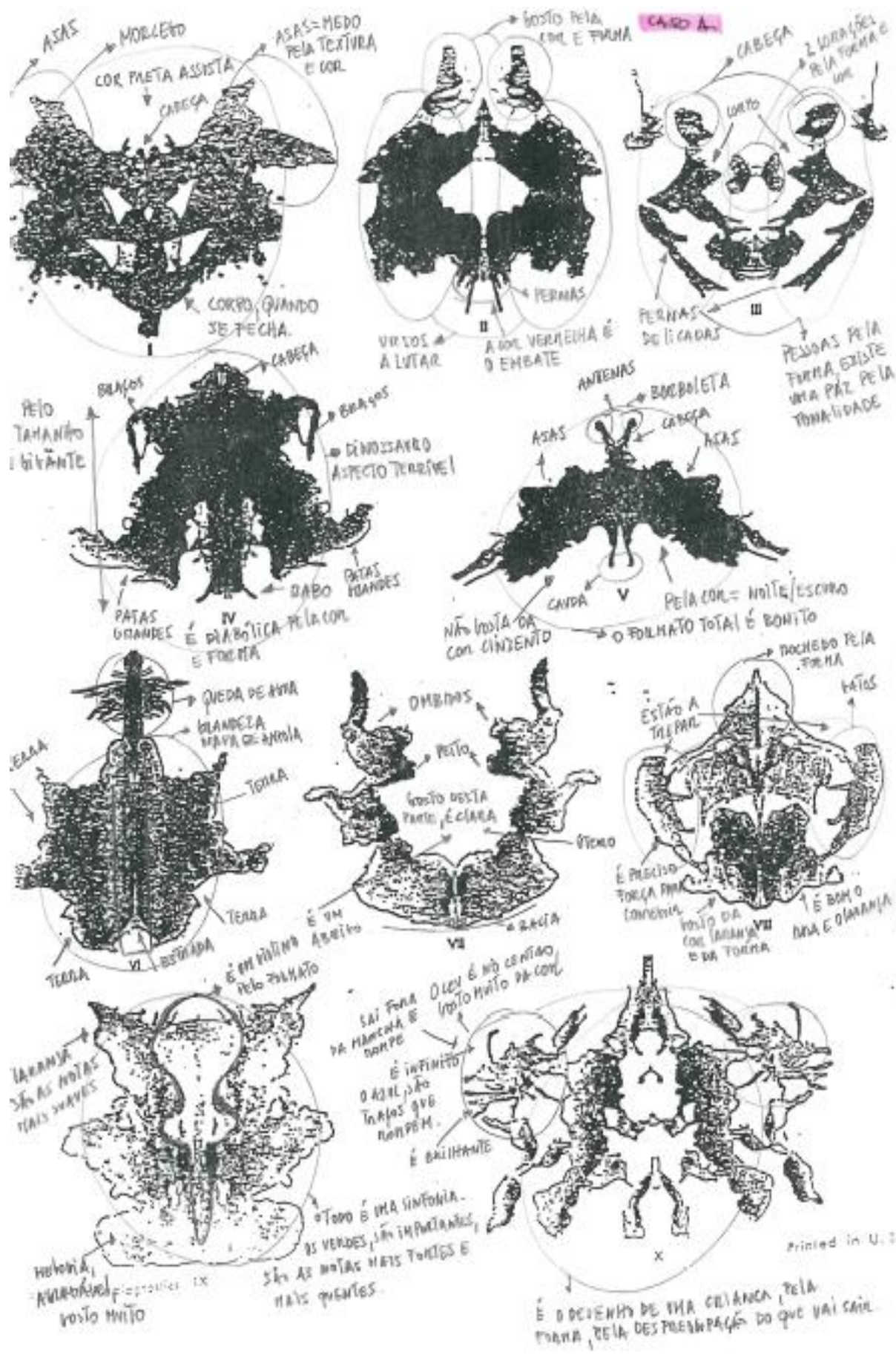
**Problemática:** Estrutura o objeto interior e projeta-se face às necessidades mais prementes, quer nos seus objetos privilegiados, quer nas relações que estabelece com eles: Não quer ser mãe, quer ser amante; Necessidade de contacto – ausência afetiva – abandono afetivo; Foge aos problemas; Sou útil, neste momento não sou; Marido – suporte financeiro; Depressão no vazio – ausência emocional – carácter narcísico.



## **ANEXO G**







Resultado da avaliação psicológica do paciente - caso A.









### Teste de Rorschach do caso A.

Cartões aplicados: I; II; III; IV; V; VI; VII; VIII; IX; X.

Pranchas	Associação livre	Inquérito
I 	1. É um morcego. Fico apreensiva e tenho medo. Tenho medo do escuro!	Vejo um morcego na imagem total. Aqui as asas, a cabeça e aqui em baixo o corpo fechado. A cor preta assustame. A imagem é preta.
II 	2. Dois ursos a lutarem e surge uma energia no embate! Gostos dos vermelhos.	Aqui de lado os ursos, estão a lutar, em baixo são as pernas. O vermelho aqui em baixo é o embate entre eles. Aqui em cima, gosto da cor e forma.
III 	3. Parece uma dança entre duas pessoas, gosto da imagem, é simples, mas ao mesmo tempo delicada! Sinto paz nesta imagem.	Aqui de lado, vejo aqui as cabeças, o corpo, o peito aqui, e aqui as pernas, que são delicadas, são mulheres delicadas. Pela forma das pessoas e pela tonalidade.
IV 	4. Esta é terrível! É um dinossauro! É uma coisa gigante e a altura é desproporcionada! Estão aqui uns pés! A imagem é diabólica.	É o desenho em si. O desenho parece um dinossauro. O tamanho é gigante, a cabeça aqui, os braços, o rabo aqui em baixo. Aqui as patas grandes, são os pés do animal. É diabólica e a forma assusta.
V 	5. Uma borboleta! Gosto da forma, mas não gosto da cor, principalmente dos cinzentos e dos pretos. Mas o formato é bonito. Fico apreensiva, por causa da cor, lembra-me o escuro. Gosto da noite, mas não gosto do escuro!	É uma borboleta, estão aqui as asas, a cabeça, as antenas, a cauda. O formato é bonito, mas não gosto dos cinzentos, aqui, e a cor preta é assustadora. Não gosto do escuro.
VI 	6. Vi a imagem e lembrei-me de um sítio que gostei de viver, em Angola! 7. Gosto pela grandeza! No meio uma estrada, que corta estes dois pedaços de terra. Vejo água! Gosto,	Aqui vejo o mapa de Angola, os contornos.  A grandeza é o mapa total! A estrada é aqui e separa a terra ao meio. A água é aqui

	da imagem.	em cima, é uma queda de água. Gosta da imagem em si.
<p>VII</p> 	<p>8. É um corpo de mulher! A zona branca é o útero! Aqui estão os peitos. Gosto, porque tem menos cinzento, porque é mais clara. O branco no centro é acolhedor!</p>	<p>Vejo uma mulher no desenho total! Aqui em cima são os ombros, mais abaixo o peito, depois o útero, que é um abrigo. Esta zona é clara, gosto! Aqui o branco é acolhedor. Em baixo é a bacia, aqui de um lado até ao outro.</p>
<p>VIII</p> 	<p>9. Gosto, os vermelhos são gatos que estão a preparar alguma coisa, um rochedo! Em baixo o laranja, gosto muito! Os gatos pretendem alcançar o cume. Esta imagem faz-me lembrar a força.</p>	<p>Os gatos estão aqui de lado, e estão a preparar, vão subir, para um rochedo, esta parte aqui em cima (forma). A força, é porque é preciso subir, chegar aqui em cima...Gosto, aqui das cores, o laranja, as formas, o rosa e o laranja, são bons.</p>
<p>IX</p> 	<p>10. É o sentir de uma sinfonia pela cor! Parece uma tela de uma música e vejo um violino! Gosto das cores, gosto muito de música, podia ser uma representação de uma música, sem querer expor nada!</p>	<p>O todo é uma sintonia, a mistura das cores é música. O violino está aqui! É a forma perfeita do violino. Em cima começam os laranjas, que é a musica suave, são notas suaves, os verdes são notas mais fortes e mais quentes. Em baixo, aqui na parte vermelha, é uma melodia agradável, é muito bom.</p>
<p>X</p> 	<p>11. Um desenho de uma criança! Um desenho sem grande preocupação pelos traços, as cores são bonitas, gosto do azul, o céu é infinito!</p>	<p>O desenho no todo parece um desenho de uma criança, não vejo preocupação, os traços são simples! Aqui o azul, que sai fora da mancha e rompe. O céu está no centro e gosto muito desta cor. É infinito, este azul e rompe, aqui é muito brilhante! É um desenho com formas sem preocupação, do que vai sair.</p>



## **Avaliação Psicológica caso P. - Teste de Apercepção Temática (TAT)**

Cartões aplicados segundo o sexo e a idade – Mulher: 1; 2; 3BM; 4;5; 6GF; 7GF; 8BM; 9GF; 10; 11; 12BG; 13B; 13MF; 19; 16.

### **Procedimentos (contagem)**

- (+) – Até 2 procedimentos, presente;
- (++) – 3 ou 4 procedimentos, utilização frequente;
- (+++)

### **Conflitualização intrapessoal**

- (+++) (A2.1) (A2.1) (A2.1) (A2.1) (A2.1) (A2.1) (A2.1) – Descrição com apego aos pormenores.
- (+++) (A2.8) (A2.8) (A2.8) (A2.8) (A2.8) (A2.8) – Mastigação, ruminação.
- (++) (A2.17) (A2.17) (A2.17) (A2.17) – Acento inscrito nos conflitos intrapessoais.
- (++) (A2.2) (A2.2) (A2.2) – Justificações das interpretações através desses pormenores.
- (++) (A2.18) (A2.18) (A2.18) – Afetos exprimidos à mínima.
- (+) (A2.9) (A2.9) – Anulação.
- (+) (A2.11) (A2.11) – Denegação.
- (+) (A2.12) (A2.12) – Insistência no fictício.
- (+) (A2.13) (A2.13) – Hesitações entre interpretações diferentes.
- (+) (A2.3) – Precauções verbais.
- (+) (A2.6) – Hesitações entre interpretações diferentes.
- (+) (A2.7) – Vai e vem entre a expressão pulsional e a defesa.

### **Conflitualização interpessoal**

- (+++) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) (B2.1) – Entrada direta na expressão.
- (+++) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) (B2.3) – Acento inscrito nas relações interpessoais.
- (+++) (B2.5) (B2.5) (B2.5) (B2.5) – Dramatização.
- (++) (B1.4) (B1.4) (B1.4) – Expressões verbalizadas de afetos fortes ou exagerados.
- (+) (B1.1) (B1.1) – História construída à volta de uma fantasia pessoal.
- (+) (B1.2) – Introdução de personagens que não figuram na imagem.
- (+) (B2.4) – Expressão verbalizada de afetos fortes ou exagerados.
- (+) (B2.9) – Erotização das relações, invasão da temática sexual e/ou simbolismo.
- (+) (B2.10) – Apego aos pormenores narcísicos com valência relacional.
- (+) (B2.11) – Instabilidade nas identificações.

### **Evitamento do conflito**

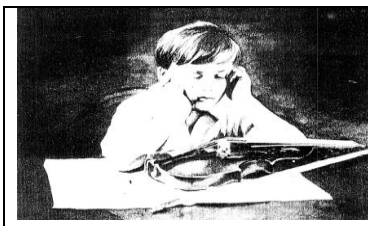
- (+++) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) (C/Fo.1) – Importantes silêncios intra-relato.
- (+++) (C/Fo.4) (C/Fo.4) (C/Fo.4) (C/Fo.4) (C/Fo.4) (C/Fo.4) (C/Fo.4) – Motivos dos conflitos não indicados
- (+++) (C/Fa.1) (C/Fa.1) (C/Fa.1) (C/Fa.1) (C/Fa.1) – Apego ao conteúdo manifesto.
- (++) (C/Fo.6) (C/Fo.6) (C/Fo.6) – Evocação de elementos ansiogénicos.
- (++) (C/N.4) (C/N.4) (C/N.4) – Postura significativa de afetos.
- (+) (C/Fo.3) (C/Fo.3) – Anonimato de personagens.
- (+) (C/N.1) – Acento inscrito na vivência subjetiva (não relacional).
- (+) (C/N.2) – Referências pessoais ou autobiográficas.
- (+) (C/N.8) – Pôr em quadro.

### **Emergência em processo primário**

- (+) (E1) – Escotomas de objetos manifestos.

## Análise cartão a cartão

### Cartão 1



**Material manifesto:** rapaz, com a cabeça entre as mãos, olhando um violino.

**Solicitações latentes:** imaturidade funcional, angústia de castração.

**D –** Um rapaz, Um violino - **Dd –** mesa, arco e folha de partitura.

**Narrativa do analisado:** Está triste...talvez o violino esteja estragado. Tem os olhos fechados, estão para baixo, está muito triste, porque o violino está estragado. Tem um pano em baixo, porque tem cuidado com o violino. Procura uma solução para o arranjar. O nome dele é Pedro.

**Procedimentos:** Entrada direta (B2.1) com afecto modulado pelo estímulo (B1.4) intercalado por um silêncio (C/Fo.1). Revela a actividade intrapsíquica (A2.17) com descrição da personagem (A2.1) e rumina (A2.8) no conflito intrapessoal "triste/estragado. Prossegue com apego ao pormenor (A2.1) e justifica as interpretações (A2.2).

**Procedimentos:** (B2.1), (B1.4), (C/Fo.1), (A2.17), (A2.1), (A2.8), (A2.1), (A2.2).

**Problemática:** A criança (Pedro) e o violino são identificados. Porém o violino é atingido na sua identidade, ao estar estragado o que impossibilita a utilização do instrumento. Parece existir uma vontade de investir no objeto (violino) apesar da presença de afetos depressivos. O contexto narcísico parece surgir (procura uma solução) com recusa da imaturidade funcional.

### Cartão 2



**Material manifesto:** cena campestre com 3 personagens.

**Solicitações latentes:** conflito edipiano.

**D –** Um homem, duas mulheres - **Dd –** Livro, charrua, cavalo, gravidez da personagem encostada à árvore e paisagem de fundo.

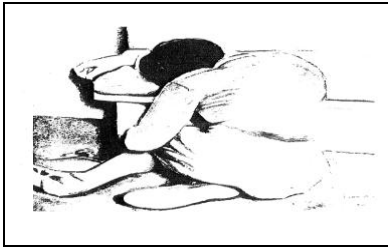
**Narrativa do analisado:** A rapariga vai para a escola, pelos livros, mas está com alguma...sente, ela vai para a escola com gosto e tem preocupação com o aspeto. Mas sente que faz falta no contexto, porque a mãe está muito cansada. A rapariga está dividida, sente que deve estudar para sair daquele lugar, mas fica..., bastante triste, por não poder ficar mais tempo. A mãe acha que deve ir, está com os olhos no infinito, acha que deve ir para longe, o lugar dela não é ali.

**Procedimentos:** Entrada direta (B2.1) com intelectualização (A2.13) e justificação da interpretação (...livros...) (A2.2). Segue com uma precaução verbal (A2.3) e um silêncio (C/Fo1). Prossegue em conflito intrapsíquico (A2.17) e com apego aos pormenores narcísicos (...preocupação com o aspeto...) (B2.10). Encena uma relação de dependência entre filha/mãe (B2.3) (...está dividida...). Salienta-se o conflito intrapessoal (...sair daquele lugar...) (A2.18) em simultâneo com a expressão de um afeto forte (...bastante triste...) (B2.4). Todo o relato assenta em expressões de afetos variados e modulados pelo estímulo (B1.4) e faz um escotoma (E1).

**Procedimentos:** (B2.1), (A2.13), (A2.2), (C/Fo.1), (A2.17), (B2.10), (B2.3), (A2.18), (B2.4), (B1.4), (E1).

**Problemática:** Apesar de existir uma diferenciação entre filha e mãe, a figura masculina não é revelada (sugere uma identidade instável). Os pormenores em relação à "rapariga" sugerem um alcance simbólico. O conflito assume-se na relação dual, em que a rapariga está numa situação de dependência, relativamente à mãe, o que parece uma problemática narcísica a identificação de perda, ou seja, renuncia aos objetos de amor.

### Cartão 3BM



**Material manifesto:** indivíduo caído junto a um banco.

**Solicitações latentes:** perda de objecto, elaboração da posição depressiva.

**D –** Uma personagem - **Dd –** Banqueta. Um objecto no chão.

**Narrativa do analisado:** É uma mulher, um jovem...adolescente...desanimada, sem esperança... Tem uma forma quase fetal!

**Procedimentos:** Entrada directa (B2.1) sobre conteúdo manifesto (C/Fa.1) mas com necessidade de identificação de género “mulher” e idade “jovem/adolescente” (B2.11) entre silêncios (C/Fo1). Afectos expressos à mínima (A2.18) justificada pela postura “quase fetal” (C/N.4). Os motivos de conflito não são expostos (C/Fo.4).

**Procedimentos:** (B2.1), (C/Fa.1), (B2.11), (C/Fo1), (A2.18), (C/N.4), (C/Fo.4).

**Problemática:** Elabora a posição depressiva, evoca tristeza e sugere a perda de objeto, que reforça pela postura. Não revela o conflito e demonstra a necessidade de identificação sexual (processo identificativo).

### Cartão 4



**Material manifesto:** Mulher junto a um homem que se afasta.

**Solicitações latentes:** Conflito pulsional numa relação heterossexual.

**D –** Um homem e uma mulher - **Dd –** Uma personagem em segundo plano.

**Narrativa do analisado:** Jovem casal. Ele está decidido em partir, o olhar dele transmite que ele quer estar em outro lugar. Ela está apaixonada por ele, vai fazer tudo para ele não se ir embora. Sente se ele olhar de frente talvez consiga dissuadir de ir embora. Mas ele está determinado.

**Procedimentos:** Entrada directa na expressão (B2.1) com apoio no conteúdo manifesto (A2.1) e encenação interpessoal entre protagonistas (B2.3), onde se revela o conflito erotizado e dramatizado (B2.5, B2.9) justificado pelas posturas e expressões (C/N.4). Finaliza com uma ruminância (A2.8) com acento nas relações interpessoais (B2.3).

**Procedimentos:** (B2.1), (A2.1), (B2.3), (B2.5), (B2.9), (C/N.4), (A2.8), (B2.3).

**Problemática:** Reconhece um conflito pulsional no seio de uma relação heterossexual, onde cada personagem assume uma posição diferenciada de agressividade (homem) e libido (mulher). O conflito inconsciente (pulsional) poderá sugerir questões de rejeição.



### Cartão 5



**Material manifesto:** Mulher de meia-idade com a mão na maçaneta de uma porta, olhando para o interior de uma sala.

**Solicitações latentes:** Modalidades de relação, registos conflituais, com imagem materna.

**D –** Uma mulher - **Dd –** Mobiliário, jarra com flores, livros, estante, mesa, candeeiro, aparador.

**Narrativa do analisado:** Esta mulher acordou com algum barulho e veio espreitar o que pode ter acontecido. Acho que ela viu qualquer coisa, ela, está muito assustada, viu algo que não gostou. Não gostou do que viu, está tudo na penumbra sem luz.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) com anonimato da personagem (C/Fo.3). Em todo o relato os afectos são expressos à mínima. Termina a ruminação (A2.8) e não identifica a razão do conflito (C/Fo.4).

**Procedimentos:** (B2.1), (C/Fo.3), (A2.8), (C/Fo.4).

**Problemática:** Reconhece a presença de uma mulher, que penetra e olha. Parece face ao conteúdo latente sugerir um conflito em relação à imagem materna, de um modo persecutório. O ambiente é percebido de meia-luz e ansiogénico.

### Cartão 6GF



**Material manifesto:** Jovem, sentada volta-se para um homem que se inclina sobre ela e tem um cachimbo na boca.

**Solicitações latentes:** Fantasmas de sedução.

**D –** Uma mulher e um homem - **Dd –** Cachimbo, mesinha.

**Narrativa do analisado:** Ele está a tentar, que ela acredite que ele gosta dela. Pela expressão dela acho que ela já foi demasiadas vezes enganada e tem receio que seja mais uma mentira. Não sabe se lhe dá mais um voto de confiança, não sabe se pode confiar. O corpo dela está muito rígido.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) relacionado com uma fantasia pessoal “ela acredite” (B1.1). Justifica pela expressão “expressão dela” e o corpo “rígido” (C/N.4). O relato permanece na relação interpessoal (B2.3) com ruminação e hesitação “não sabe” (A2.8, A2.6), embora não revele o conteúdo do conflito (C/Fo.4). Termina com nova justificação pela postura (corpo...rígido) (A2.1). As personagens permanecem no anonimato (C/Fo.3).

**Procedimentos:** (B2.1), (B1.1), (C/N.4), (B2.3), (A2.8), (A2.6), (C/Fo.4), (A2.1), C/Fo.3).

**Problemática:** Identifica um movimento de encontro entre o homem e a mulher em conflito, e em movimento narcísico deprecia e afasta a possibilidade da relação de desejo (perante o fantasma da sedução).

### Cartão 7GF



**Material manifesto:** Mulher com um livro na mão inclinada para uma menina com expressão sonhadora, que segura um boneco nos braços.

**Solicitações latentes:** Relações mãe – filha numa dupla dimensão: rivalidade e identificação / interações precoces.

**D** – Uma mulher, uma menina e um boneco - **Dd** – Mesa, livro, poltrona, olhar da menina, posição da boneca nos braços da menina.

**Narrativa do analisado:** Mãe e filha, jovem, criança, menina. A mãe preocupa-se muito pela filha, vê-se pela forma que a filha está vestida. A criança não está satisfeita e o boneco é indiferente e a leitura também é indiferente. Possivelmente está oprimida com alguma coisa, ela quer sonhar em outro sítio, porque é demasiado controlada.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) com apego ao conteúdo manifesto (C/Fa.1). O relato incide de imediato sobre a relação “mãe/filha” (B2.3) com afetos modulados pelo estímulo (B1.4) com afetos expressos à mínima (A2.18) e justificados pelo pormenor “está vestida” (C/Fa.1). Denuncia os conflitos intrapessoais “demasiado controlada” (A2.17).

**Procedimentos:** (B2.1), (C/Fa.1), (B2.3), (B1.4), (A2.18), (C/Fa.1), (A2.17).

**Problemática:** Accede ao conteúdo e parece sugerir conflitos nas interações precoces. A mãe é portadora do desejo e a filha não está interessada, o que revela a figura materna sentida como pouco gratificante emocionalmente.

### Cartão 8BM



**Material manifesto:** Rapaz adolescente sozinho, com espingarda ao lado. Em segundo plano, dois homens inclinam-se sobre um outro, estendido. Um deles segura um objecto cortante.

**Solicitações latentes:** angústia de castração e/ou agressividade para com imagem paterna.

**D** – Jovem em primeiro plano, homem deitado em segundo plano, dois homens debruçados sobre ele. Espingarda - **Dd** – Luminosidade.


**Narrativa do analisado:** São médicos a fazer uma autópsia. O rapaz é a transcendência do corpo. Não se preocupa com o que lhe estão a fazer, não se preocupa. Os médicos estão curiosos com o motivo da morte. Tem cara de Luís.

**Procedimentos:** Recusa o conteúdo latente (A2.11) com acento no fictício (A2.12). Os motivos de conflito não são indicados (C/Fo.4).

**Procedimentos:** (A2.11), (A2.12), (C/Fo.4).

**Problemática:** A personagem assume uma posição passiva, o que parece sugerir a representação de um conflito com a figura paterna, com ligação de amor e ódio.

### Cartão 9GF

	<p><b>Material manifesto:</b> No primeiro plano uma jovem, por trás de uma árvore, com objectos na mão. Em segundo plano, uma outra jovem corre. Paisagem de fundo.</p> <p><b>Solicitações latentes:</b> Problemática identitária, de individuação, identificação sexual feminina.</p> <p><b>D – Duas jovens - Dd –</b> Objecto que a personagem em primeiro plano segura, árvore, vestidos, ondas, mar.</p>
---	--


**Narrativa do analisado:** Uma mãe e uma filha. A mãe é desconfiada, parece estar a segui-la, para onde ela vai, a rapariga tem ânsia de chegar ao sítio que...que está com ansiedade de chegar.

**Procedimentos:** Apego ao conteúdo manifesto (C/FA.1) com identificação de parentesco (B2.3) e encenação entre protagonistas do conflito. Não relaciona os motivos ligados ao conflito (C/Fo.4). A ruminação dá ao relato uma aparência de repisado (A2.8) com um silêncio intra-relato (C/Fo.1). Todo o relato é ansiogénico (C/Fo.6).

**Procedimentos:** (C/Fa.1), (B2.3), (C/Fo.4), (A2.8), (C/Fo.1), (C/Fo.6).

**Problemática:** Identifica as personagens e revela um conflito, entre mãe e filha. Existe uma conotação persecutória e de desconfiança nesta relação.

### Cartão 10

	<p><b>Material manifesto:</b> Proximidade num casal, do qual só são representados os rostos.</p> <p><b>Solicitações latentes:</b> Expressão libidinal num casal, apresenta também solicitações identitárias.</p> <p><b>D – Duas personagens - Dd –</b> Contraste branco e negro, mão.</p>
--	---

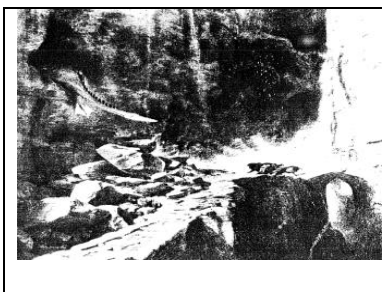
**Narrativa do analisado:** Casal de idosos, com muito carinho um pelo outro... Principalmente ele por ela, com admiração, ternura... Ela procura aconchego.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (...casal de idosos...) (B2.1) e centra-se nas personagens (A2.1) e na relação interpessoal (B2.3).

**Procedimentos:** (B2.1), (A2.1), (B2.3).

**Problemática:** Existe uma colagem ao conteúdo manifesto, mas afasta-se da expressão libidinal de um casal, sem qualquer interpretação de trocas afetivas.

### Cartão 11

	<p><b>Material manifesto:</b> Material ambíguo, paisagem caótica com alguns elementos estruturados: estrada, ponte, pormenor à esquerda (serpente, dragão...).</p> <p><b>Solicitações latentes:</b> Apela para a capacidade de elaboração de solicitações pré-genitais ansiogénicas, de fantasmas arcaicos.</p> <p><b>D –</b> Precipício, ponte, parede, estrada, rochedos, grupo central, dragão, queda de água - <b>Dd –</b> Não existem.</p>
---	---


**Narrativa do analisado:** Estrada para lugar nenhum...para um precipício. É um caminho ancestral entre as rochas, mas que não vai dar a sítio nenhum. Tem um penhasco enorme atrás, é assustador, pela cor e por não ter visibilidade...do que há do outro lado.

**Procedimentos:** Inicia com uma precaução verbal (A2.3) “para lugar nenhum”, seguida de uma indefinição (A2.9) e um silêncio (C/Fo.1). Prossegue com distanciamento pelo fictício (A2.12) e mastigação (A2.8). Há dramatização (B2.5) seguida de um silêncio (C/Fo1) e formação ansiogénica (C/Fo.6).

**Procedimentos:** (A2.3), (A2.9), (C/Fo.1), (A2.12), (A2.8), (B2.5), (C/Fo.1), (C/Fo.6).

**Problemática:** Estrutura o material manifesto numa representação curta e ansiogénica.

### Cartão 12BG

	<p><b>Material manifesto:</b> Paisagem com árvores na margem de um riacho, barco.</p> <p><b>Solicitações latentes:</b> Referência às experiências pré-genitais positivas e à capacidade de introduzir uma dimensão objectal, na ausência da personagem figurada.</p> <p><b>D –</b> Árvore, barco, curso de água - <b>Dd –</b> Tonalidade clara.</p>
--	---

**Narrativa do analisado:** É tranquilizante, um riacho, uma paisagem verde, deve ser primavera. A árvore está toda florida. O barco vai transportar alguns para a outra margem. São as paisagens no interior.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) com intelectualização (A2.13) e apego ao conteúdo manifesto (C/Fa.1). Descreve os pormenores (A2.1) e justifica as interpretações (A2.2), onde todo o relato é elaborado em quadro (C/N.8).

**Procedimentos:** (B2.1), (A2.13), (C/Fa.1), (A2.1), (A2.2), (C/N.8).

**Problemática:** Acede à experiência pré-genital positiva, mas é vaga na dimensão objectal. A dimensão desiderativa (afetiva) sugere uma conotação de “tranquilizante”.

### Cartão 13B



**Material manifesto:** Menino sentado na ombreira de uma porta, numa cabana.

**Solicitações latentes:** Solidão num contexto de precariedade do simbolismo materno, figurado pela casa de tábuas desunidas, capacidade de estar só.

**D** – Um rapaz e uma casa - **Dd** – Pés descalços, obscuridade no interior da casa, tábuas desunidas.

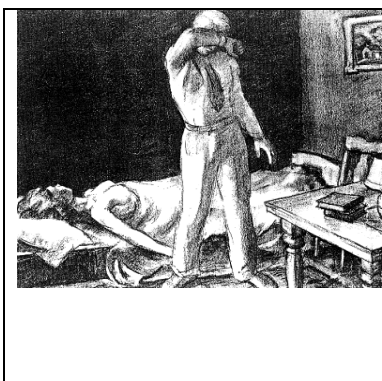
**Narrativa do analisado:** Um menino só...deve passar o tempo sozinho. Está à porta à espera dos pais. Apreensivo porque a demora é muita, o meio em que vive é rude. Ao mesmo tempo espera porque as pessoas são queridas. Tem cara de Filipe.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1) e silêncio (C/Fo.6) e acento nas relações interpessoais “passar o tempo sozinho” (A2.17). Um sentimento de “ansiedade” é construído à volta de uma fantasia pessoal (B1.1). Termina com uma anulação para dissimular a ausência do objecto “espera porque as pessoas são queridas” (A2.9) e dá nome ao menino “Filipe”.

**Procedimentos:** (B2.1), (C/Fo.6), (A2.17), (B1.1), (A2.9).

**Problemática:** Identifica a solidão e a precariedade do simbolismo materno, porém justifica a espera.

### Cartão 13MF



**Material manifesto:** No primeiro plano, homem de pé com um braço diante do rosto, em segundo plano uma mulher deitada com o peito desnudado.

**Solicitações latentes:** Expressão da agressividade e da sexualidade no casal.

**D** – Um homem com o braço diante da cara, uma mulher desnudada, uma cama - **Dd** – Braço da mulher descaído, livros, mesa-de-cabeceira, candeeiro, quadro, cadeira.

**Narrativa do analisado:** Não está contente com o que fez. Devia ter morto a mulher. Agora é que deu conta do facto e está sentido, não acredita no que aconteceu. Está desesperado e não pretende fugir.

**Procedimentos:** Inicia com a dramatização “não está contente” (B2.5) e acento nas relações interpessoais (B2.3) com forte dramatização (B2.5). O desejo objectal intensamente ressentido surge através da defesa por formação reactiva “não acredita” (A2.11) com ausência do motivo relacionado com o crime (C/Fo.4).

**Procedimentos:** (B2.5), (B2.3), (B2.5), (A2.11), (C/Fo.4).

**Problemática:** Integra moções pulsionais e libidinais em relato curto, com dramatização e com agressividade. O motivo do conflito não é indicado.

### Cartão 19



**Material manifesto:** Carácter não figurativo, paisagem com uma casa sob a neve ou cena marítima com barco na tempestade, rodeado de formas vagas e espectrais.

**Solicitações latentes:** Problemática pré-genital na evocação de um continente (imagem materna pré-genital), incita à regressão, capacidades de delimitação dentro / fora.

**D** – Barco, casa, fantasmas, chaminé - **Dd** – Janelas iluminadas, sombras, ondas.

**Narrativa do analisado:** Casinha na montanha... coberta de neve, o interior deve ser muito confortável e quente, porém o exterior é tenebroso e estas imagens querem assombrar a casa..., mas não conseguem penetrar. E que quem está lá dentro está protegido.

**Procedimentos:** Entrada direta na expressão (B2.1), seguida de um silêncio (C/Fo.1) seguido da descrição do conteúdo manifesto (A2.1). Vai e vem entre a expressão pulsional “interior” e a defesa “exterior” (A2.7) e introduz uma personagem no interior da casa (B1.2).

**Procedimentos:** (B2.1), (C/Fo.1), (A2.1), (A2.7), (B1.2).

**Problemática:** Identifica e organiza o dentro e o fora, e evoca um continente.

### Cartão 16



**Material manifesto:** Cartão branco.

**Solicitações latentes:** Remete para a capacidade de estruturar um objecto interno e de negociar a separação do conflito.

**Narrativa do analisado:** Uma página com vontade de ser escrita...gosto de escrever e gosto de fazer rascunhos, sempre que escrevo fico tipo em compasso de espera! Faço muitos desenhos, apontamentos, formas que me vêm à cabeça, versos e costumo desenhar flores, formas geométricas, principalmente quadrados, cruzes e corações...

**Procedimentos:** Relato com acento na vivência subjetiva (C/N.1) e referências pessoais (C/N.2). Não identifica o conflito (C/Fo.4).

**Procedimentos:** (C/N.1), (C/N.2), (C/Fo.4).

**Problemática:** Sugere dificuldades em interpretar e estruturar os seus objetos privilegiados, e não identifica a relação que estabelece com eles.